

**Załącznik do uchwały nr 320/212/21
Zarządu Województwa Mazowieckiego
z dnia 2 marca 2021 r.**

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-100, e-mail: urząd_marszalkowski@mazovia.pl



Program polityki zdrowotnej

badzeń przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C

okres realizacji: 2021-2022

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Kontynuacja „Programu badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C” realizowanego w latach 2018-2019 przez Województwo Mazowieckie,
do którego wydana została Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 200/2017 z dnia 23 sierpnia 2017 r.

Warszawa 2020 r.

Spis treści

Spis treści.....	2
Słowniczek.....	3
Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
I.1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
I.2. Dane epidemiologiczne.....	8
I.3. Opis obecnego postępowania.....	11
Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
II.1. Cel główny.....	12
II.2. Cel szczegółowy.....	12
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	12
Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	12
III.1. Populacja docelowa.....	12
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	12
III.3. Planowane interwencje.....	13
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	15
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	16
Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	17
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	17
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	18
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	20
V.1. Monitorowanie.....	20
V.2. Ewaluacja.....	21
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	23
VI.1. Koszty jednostkowe.....	23
VI.2. Koszty całkowite.....	26
VI.3. Źródła finansowania.....	26
Bibliografia.....	27
Załącznik A. Wzór oświadczenia o miejscu zamieszkania oraz świadomej zgody na udział w programie.....	30
Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z udziału w programie.....	31
Załącznik C. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu.....	32
Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego*.....	33
Załącznik E. Test sprawdzający wiedzę z zakresu profilaktyki HCV.....	35

Słowniczek

HCV - (Hepatitis C virus) wirus wywołujący wirusowe zapalenie wątroby typu C.

Koszty bezpośrednie - koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie, w tym koszty pracy zespołu terapeutycznego.

Koszty pośrednie - koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, utworzenie i prowadzenie strony internetowej o projekcie, oznakowanie projektu, plakaty, ulotki, itp., amortyzacja, najem lub zakup aktywów, środków trwałych i wartości niematerialnych, koszty materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną programu, koszty sprzątania pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną programu, w tym środki do utrzymania ich czystości. Do kosztów pośrednich zaliczamy także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczne są ryczałtowo.

Lekarz specjalista - na potrzeby programu - lekarz ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji z jednej z następujących dziedzin medycyny: choroby zakaźne, diagnostyka laboratoryjna, mikrobiologia lekarska, gastroenterologia, posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu.

NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia.

Organizator - Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Program - Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C na lata 2021-2022.

Realizator - podmiot wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub podmiot, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Uczestnik - osoba spełniająca kryteria włączenia i bezpośrednio korzystająca z interwencji przewidzianych w programie.

Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

HCV jest obecnie jednym z najgroźniejszych wirusów powodujących zapalenie wątroby¹ (zapalenie wątroby typu C). Został on zidentyfikowany dopiero w 1989 r.² Różnicuje się na 7 różnych genotypów oraz wiele podtypów i pseudotypów³.

HCV wpływa na proces apoptozy hepatocytów, a jego białka na procesy onkogenezy. Istnieje sześć głównych genotypów (odmian) wirusa. W Polsce najczęściej spotykanym genotypem wirusa jest genotyp 1 zgodnie z danymi dla lat 2011-2012 przedstawionymi w publikacji Panasiuk 2013 jego obecność stwierdzono u 85,6% ogółu zakażonych, drugi w kolejności rozpowszechnienia jest genotyp 3 – 8,4% zakażonych, natomiast genotypem 4 zakażonych jest 4,7% chorych. Odsetki dla genotypu 2 i 5 były w tych latach na poziomie zerowym. Liczba pacjentów reprezentujących typ mieszany zakażenia była znikoma (1,2%). Około 80% pacjentów z ostrą infekcją wirusem HCV (określa się ją ramą czasu: od momentu zakażenia do sześciu miesięcy) nie demonstruje żadnych objawów przedmiotowych. Jeśli takie objawy nawet wystąpią, to z uwagi na swoją niespecyficzność utrudniają i opóźniają rozpoznanie wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Najnowsze wytyczne, USPSTF2020, wskazują, że badanie przesiewowe powinno zostać wykonane w populacji ogólnej w wieku od 18 do 79 r.ż. oraz w grupach ryzyka wśród osób spoza powyższego zakresu wiekowego.⁴

Według pozostałych wytycznych (PGE HCV 2019, GESA 2018, AASLD/IDSA 2019, HAS 2016, ACP/CDC 2017, AASLD 2018, PGE HBV 2018) badaniami przesiewowymi w kierunku HCV powinny być objęte wszystkie osoby należące do populacji wysokiego ryzyka wystąpienia zakażenia tymi wirusami:

1. osoby przyjmujące dożylnie narkotyki;
2. osoby pozbawione wolności;
3. osoby posiadające tatuaż lub piercing;
4. osoby które zostały poddane zabiegom transfuzji krwi lub przeszczepu organów przed rokiem 1990;
5. partnerzy seksualni osób z przebyłym lub obecnym zakażeniem HCV;
6. osoby zakażone HIV;
7. osoby z objawami chorób wątroby;

¹ Flisiak R., Halota W., Horban A., i wsp., Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland, *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2011; 23 (12): 1213–1217.

² Stępień M., Rosińska M., Badania rozpowszechnienia HCV w Polsce – gdzie jesteśmy?, *Przegl Epidemiol*, 2011; 65: 15-20.

³ Hnatyszyn H.J., Chronic hepatitis C and genotyping: the clinical significance of determining HCV genotypes, *Antiviral Therapy* 2005, 10(1):1-11.

⁴ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 23/2020 z dnia 20 kwietnia 2020 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w mieście Lesznie w roku 2020”, źródło: www.bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oozp/2020/OP-0023-2020.pdf (dostęp: 12.08.2020 r.).

8. osoby, które doznały urazu spowodowanego igłą;
9. migranci z krajów o wysokiej częstości występowania zakażeń;
10. dzieci matek zakażonych wirusowym zapaleniem wątroby.⁵

Przebieg zapalenia wątroby typu C nie jest do końca zbadany ze względu na bardzo długi, bezobjawowy okres początkowy oraz późną identyfikację wirusa (1989 r.). Wykrycie następuje najczęściej u osób w wieku około 30-50 lat, u chorych ze średniozaawansowaną lub zaawansowaną chorobą wątroby. Pierwszym etapem jest ostre zapalenie wątroby, które w większości przypadków przechodzi w przewlekłe zapalenie wątroby. Może ono trwać przez wiele lat, nie dając przy tym żadnych objawów. Inkubacja zwykle trwa od 2 do 20 tygodni od momentu zakażenia⁶. U zaledwie 20% zakażonych rozwija się objawowa forma zakażenia. Problem stanowią niespecyficzne objawy (ból mięśni i stawów, zmęczenie, apatia), które łatwo pomylić z innymi chorobami⁷. Osoby zakażone czasami odczuwają problemy związane z zaburzeniami działania układu pokarmowego. Zakażenie HCV może objawiać się również objawami pozawątrobowymi. Można do nich zaliczyć np.: dolegliwości hematologiczne, nefrologiczne, reumatologiczne, skórne oraz krioglobulinemię⁸. Bardzo rzadko obserwuje się spontaniczne zwalczenie wirusa przez organizm zakażony⁹.

W wyniku wieloletniego, przewlekłego zapalenia wątroby może dojść do włóknienia, które może mieć wiele poważnych powikłań, włączając w to zgon¹⁰. Do najpoważniejszych z nich można zaliczyć marskość wątroby (od 17-55% przypadków) oraz rak pierwotny wątroby (od 11-15% przypadków)¹¹. Marskość wątroby może prowadzić również do encefalopatii wątrobowej, wodobrzusza oraz żylaków przełyku. W 50% przypadków przewlekłego zapalenia wątroby obserwuje się stłuszczenie tego narządu.

Przewlekłe zapalenie wątroby wpływa również na zdrowie psychiczne i jakość życia¹². Szereg objawów takich jak zmęczenie, depresja, problemy z układem pokarmowym ma wpływ na codzienne życie chