



Program profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w Gminie Kobylnica na lata 2021-2025

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2019r. poz. 1373 z późn.zm.]

Kobylnica, 2020

1. **Nazwa programu:**
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w gminie Kobylnica na lata 2021-2025.
2. **Okres realizacji programu:** 2021-2025
3. **Autorzy programu:** dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

dr hab. n. o zdr. Joanna Woźniak-Holecka,
4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację programu realizowanego w Gminie Kobylnica w latach 2018-2020.
5. **Dane kontaktowe:**
Urząd Gminy Kobylnica
ul. Główna 20
76-251 Kobylnica
tel. 59 842 90 70 wew. 247

Za pośrednictwem:
Ośrodka Pomocy Społecznej
Ul. Wodna 20/3
76-251 Kobylnica
6. **Data opracowania programu:** 26.04.2020

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:	9
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	11
3. Planowane interwencje.....	12
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	16
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.....	16
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	17
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	17
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	17
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	18
1. Monitorowanie	18
2. Ewaluacja	18
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	20
1. Koszt jednostkowy, w tym:.....	20
2. Koszty całkowite:	20
3. Źródło finansowania.....	21

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) to choroba zakaźna wywołwana przez wirus zapalenia wątroby typu C (HCV). Klinicznie wyróżnia się ostrą oraz przewlekłą postać WZW C, przy czym nie u każdej osoby zakażonej HCV rozwija się druga z wymienionych – u ok. 15-45% przypadków obserwuje się samoistną eliminację wirusa z organizmu w ciągu pół roku od zakażenia na drodze reakcji odpornościowej organizmu. Postać przewlekła pojawia się u pozostałych 55-85% przypadków¹. Wirus HCV, będący jak wspomniano powyżej czynnikiem etiologicznym WZW C, należy do grupy wirusów pierwotnie hepatotropowych, a zakażenia przez niego wywołwane, obok zakażeń wirusem HBV, stanowią najpowszechniejsze zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego w populacji osób dorosłych. Wyróżnia się 6 podstawowych genotypów oraz 50 podtypów wirusa HCV, przy czym za zdecydowaną większość zakażeń w populacji polskiej odpowiada genotyp 1².

Do zakażenia wirusem HCV dochodzi na drodze parenteralnej, tj. w wyniku naruszenia ciągłości tkanek (skóry i/lub błony śluzowej). Źródłem zakażenia jest człowiek zakażony HCV, a wirus może przenosić się w kontakcie bezpośrednim (kontakt z krwią osoby zakażonej) lub pośrednim (np. kontakt z narzędziami zanieczyszczonymi krwią osoby zakażonej)³. Główną drogą transmisji HCV mogą być drobne procedury medyczne, w tym np. iniekcje, pobrania krwi, usuwanie znamion czy zabiegi stomatologiczne, w czasie których nie są przestrzegane standardy higieniczno-sanitarne. Ponadto do zakażeń dochodzi podczas wstrzyknięć środków odurzających przy użyciu wspólnych igieł i strzykawek. Zakażenie HCV może przytrafić się także w warunkach domowych, gdy członkowie rodziny, najczęściej nieświadomi zakażenia, używają wspólnych przyborów higienicznych (np. maszynki do golenia, cążki do paznokci, szczoteczka do zębów). Zagrożenie ze strony HCV pojawia się także przy zabiegach medycyny estetycznej przebiegających z nakłuwaniem skóry/błon śluzowych ciała i twarzy (np. mikrodermabrazja, usuwanie zmarszczek, botoks) oraz w czasie zabiegów upiększających (np. tatuaż, piercingu) i kosmetycznych (np. manicure, pedicure), które przeprowadzane są niejałowym sprzętem i niezgodnie z procedurami higienicznymi. Możliwym jest również zakażenie przez kontakty seksualne, którym towarzyszą uszkodzenia skóry i błon śluzowych okolic intymnych oraz jamy ustnej. Istnieje także niewielkie (3-5%) ryzyko przeniesienia zakażenia przez matkę na dziecko podczas ciąży i porodu. Ponadto do zakażenia może również dojść podczas przypadkowego kontaktu z krwią innej osoby np. w przypadku uprawiania sportów kontaktowych, czy podczas udzielenia pierwszej pomocy bez stosownego zabezpieczenia⁴.

Zakażenie HCV w ostrej fazie w większości przypadków przebiega bezobjawowo (70-80%), a jeśli objawy się pojawiają są zwykle niespecyficzne, stąd łatwo ich nie zauważyć lub je zbagatelizować. Wśród symptomów tych można wymienić m.in. zmęczenie, gorączkę, mdłości, wymioty, bóle brzucha, utratę apetytu, odbarwione stolce, bóle mięśniowo-stawowe, zażółcenie powłok skórnych oraz białek oczu⁵. Przebieg postaci przewlekłej zakażenia jest bardzo różnorodny - od całkowicie bezobjawowego przez wiele lat do agresywnego, z

¹ Dane WHO [who.int; dostęp: 15.05.2017].

² Panasiuk A. i wsp., Występowanie genotypów HCV w Polsce. Przegl Epidemiol. 2013;67(1):11-6, 99-103.

³ Dane PZH, Poradnik o HCV [www.hcv.pzh.gov.pl; dostęp: 15.05.2017]

⁴ Stan Sanitarny Kraju w roku 2015, GIS 2016.

⁵ Dane CDC [www.cdc.gov; dostęp: 15.05.2017]

szybkim postępowaniem zmian w wątrobie i szybkim ujawnieniem późnych następstw choroby. W ciągu wielu lat trwania przewlekłego WZW C dochodzi do postępującego włóknienia wątroby, a stopień progresji tych zmian zależy m.in. od płci, wieku w momencie zakażenia, genotypu wirusa, wskaźnika BMI, chorób współistniejących czy zachowań zdrowotnych. Po ok. 20 latach trwania choroby u 15-30% chorych rozwija się marskość wątroby, a u 1,5-4 % pacjentów z marskością co roku dochodzi do rozwoju raka wątrobowokomórkowego⁶.

Przy użyciu czułych metod diagnostycznych wirus HCV może być wykrywalny we krwi już po kilku dniach od momentu wnikięcia do organizmu, podczas gdy przeciwciała pojawiają się najwcześniej po 7-10 tygodniach od ekspozycji⁷. Diagnostyka w kierunku zakażeń to proces etapowy, rozpoczynający się od wykonania serologicznych badań przesiewowych z wykorzystaniem technik immunochemicznych celem oznaczenia w surowicy lub osoczu pacjenta obecności przeciwciał przeciwko wirusowi HCV (anty-HCV). Stosowane powszechnie techniki immunochemiczne charakteryzują się wysoką czułością⁸, lecz niższą swoistością⁹, w związku z czym w przypadku otrzymania wyniku reaktywnego (dodatniego) w niezbędne jest wykonanie badań potwierdzających zakażenie wirusem HCV. Badaniem rozstrzygającym o zakażeniu wirusem jest badanie molekularne z zastosowaniem łańcuchowej reakcji polimerazy (PCR), dzięki któremu możliwe jest wykrycie w surowicy lub osoczu pacjenta obecności materiału genetycznego wirusa HCV (HCV RNA)¹⁰.

W przypadku rozpoznania zakażenia HCV należy niezwłocznie podjąć leczenie, które w przypadku wdrożenia na wczesnym etapie pozwala na zahamowanie lub spowolnienie procesów degeneracyjnych w wątrobie. Schemat terapeutyczny jest dobierany indywidualnie w zależności od genotypu wirusa, stopnia zwłóknienia wątroby oraz ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Wczesnie wykryte zakażenia nie stanowią współcześnie problemu zdrowotnego zagrażającego życiu pacjenta. W terapii WZW C stosuje się farmaceutyki o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym, charakteryzujące się wysoką skutecznością (blisko 100%) oraz bezpieczeństwem. Leki te przyjmuje się doustnie, a leczenie trwa relatywnie krótko – 12-24 tygodni. Poza leczeniem farmakologicznym istotne są również zalecenia dotyczące dalszego funkcjonowania pacjentów (styl życia, kontakty społeczne), stanowiące istotny element systemu profilaktyki kolejnych zakażeń¹¹.

HCV cechuje się dużą zmiennością genetyczną, dlatego też dotychczas nie opracowano skutecznej formy uodpornienia czynnego i biernego. Zapobieganie zakażeniom polega więc na przecięciu dróg szerzenia się wirusa oraz unieszkodliwianiu źródeł zakażenia. Wśród metod profilaktyki można wymienić m.in.¹²:

- zaprzestanie przyjmowania substancji psychoaktywnych w formie iniekcji (dożylnie, domięśniowo, podskórną) oraz donosowo;
- stosowanie jałowych igieł i strzykawek;
- niedzielenie się sprzętem do przyjmowania narkotyków;

⁶ Dane WHO... op.cit.

⁷ Kamili S, Drobeniuc J, Araujo AC, Hayden TM. Laboratory diagnostics for hepatitis C virus infection. Clin Infect Dis. 2012 Jul;55 Suppl 1:S43-8.

⁸ Czułość testu - stosunek wyników prawdziwie dodatnich do sumy prawdziwie dodatnich i fałszywie ujemnych

⁹ Swoistość testu - stosunek wyników prawdziwie ujemnych do sumy prawdziwie ujemnych i fałszywie dodatnich

¹⁰ Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej: Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Polskie Towarzystwo Wirusologiczne, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej, Polska Grupa Ekspertów HCV. Lublin 2012/2013.

¹¹ Dane PZH, Poradnik o HCV... op.cit.

¹² Ibidem.

- powstrzymywanie się od praktyk seksualnych, podczas których dochodzi do uszkodzenia błon śluzowych i/lub skóry;
- stosowanie procedur zapobiegających zakażeniom podczas zabiegów medycznych związanych z naruszeniem ciągłości tkanek;
- stosowanie sterylnych narzędzi podczas zabiegów kosmetycznych, piercingu i tatuażu;
- wykonywanie badań populacyjnych w kierunku przeciwciał anti-HCV oraz materiału genetycznego (HCV RNA) w celu wykrycia osób zakażonych i podejmowania u nich leczenia.

2. Dane epidemiologiczne

Według danych WHO przewlekłe zakażenie HCV dotyczy ok. 3% populacji świata, przy czym najwyższe jego rozpowszechnienie dotyczy Afryki oraz centralnych i wschodnich rejonów Azji. Corocznie notuje się 3-4 mln nowych zakażeń HCV oraz ok. 500tys. zgonów z powodu poważnych następstw zakażenia HCV na świecie¹³. W regionie europejskim liczba osób zakażonych sięga ok. 14mln, w tym najwięcej przypadków odnotowuje się w Europie Wschodniej i Południowej. Z powodu marskości oraz pierwotnego raka wątroby o etiologii HCV corocznie umiera w Europie ok. 84tys. osób¹⁴. W krajach rozwiniętych liczba zgonów spowodowanych HCV zaczęła obecnie przekraczać liczbę zgonów będących skutkiem infekcji HBV czy HIV¹⁵¹⁶.

WZW C jest jednym z najpoważniejszych problemów epidemiologicznych w zakresie chorób zakaźnych w Polsce - szacuje się, że rozpowszechnienie HCV w populacji osób dorosłych występuje na poziomie ok. 0,95-1,9%, co odpowiada populacji ok. 660tys. osób¹⁷. Aktywne zakażenie HCV rozpoznawane na podstawie obecności HCV-RNA stwierdza się u ok. 0,6%, co odpowiada populacji ok. 190tys. osób¹⁸¹⁹. W latach 2005-2015 w systemie nadzoru epidemiologicznego w Polsce zarejestrowano ok. 28tys. nowych przypadków WZW C, w tym ponad 3,5tys. w roku 2015. Epidemiolodzy wskazują, że obserwowany w ostatnich latach wzrost liczby wykrywanych przypadków WZW C jest konsekwencją poprawiającej się wykrywalności przypadków przewlekłe przebiegających, ale także wzrastającej świadomości społeczeństwa w zakresie potrzeby badania się w tym kierunku²⁰. Wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne – wśród 5 województw o najniższej wykrywalności znajduje się m.in. województwo pomorskie. Przyczyn tego zjawiska eksperci upatrują głównie w różnicach w dostępności diagnostyki. Ponadto wykrywalność jest znacznie niższa na terenach wiejskich (16,5/1000 zakażonych w populacji), niż miejskich (23,4/1000 zakażonych w populacji)²¹.

¹³ Dane WHO... op.cit.

¹⁴ Dane Europejskiego Regionu WHO [www.euro.who.int; dostęp: 15.05.2017]

¹⁵ Ly KN, Xing J, Klevens RM, i in. The increasing burden of mortality from viral hepatitis in the United States between 1999 and 2007. *Annals of internal medicine*. 2012; 156(4):271–278.

¹⁶ Mühlberger N, Schwarzer R, Lettmeier B, i in. HCV-related burden of disease in Europe: a systematic assessment of incidence, prevalence, morbidity, and mortality. *BMC public health*. 2009; 9:34.

¹⁷ Zgodnie ze stanem ludności Polski na rok 2016 - wg GUS 31537tys. osób dorosłych

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Godzik P et al. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród osób dorosłych w Polsce – wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. *Przegląd epidemiologiczny* 2012, 66(4): 575-580.

²⁰ Stan Sanitarny Kraju w roku 2015... op.cit.

²¹ *Aspekty Systemowe i Ekonomiczne WZW Typu C w Polsce z Perspektywy Zdrowia Publicznego*, Wysocki M.J. i wsp. (red), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2017.

W 2015 roku w województwie pomorskim zarejestrowano 197 przypadków zachorowań na WZW typu C (5,5% ogółu), w tym większość przypadków stanowiły zachorowania bezobjawowe (ok. 60%). Przeprowadzone dochodzenia epidemiologiczne wykazały, że 69 osób chorych w przeszłości przechodziło duże operacje, 79 osób miało wykonywane małe zabiegi chirurgiczne, 51 osób miało wykonywaną transfuzję, 4 osoby miały bliski kontakt z osobą chorą na WZW typu C, 7 osób było pracownikami ochrony zdrowia. W raporcie podkreślono, iż z uwagi na dużą liczbę bezobjawowych zakażeń oraz brak badań przesiewowych ocena epidemiologiczna zachorowań WZW C jest nieprecyzyjna²². Podobnie większość ekspertów uważa, iż dane epidemiologiczne dotyczące omawianych zakażeń są niedoszacowane²³.

W roku 2014 w Polsce odnotowano 19,7 tys. hospitalizacji z powodu WZW łącznie, w województwie pomorskim było to 1,1tys. hospitalizacji, w tym 54,3% (584) stanowiły pobyty wynikające z rozpoznania przewlekłego WZW C, dotyczące łącznie 450 pacjentów. Jedynie 10 hospitalizacji dotyczyło pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia. Łączna liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 25,4 i była 11 największą wartością wśród województw. Wśród wskazanych powyżej 584 hospitalizacji 3,3% dotyczyło pacjentów spoza województwa, natomiast wśród wszystkich hospitalizacji w pozostałych 15 województwach 147 kolejnych dotyczyło mieszkańców województwa. W związku z powyższym łącznie w polskich szpitalach w roku 2014 wśród mieszkańców województwa pomorskiego odnotowano 708 hospitalizacji, dotyczących ok. 545 pacjentów. W analizowanej grupie większość hospitalizacji odnotowano na oddziałach obserwacyjno-zakaźnych (60%) oraz oddziałach leczenia AIDS (27%). Przeciętna długość pobytu wyniosła 4 dni, mediana czasu pobytu – 2 dni. Średni wiek hospitalizowanego pacjenta wyliczono na poziomie ok. 51 lat, natomiast w analizie płci wskazano na 49,5% kobiet oraz 50,5% mężczyzn²⁴.

Stopień wykrywalności zakażeń HCV w Polsce jest jednym z niższych w Europie - wynosi ok. 15% w porównaniu do 30–50% w innych krajach europejskich²⁵. Badania porównujące szacowane rozpowszechnienie zakażeń HCV w populacji ogólnej z liczbą dotychczas wykrytych i zarejestrowanych przypadków wskazuje na mniej niż 20% dotychczas rozpoznanych zakażeń, w związku z czym wysoce prawdopodobnym jest, iż ponad 150 tys. osób nadal nie jest świadomych zakażenia, stanowiąc tym samym źródło zakażenia dla innych²⁶. W oparciu o aktualne dane epidemiologiczne szacuje się, że w Polsce spośród ok. 230 tys. chorych dzisiaj na WZW typu C, w okresie kolejnych 30 lat co najmniej 3 tys. będzie musiało zostać poddanych leczeniu z powodu raka wątrobowokomórkowego oraz 20–40 tys. z powodu marskości wątroby, a dla wielu z nich jedyną możliwą formą leczenia będzie przeszczep wątroby²⁷.

3. Opis obecnego postępowania

Począwszy od roku 2002 działania w zakresie uregulowań prawnych i bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń

²² Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa pomorskiego 2015, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gdańsku, Gdańsk 2016.

²³ Aspekty Systemowe i Ekonomiczne WZW Typu C w Polsce z Perspektywy Zdrowia Publicznego... op.cit.

²⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych (WZW) dla województwa pomorskiego [www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl; dostęp: 15.05.2017]

²⁵ Jaros i wsp., WZW Typu C - Konieczność Zmian w Organizacji Systemu Ochrony Zdrowia, Raport Systemowy, HTA Consulting, 2014.

²⁶ Dane PZH... op.cit.

²⁷ Jaros i wsp., WZW Typu C... op.cit.

zdrowotnych oraz sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń, podejmuje Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS). W ramach opisanej wyżej aktywności prowadzone są działania nadzorująco-edukacyjne w stosunku do właścicieli i personelu zakładów prowadzących działalność gospodarczą z zakresu fryzjerstwa, kosmologii, tatuażu i innych zabiegów upiększających ciało. Ponadto PIS w latach 2005-2006 oraz 2010-2011, we współpracy z Polską Grupą Ekspertów HCV, realizowała pilotażowe programy profilaktyki HCV pn. „HCV można pokonać” oraz „STOP!HCV”. Celem głównym ww. programów było zmniejszenie obciążenia zdrowotnego populacji Polski zagrożeniami związanymi z HCV. Grupę docelową programu „STOP!HCV” stanowili: młodzież klas I -II szkół ponadgimnazjalnych, lekarze POZ, kadra kierownicza i personel odpowiedzialny za bezpieczeństwo epidemiologiczne w szpitalach wielospecjalistycznych²⁸.

W ramach ogólnokrajowych działań profilaktycznych w latach 2012-2017 realizowano projekt pn.: „Zapobieganie zakażeniom HCV” współfinansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia. Liderem projektu był NIZP-PZH, który wraz z trzema partnerami (Głównym Inspektoratem Sanitarnym, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie oraz Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie) podjął się realizacji łącznie 5 modułów tematycznych²⁹:

- 1) Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV (m.in. przebadano ok. 22,5tys. osób, określono wskaźniki epidemiologiczne, wskazano główne czynniki ryzyka sprzyjające zakażeniu),
- 2) Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie (m.in. zbadano ok. 1,2tys. użytkowników narkotyków przy użyciu nieinwazyjnego testu diagnostycznego i przeprowadzono wywiady w zakresie zachowań tych osób w związku z wykonywaniem iniekcji),
- 3) Pilotażowy program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV (m.in. przeprowadzono badania w kierunku HCV u ponad 8tys. kobiet),
- 4) Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej (m.in. przeprowadzono ponad 1,5tys. ankiet wśród przedstawicieli personelu medycznego oraz ponad 1,3tys. wśród studentów uczelni medycznych),
- 5) Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji HCV, HBV oraz HIV (m.in. przeszkolono ok. 3tys. osób, utworzono tematyczną platformę e-learningową, przeprowadzono kampanię społeczną).

W gminie Kobylnica jest obecnie realizowany program zdrowotny o wskazanej tematyce, a wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Program profilaktyki zakażeń HCV i podniesienia poziomu diagnostyki zakażeń HCV w Białymstoku na lata 2018 – 2020”
- PPZ pn. „Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B” realizowany przez województwo wielkopolskie w latach 2018-2020.

²⁸ Stan Sanitarny Kraju w roku 2015... op.cit.

²⁹ Aspekty Systemowe i Ekonomiczne WZW Typu C w Polsce z Perspektywy Zdrowia Publicznego... op.cit.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Działania profilaktyczne zaplanowane w programie, w związku z brakiem skutecznej formy uodpornienia czynnego i biernego przeciw HCV, stanowią podstawę przeciwdziałania tym zakażeniom. Niska wykrywalność, a w konsekwencji późne podejmowanie leczenia WZW C, stanowią istotny problem zdrowotny w populacji, co odzwierciedlają niepokojące wskaźniki epidemiologiczne opisane wyżej w części dotyczącej problemu zdrowotnego i epidemiologii. Dostęp do badań diagnostycznych w kierunku zakażeń HCV, finansowanych przez publicznego płatnika, jest mocno ograniczony - diagnostyka jest możliwa głównie na podstawie skierowania w ramach świadczeń ambulatoryjnych poradni chorób zakaźnych (indywidualne wskazania)³⁰. W kraju nie są prowadzone szeroko zakrojone badania screeningowe skierowane do grup szczególnego ryzyka, w związku z czym mieszkańcy gminy, chętni do skorzystania z usług diagnostycznych, muszą robić to na zasadzie pełnej odpłatności w ramach rynku prywatnego, co w konsekwencji najczęściej prowadzi do rezygnacji z tego typu świadczeń. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do diagnostyki HCV jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i przełoży się na wzrost wykrywalności w populacji docelowej. W związku z powyższym realizacja wskazanych w projekcie interwencji jest zasadna, będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących i skutkowałą poprawą bezpieczeństwa zdrowotnego populacji gminy. Wszystkie wymienione w projekcie program działania są zgodne z zaleceniami oraz rekomendacjami, przedstawionymi szczegółowo w dalszych częściach projektu.

Ponadto zaplanowany program wpisuje się w krajowe i regionalne strategie zdrowotne - jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych³¹: - *priorytet 6: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020 - *cel operacyjny 4: Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki (cel 1.1 Prowadzenie polityki ukierunkowanej na zmniejszenie narażenia na fizyczne, chemiczne i biologiczne czynniki ryzyka zdrowotnego przez m.in.: zmniejszenie narażenia na biologiczne czynniki chorobotwórcze; cel 2.1. Prowadzenie działań zapobiegawczych, przez: prowadzenie badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych dla celów nadzoru epidemiologicznego)*³².
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa pomorskiego³³ - *priorytet 9: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym o zakażeniom.*

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2016 poz. 357]

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

³² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

³³ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa pomorskiego na okres od 1 stycznia 2019 do 31 grudnia 2021. <https://uwgdansk.bip.gov.pl/priorytety-dla-regionalnej-polityki-zdrowotnej-wojewodztwa-pomorskiego/priorytety-dla-regionalnej-polityki-zdrowotnej-wojewodztwa-pomorskiego.html> (dostęp 24.04.2020).

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Wczesna identyfikacja i zmniejszenie dynamiki szerzenia się zakażeń HCV wśród mieszkańców gminy Kobylnica

2. Cele szczegółowe:

- 1) Ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie występowania zakażeń HCV w populacji docelowej mieszkańców gminy
- 2) Wzrost dostępności do świadczeń diagnostycznych, realizowanych w kierunku wczesnego wykrywania zakażeń HCV
- 3) Wzrost wykrywalności zakażeń HCV w populacji docelowej
- 4) Zwiększenie wiedzy przedstawicieli personelu medycznego w zakresie wirusa HCV oraz możliwości ograniczenia jego szerzenia
- 5) Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców w zakresie czynników ryzyka oraz możliwości ograniczenia szerzenia się zakażeń HCV
- 6) Zapobieganie odległym następstwom zdrowotnym zakażenia wirusem HCV w populacji gminy perspektywie długoterminowej
- 7) Zmniejszenie liczby infekcji HCV w populacji gminy w perspektywie długoterminowej

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) Liczba osób objętych badaniem ankietowym tj. zgłaszających się do programu (wd. 600)
- 2) Liczba osób poddanych pojedynczym testom diagnostycznym w ramach programu (wd. 490)
- 3) Odsetek populacji docelowej uczestniczącej w programie (wd. 7%),
- 4) Odsetek osób z wynikiem dodatnim na obecność przeciwciał anti-HCV w etapie I (wd. 2%)
- 5) Odsetek osób z dwukrotnym wynikiem dodatnim testu na obecność przeciwciał anti-HCV w etapie II (wd. 2%)
- 6) Odsetek osób z aktywnym zakażeniem HCV rozpoznany na podstawie obecności HCV-RNA w etapie pogłębionej diagnostyki (wd. 0,6%)
- 7) Liczba osób objętych szkoleniem dla personelu medycznego (wd. 10)
- 8) Liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy przekazanej przedstawicielom personelu medycznego w trakcie szkolenia (wd. wzrost 30%)
- 9) Liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy przekazanej uczestnikom w trakcie wykładów prowadzonych w ramach edukacji zdrowotnej (wd. wzrost 30%)

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

1. Populacja docelowa

Działania edukacyjne w ramach programu będą skierowane do dorosłych mieszkańców gminy Kobylnica oraz przedstawicieli personelu medycznego, udzielających świadczeń na terenie gminy. Działania diagnostyczne w ramach programu skierowane będą do dorosłych mieszkańców gminy Kobylnica, znajdujących się w następujących grupach podwyższonego ryzyka zakażenia HCV, wskazanych przez Polską Grupę Ekspertów HCV³⁴:

- biorcy krwi i preparatów krwiopochodnych (zwłaszcza przed 1992 r.)
- osoby poddawane zabiegom operacyjnym i/lub iniekcjom
- osoby po przebytych WZW B
- osoby otrzymujące iniekcje
- leczeni hemodializami
- chorzy na hemofilię
- zakażeni HIV
- uzależnieni od preparatów odurzających stosowanych w iniekcji lub donosowo
- osoby poddające się zabiegom upiększającym (tatuáže, piercing)
- osoby z podwyższoną aktywnością aminotransferaz wątrobowych.

Zgodnie z danymi GUS³⁵ gminę Kobylnica zamieszkuje ok. 9 770 mieszkańców powyżej 18 roku życia – osoby te stanowią populację docelową w działaniach edukacyjnych. Według szacunków ekspertów w populacji polskiej ponad 80% Polaków doświadczyło sytuacji, w której mogło dojść do zakażenia wirusem HCV³⁶. W związku z powyższym populację docelową w części diagnostycznej programu oszacowano na liczbę ok. 7800 osób. W ramach prowadzonych działań każdego roku planuje się objąć programem 500 dorosłych mieszkańców gminy (6,4% populacji docelowej). Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem danych epidemiologicznych oraz możliwości finansowanych gminy Kobylnica. Szkolenia dla personelu medycznego obejmą rocznie 10 osób.

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

- 1) Szkolenia w programie są skierowane do osób wykonujących zawód medyczny, udzielających świadczeń na terenie gminy Kobylnica.
- 2) Edukacja zdrowotna w programie jest skierowana do dorosłych mieszkańców gminy, którzy spełniają następujące kryteria:
 - wiek 18 lat i więcej
 - zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie gminy Kobylnica
- 3) Badania diagnostyczne w programie są skierowane do dorosłych mieszkańców gminy, którzy spełniają następujące kryteria:
 - wiek 18 lat i więcej
 - zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie gminy Kobylnica

³⁴ Aspekty Systemowe i Ekonomiczne WZW Typu C w Polsce z Perspektywy Zdrowia Publicznego... op.cit.

³⁵ Bank Danych Lokalnych, dane za 2018r. [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 14.04.2020].

³⁶ Ibidem.

- przynależność do grupy szczególnego ryzyka stwierdzona w pielęgniarskim postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym przy użyciu kwestionariusza ankiety
- brak zdiagnozowanego zakażenia wirusem HCV
- wyrażenie zgody na prowadzone w programie postępowanie diagnostyczne

3. Planowane interwencje

1) Szkolenie personelu medycznego zaplanowane i prowadzone przez lekarza z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji w formie jednego spotkania w każdym roku realizacji programu dla grupy 10 osób (obszar tematyczny: główne drogi zakażenia i transmisji wirusów, naturalny przebieg choroby, korzyści wczesnego wykrycia zakażenia, ograniczenie zachowań ryzykownych jako podstawowy element profilaktyki wszystkich chorób przenoszonych drogą płciową, aktualne wytyczne i rekomendacje dotyczące wczesnego wykrywania i diagnostyki oraz prewencji HCV i HBV, poprawa dostępu do badań osób ze zwiększonym ryzykiem zakażenia HCV, poprawa postępowania klinicznego i jakości życia osób z rozpoznaniem WZW C i WZW B) - badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji oraz badanie jakości szkolenia za pomocą ankiety satysfakcji uczestnika (załącznik 4)

2) Edukacja zdrowotna mieszkańców gminy:

- zaplanowana i prowadzona przez lekarza lub pielęgniarkę z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji w formie 2 w każdym roku 90-minutowych wykładów dla grup ok. 50 osób (obszar tematyczny: główne drogi zakażenia i transmisji wirusów, naturalny przebieg choroby, korzyści wczesnego wykrycia zakażenia, informacje o potencjalnym bezobjawowym przebiegu, ograniczenie zachowań ryzykownych jako podstawowy element profilaktyki wszystkich chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HCV, HBV oraz HIV) - badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji
- realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) na terenie gminy, w wybranym podmiocie leczniczym oraz Urzędzie Gminy Kobylnica.

3) Badania diagnostyczne:

A. Etap I

- kwalifikacja do programu - wywiad pielęgniarski z zastosowaniem kwalifikującego kwestionariusza ankiety (załącznik 1)
- uzyskanie zgody na udział w programie
- pobranie materiału do badań
- badanie jakości udzielonych świadczeń za pomocą ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 5)
- diagnostyka laboratoryjna HCV (test anti-HCV)
- przekazanie wyniku uczestnikowi programu

B. Etap II (pacjenci z wynikiem reaktywnym w etapie I)

- wizyta lekarska (omówienie dalszego postępowania diagnostycznego, przeprowadzenie rozmowy uświadamiającej o sposobach zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa)
- pobranie materiału do badań
- powtórna diagnostyka laboratoryjna HCV (dwukrotne powtórzenie testu anti-HCV)
- pogłębiona diagnostyka laboratoryjna HCV (HCV RNA metodą PCR) w przypadku próbek powtarzalnie reaktywnych (wynik reaktywny lub graniczny dla jednego lub dwóch powtórzonych oznaczeń)

- wizyta lekarska w przypadku wyniku reaktywnego badania HCV RNA (omówienie dalszego postępowania, ponowne przeprowadzenie rozmowy uświadamiającej o sposobach zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa oraz wyraźne zalecenie pacjentowi poinformowania osób bliskich o zakażeniu)
- skierowanie pacjenta do odpowiedniego podmiotu leczniczego, w którym będzie mógł podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku zakażenia HCV w grupach ryzyka, w tym z zastosowaniem zaplanowanego w programie kilkietapowego modelu diagnostycznego, rekomendują następujące organizacje zrzeszające ekspertów klinicznych:

- Polska Grupa Ekspertów HCV³⁷;
- Polskie Towarzystwo Hepatologiczne (PTHepat 2016)³⁸;
- Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL 2012/2013)³⁹;
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH 2012/2013)⁴⁰;
- Polskie Towarzystwo Wirusologiczne (PTW 2012/2013)⁴¹;
- Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej (PTDL 2012/2013)⁴²;
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2016)⁴³;
- Europejskie Towarzystwo Badań nad Wątrobą (EASL 2016)⁴⁴;
- Amerykańskie Towarzystwo Badań Chorób Wątroby (AASLD 2015)⁴⁵;
- Diseases Society of America (IDSA 2015)⁴⁶;
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2013)⁴⁷;
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)⁴⁸;
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE 2011)⁴⁹;
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2015)⁵⁰;

Działania profilaktyczne zaplanowane w programie, w związku z brakiem skutecznej formy uodpornienia czynnego i biernego przeciw HCV, według rekomendacji polskich i zagranicznych ekspertów, stanowią podstawę przeciwdziałania tym zakażeniom. Wszystkie

³⁷ Halota i wsp., Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C Polskiej Grupy Ekspertów HCV – 2016, Polska Grupa Ekspertów HCV, Polskie Towarzystwo Hepatologiczne.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej... op.cit.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Ibidem.

⁴² Ibidem.

⁴³ Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis C Infection, WHO, April 2016 Guidelines.

⁴⁴ EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016, European Association for the Study of the Liver.

⁴⁵ Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C, American Association for the Study of Liver Diseases and Diseases Society of America.

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Hepatitis B and C testing: people at risk of infection, Public health guideline [PH43], National Institute for Health and Care Excellence, March 2013.

⁴⁸ SIGN 133: Management of hepatitis C, A national clinical guideline, July 2013.

⁴⁹ Hepatitis C: Screening en Preventie, KCE Reports 173A, Brussel 2011.

⁵⁰ 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta 2015.

wskazane w poprzednim podpunkcie rekomendacje (m.in. WHO⁵¹, CDC⁵², AASLD⁵³) są zgodne co do tego, że badania przesiewowe powinny być wykonywane jedynie w grupach szczególnego ryzyka. W powyższych rekomendacjach zagranicznych do grup ryzyka klasyfikuje się:

- osoby przyjmujące narkotyki w iniekcji i donosowo;
- osoby poddane transfuzji lub po transplantacji narządów przed momentem wprowadzenia obowiązkowych badań na obecność HCV wśród dawców (w Polsce 1993 r.);
- dzieci matek zakażonych HCV
- osoby poddawane zabiegom upiększającym (tatuáže, kolczykowanie);
- pacjenci dializowani;
- osoby z niezdiagnozowanym zwiększeniem aktywności aminotransferaz;
- osoby zakażone HIV;
- pracownicy opieki zdrowotnej, ratownicy medyczni, służby mundurowe po ukłuciu igłą lub kontaktem z krwią zakażonych wirusem HCV;
- więźniowie (byli i obecni).

W Polsce zgodnie, zgodnie z zaleceniami Polskiej Grupy Ekspertów HCV, badaniem przesiewowym w kierunku zakażenia HCV powinni być objęci: biorcy krwi i preparatów krwiopochodnych (zwłaszcza przed 1992r.), poddawani zabiegom operacyjnym, osoby po przebytych WZW B, otrzymujący iniekcje, leczeni hemodializami, chorzy na hemofilię, zakażeni HIV, uzależnieni od preparatów odurzających stosowanych w iniekcji lub donosowo, poddający się zabiegom upiększającym (tatuáže, piercing), osoby z podwyższoną aktywnością aminotransferaz wątrobowych⁵⁴.

Badania przesiewowe należy wykonywać technikami immunochemicznymi, polegającymi na wykryciu przeciwciał anti-HCV. Zgodnie z wytycznymi (m.in. EASL⁵⁵, SIGN⁵⁶, KCE⁵⁷ i Polska Grupa Robocza⁵⁸) badania powinny być wykonane techniką testu immunoenzymatycznego (ELISA) lub testu immunoenzymatycznego (EIA). Próbkę, których wyniki badań były reaktywne, należy zbadać powtórnie tym samym testem w dwóch powtórzeniach, co jest zgodne z zaleceniami producentów testów anti-HCV. Jeżeli wyniki jednego lub dwóch powtórzonych oznaczeń zostały ocenione jako reaktywne lub graniczne, próbkę należy uznać za powtarzalnie reaktywną i wykonać dla niej badanie uzupełniające z wykorzystaniem techniki wykrywania HCV RNA metodą PCR. Postępowanie to jest niezbędne do ustalenia u pacjenta rozpoznania zakażenia HCV, kwalifikowania do leczenia i jego monitorowania. Do potwierdzenia zakażeń HCV należy stosować testy ilościowe, stosowanie testów jakościowych nie jest zalecane. Test stosowany do wykrywania HCV RNA powinien charakteryzować się jak najlepszą czułością i wysoką swoistością. Wykrycie RNA HCV wskazuje na replikację wirusa i jest dowodem czynnego zakażenia⁵⁹.

⁵¹ Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis C Infection... op.cit.

⁵² 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines... op.cit.

⁵³ Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C... op.cit.

⁵⁴ Aspekty Systemowe i Ekonomiczne WZW Typu C w Polsce z Perspektywy Zdrowia Publicznego... op.cit.

⁵⁵ EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C... op.cit.

⁵⁶ SIGN 133: Management of hepatitis C... op.cit.

⁵⁷ Hepatitis C: Screening en Preventie, KCE Reports... op.cit.

⁵⁸ Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej... op.cit.

⁵⁹ Ibidem.

EASL zaleca, aby wszystkie działania podejmowane na rzecz prowadzenia screeningu w kierunku zakażenia HCV, dostosowane były do lokalnych potrzeb zdrowotnych wyrażonych wskaźnikami epidemiologicznymi oraz stanowiły część krajowej strategii zapobiegania HCV⁶⁰. Również WHO w swoich raportach wzywa rządy krajów europejskich do dostosowania krajowych strategii WZW oraz systemów zdrowia publicznego w zakresie prewencji, monitorowania oraz eliminacji zakażeń HCV, budowania świadomości społecznej, diagnostyki, dostępu do skutecznej terapii oraz analizowania wskaźników systemowych i ekonomicznych⁶¹.

W roku 2016 płatnik publiczny na świadczenia szpitalne i ambulatoryjne, udzielone pacjentom z przewlekłym WZW C, wydatkował kwotę ponad 500mln. złotych. Dynamika wzrostu kosztów w stosunku do roku 2015 wyniosła 62%. W roku 2016 średni koszt hospitalizacji jednego pacjenta z WZW C wyniósł ponad 26tys. złotych. Ponadto w analizowanym okresie wydatkowano kolejne 17,6mln. złotych na programy lekowe, obejmujące chorych z WZW C, a ich liczba zwiększyła się w ciągu roku czterokrotnie. Koszt leczenia chorych z WZW C stanowi 80% kosztów leczenia wszystkich typów WZW. Przewlekłe zapalenie wątroby, poza opisanymi wyżej kosztami świadczeń zdrowotnych, generuje również koszty ponoszone przez ZUS z tytułu niezdolności do pracy – w 2015 roku dla wszystkich rozpoznań WZW łącznie było to ok. 50mln. zł, w tym ok. 65% stanowiły wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy⁶².

Leczenie ma na celu eliminację zakażenia HCV, a w konsekwencji zatrzymanie lub cofnięcie się zmian histologicznych, a także ograniczenie ryzyka rozwoju raka wątrobowokomórkowego oraz przenoszenia infekcji na inne osoby⁶³. Zgodnie ze stanowiskiem Polskiej Grupy Ekspertów HCV leczeniem powinni być objęci wszyscy przewlekłe zakażeni HCV, a im wcześniej zostanie ono podjęte, tym jest skuteczniejsze i mniej kosztowne⁶⁴. Powszechny i rutynowy screening w kierunku zakażeń HCV nie jest rekomendowany głównie z powodu braku efektywności kosztowej (m.in. CDC⁶⁵, KCE⁶⁶). Efektywność ta znacznie poprawia się przy doborze odpowiednich subpopulacji do prowadzonych badań, co ma istotne znaczenie w krajach, takich jak Polska, ze stosunkowo niskim rozpowszechnieniem zakażeń HCV^{67,68}.

Ponadto eksperci wskazują, iż efekty zdrowotne na szczeblu narodowym i regionalnym można uzyskać dzięki koordynacji i kompleksowości działań wszystkich interesariuszy systemowych, a efektywna walka z HCV obejmuje nie tylko wczesną diagnostykę i zapewnienie dostępu do świadczeń terapeutycznych, ale też tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych oraz podejmowanie działań zapobiegawczych względem zakażeń HCV, prowadzonych zwłaszcza poprzez działania edukacyjne⁶⁹.

⁶⁰ EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C... op.cit.

⁶¹ Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis C, WHO op.cit...

⁶² Aspekty Systemowe i Ekonomiczne WZW Typu C w Polsce z Perspektywy Zdrowia Publicznego... op.cit.

⁶³ EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C... op.cit.

⁶⁴ Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej... op.cit.

⁶⁵ 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines... op.cit.

⁶⁶ Hepatitis C: Screening en Preventie, KCE Reports... op.cit.

⁶⁷ Sroczynski G., Esteban E., Conrads-Frank A., Schwarzer R., Muhlberger N., Wright D., Zeuzem S., Siebert U., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of screening for Hepatitis C virus infection., European Journal of Public Health, Vol. 19, No. 3, 245-25, 2009.

⁶⁸ John-Baptiste A. i wsp. □ Cost Effectiveness of Hepatitis C-Related Interventions Targeting Substance Users and Other High-Risk Groups □ Pharmacoeconomics 2012; 30 (11): 1015-1034.

⁶⁹ Aspekty Systemowe i Ekonomiczne WZW Typu C w Polsce z Perspektywy Zdrowia Publicznego... op.cit.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Badania diagnostyczne w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, posiadającym umowę z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy kwalifikacji do udziału w programie, terminy pobierania materiału do badań diagnostycznych oraz odbioru ich wyników. W ramach akcji edukacyjnej na terenie gminy prowadzone będą szkolenia personelu medycznego oraz wykłady dla mieszkańców z zakresu edukacji zdrowotnej w odniesieniu do profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV. Kwalifikacja do programu będzie oparta o kwestionariusz ankiety oceniający ryzyko narażenia na zakażenie HCV (załącznik 1). Wzór karty uczestnictwa w programie określono w załączniku 2.

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

Pacjent kończy udział w programie:

- w przypadku wyniku niereaktywnego (ujemnego) badania przeprowadzonego w etapie I lub II – po odebraniu wyniku
- w przypadku wyniku reaktywnego (dodatniego) badania przeprowadzonego w etapie II w ramach pogłębionej diagnostyki – po odbyciu wizyty lekarskiej u realizatora, obejmującej omówienie dalszego postępowania, uświadomienie sposobów zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa, wyraźne zalecenie poinformowania osób bliskich o możliwości zakażenia oraz skierowanie do konkretnego podmiotu leczniczego, gdzie będzie rozpoczęty proces terapeutyczny

Pacjent w każdym momencie może zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku podjęcia takiej decyzji, pomimo odbioru informacji o wyniku dodatnim, zostaje poinformowany o wszelkich negatywnych konsekwencjach związanych z przerwaniem procesu diagnostycznego oraz postępowaniem ewentualnej choroby w przypadku nie podjęcia leczenia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) przyjęcie Uchwały Rady Gminy w sprawie realizacji programu (I kwartał 2021/2022/2023/2024/2025);
- 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2021/2022/2023/2024/2025);
- 3) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2021/2022/2023/2024/2025);
- 4) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (II-IV 2021/2022/2023/2024/2025):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - akcja edukacyjna (szkolenie dla personelu medycznego, edukacja zdrowotna mieszkańców);
 - badania diagnostyczne;
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora.
- 5) ewaluacja (I kwartał 2026):
 - analiza efektywności szkoleń dla personelu medycznego na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety kierowanej do uczestników,
 - analiza efektywności prowadzonych działań na podstawie oceny wskazanych mierników efektywności;
- 6) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026).

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

Koordinatorem programu będzie Gmina Kobylnica. W programie realizatorem będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 295 z późn. zm.];
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz.736];

- aktualna umowa z NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;
- posiadanie w swojej strukturze laboratorium analitycznego lub gwarantowanego dostępu do laboratorium z możliwością wykonania badań stosownych do prowadzonych w ramach programu działań, spełniających pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa;
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: zatrudnionych lekarzy POZ i pielęgniarki POZ;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. 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. 2019 poz. 1127 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 408 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

- analiza liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego prowadzona corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu
- analiza liczby osób uczestniczących w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej prowadzona corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu
- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu celem diagnostyki prowadzona w 4-miesięcznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 marca, 1 kwietnia - 30 czerwca, 1 lipca - 30 września, 1 października - 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu
- analiza liczby osób zakwalifikowanych do programu celem diagnostyki prowadzona w 4-miesięcznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 marca, 1 kwietnia - 30 czerwca, 1 lipca - 30 września, 1 października - 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu

2) Ocena jakości świadczeń w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego (załącznik 4);
- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 5);
- bieżąca analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do koordynatora programu.

2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie prowadzona w oparciu o coroczną oraz kończącą analizę:

- odsetka populacji docelowej uczestniczącej w programie,
- odsetka z wynikiem dodatnim na obecność przeciwciał anty-HCV w etapie I

- odsetka osób z aktywnym zakażeniem HCV rozpoznanym na podstawie obecności HCV-RNA w etapie I w ramach pogłębionej diagnostyki
- porównawczą wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących wiedzy przekazywanej podczas szkolenia dla personelu medycznego
- porównawczą wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących wiedzy przekazywanej podczas wykładów w ramach edukacji zdrowotnej mieszkańców;
- ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że zasadnicza ewaluacja programu będzie opierać się, jak wspomniano powyżej, na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu ze stanem po ich wprowadzeniu. Istotnym miernikiem efektywności będzie porównanie rocznego wskaźnika wykrywalności zakażeń HCV w populacji gminy zgodnie z danymi za lata 2015-2017 z wartością tego wskaźnika osiągniętą w latach 2018-2025. Dane do przeprowadzenia zasadniczej ewaluacji zostaną pozyskane z Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Słupsku.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszt jednostkowy, w tym:

- a. 10zł – koszt jednostkowy przy braku kwalifikacji do programu, w tym koszt akcji informacyjno-edukacyjnej (5zł) oraz kwalifikującego wywiadu pielęgniarskiego (5zł)
- b. 40zł – koszt jednostkowy przy wyniku ujemnym, w tym koszt akcji informacyjno-edukacyjnej (5zł), kwalifikującego wywiadu pielęgniarskiego (5zł), pobrania materiału do badań wraz z wykonaniem testu immunoenzymatycznego ELISA (30zł)
- c. 300zł – koszt jednostkowy przy wyniku dodatnim, w tym koszt akcji informacyjno-edukacyjnej (5zł), kwalifikującego wywiadu pielęgniarskiego (5zł), pobrania materiału do badań wraz z wykonaniem pierwszego testu immunoenzymatycznego ELISA (30zł), pierwszej wizyty lekarskiej (20zł), pobrania materiału do badań wraz z wykonaniem dwóch kolejnych powtórzeń testu (60zł), wykonania oznaczenia obecności RNA metodą PCR (160zł) oraz drugiej wizyty lekarskiej (20zł)
- d. 100zł – koszt uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego

2. Koszty całkowite:

Tab. I. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (zł)

Lp.	Rok realizacji	2021	2022	2023	2024	2025
1	szacunkowa liczba przeprowadzonych kwalifikujących wywiadów pielęgniarskich	600	600	600	600	600
2	szacunkowa liczba osób niezakwalifikowanych	100	100	100	100	100
3	koszt cząstkowy za interwencje u osób niezakwalifikowanych (10zł x poz. 2)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
4	szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych	500	500	500	500	500
5	szacunkowa liczba osób z wynikiem ujemnym (98% z poz. 4*)	490	490	490	490	490
6	koszt cząstkowy za interwencje u osób z wynikiem ujemnym (40zł x poz. 2)	19 600	19 600	19 600	19 600	19 600
7	szacunkowa liczba osób z wynikiem dodatnim (2% z poz. 4*)	10	10	10	10	10
8	koszt cząstkowy za interwencje u osób z wynikiem dodatnim (300zł x poz. 7)	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
9	liczba osób biorących udział w szkoleniu dla personelu medycznego	10	10	10	10	10
10	koszt cząstkowy za uczestnictwo w szkoleniu dla personelu medycznego (100zł x poz. 9)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
9	koszt całkowity (poz. 3 + poz. 6 + poz. 8 + poz. 10)	24 600	24 600	24 600	24 600	24 600

* oszacowania odsetka osób z wynikiem dodatnim/ujemny dokonano na podstawie danych epidemiologicznych dot. rozpowszechnienia zakażeń HCV w Populacji – 0,95-1,9%⁷⁰⁷¹.

Tab. II. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna*	Szkolenie dla personelu medycznego	Procedura kwalifikująca uczestników	Badania przesiewowe**	Koszt całkowity
2021	3 000	1 000	3 000	17 600	24 600
2022	3 000	1 000	3 000	17 600	24 600
2023	3 000	1 000	3 000	17 600	24 600
2024	3 000	1 000	3 000	17 600	24 600
2025	3 000	1 000	3 000	17 600	24 600
SUMA	15 000	5 000	15 000	88 000	123 000

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, druku ulotek/plakatów informacyjnych

** koszt pobrania materiału do badań i wykonania testów diagnostycznych

3. Źródło finansowania

Program finansowany z budżetu Gminy Kobylnica.

⁷⁰ Halota i wsp., Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C Polskiej Grupy Ekspertów... op.cit.

⁷¹ Godzik P et al. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród osób dorosłych w Polsce... op.cit.

Załącznik 1

Kwestionariusz ankiety kwalifikujący do uczestnictwa w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w gminie Kobylnica” (wzór)

Płeć (K/M)		Data przeprowadzenia wywiadu kwalifikującego
Wiek	 / /
Nr badania		(dzień/miesiąc/rok)

	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wykryto u Pana/i WZW typu C (HCV)?		
Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/i transfuzje krwi lub preparatów krwiopochodnych (płytki, osocze, czynniki krzepnięcia, albuminy, immunoglobuliny)?		
Czy kiedykolwiek wykonywano u Pana/i:		
• zabiegi operacyjne?		
• proste zabiegi chirurgiczne (np. usunięcie znamienia, nacięcie ropnia, szycie rany)?		
• endoskopie?		
• biopsje?		
• dializy?		
• zastrzyki (nie dotyczy pobrań krwi)?		
Czy był/a Pan/i leczony/a:		
• z powodu WZW B?		
• z powodu hemofilii?		
• z powodu zakażenia wirusem HIV?		
Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z wymienionych niżej usług/zabiegów:		
• tatuaże		
• kolczykowanie		
• akupunktura		
• botox/mezoterapia		
• inne (jakie?.....)		
Czy kiedykolwiek przyjmował/a Pan/i narkotyki dożylnie lub donosowo?		
Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/i nieprawidłowy wzrost enzymu aminotransferazy alaninowej (ALT)?		
LICZBA UZYSKANYCH ODPOWIEDZI		

Kwalifikacja do uczestnictwa w programie	Pieczęć placówki	Podpis pielęgniarki
TAK/NIE*		

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w gminie Kobylnica na lata 2021-2025

--	--	--

* niewłaściwe skreślić

Załącznik 2

Karta uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w gminie Kobylnica” (wzór)

Część A

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / /
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)

II. Zgoda na pobranie materiału do badań oraz przeprowadzenie testów diagnostycznych

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu pozytywnego testu i korzyściach oraz konsekwencjach wykrycia zakażenia. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na pobranie materiału do badań oraz przeprowadzenie testów diagnostycznych**

.....
(data i podpis

pacjenta)

Część B – etap I

III. Potwierdzenie pobrania materiału do badań i przekazania do laboratorium

Data pobrania materiału	Podpis pielęgniarki	Data przekazania materiału do laboratorium	Podpis pielęgniarki

IV. Potwierdzenie wykonania testu diagnostycznego i odbioru wyniku

Data wykonania testu anty-HCV	Podpis pielęgniarki	Data odbioru wyniku testu anty-HCV	Podpis pacjenta

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

V. Potwierdzenie pierwszej w programie wizyty lekarskiej

Data wizyty	Podpis lekarza

VI. Potwierdzenie pobrania materiału do badań i przekazania do laboratorium

Data pobrania materiału	Podpis pielęgniarki	Data przekazania materiału do laboratorium	Podpis pielęgniarki

VII. Potwierdzenie wykonania testów w ramach diagnostyki pogłębionej – powtórzenie testu anty-HCV

Data wykonania powtórnego testu anty-HCV	Podpis pielęgniarki	Data odbioru wyniku testu anty-HCV	Podpis pacjenta

VIII. Potwierdzenie wykonania testów w ramach diagnostyki pogłębionej – wykonanie testu HCV-RNA*

Data wykonania testu HCV-RNA	Podpis pielęgniarki	Data odbioru wyniku testu HCV-RNA	Podpis pacjenta

IX. Potwierdzenie drugiej w programie wizyty lekarskiej*

Data wizyty	Nazwa i adres placówki, do której skierowano pacjenta	Podpis lekarza

*jeśli dotyczy

Załącznik 3

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w gminie Kobylnica” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach uczestników przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Gminy Kobylnica
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych szkoleń wśród personelu medycznego	Liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniu	Liczba wykonanych interwencji wśród mieszkańców	Liczba osób uczestniczących w interwencjach

II. Działania diagnostyczne

Liczba wykonanych kwalifikacyjnych wywiadów pielęgniarskich	Liczba osób poddanych testom anti-HCV w ramach etapu I	Liczba osób z wynikiem reaktywnym w etapie I	Liczba wykonanych pierwszych wizyt lekarskich

Liczba osób poddanych powtórny testom anti-HCV w etapie II	Liczba osób z wynikiem reaktywnym po powtórnej diagnostyce testami anti-HCV	Liczba osób poddanych testom HCV-RNA w etapie II	Liczba osób z wynikiem reaktywnym w teście HCV-RNA	Liczba wykonanych drugich wizyt lekarskich

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji uczestnika szkolenia dla personelu medycznego realizowanego w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w gminie Kobylnica” (wzór)

1. Czy dzisiejsze szkolenie spełniło Pani/Pana oczekiwania?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

2. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem podnoszenia własnych kompetencji i umiejętności?
(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

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

3. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy teoretycznej w zakresie omawianego na szkoleniu obszaru?
(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

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

4. Czy nabyte na szkoleniu kompetencje wykorzysta Pani/Pan w życiu zawodowym?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

5. Czy ilość czasu poświęconego na wykład była wystarczająca?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

6. Czy ilość czasu poświęconego na dyskusję była wystarczająca?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

7. Jak ocenia Pan/Pani zakres prezentowanego materiału?
(1 – za wąski, 2 – odpowiedni, 3 – za szeroki)

1	2	3
---	---	---

8. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę osoby prowadzącej i jej przygotowanie merytoryczne?
(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

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

9. Jak ocenia Pani/Pan sposób przekazywania informacji przez osobę prowadzącą szkolenie?
(1 - bardzo przystępny, 2 – przystępny, 3 - średnio przystępny, 4 - mało przystępny, 5 -nieprzystępny)

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

10. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

11. Jak ocenia Pani/Pan szkolenie od strony organizacyjnej?
(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

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

12. Czy poleciliby/poleciliby Pani/Pan takie szkolenie innym osobom?
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

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

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w gminie Kobylnica” (wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu badania

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena opieki pielęgniarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas pobierania materiału do badania?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					

III. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie: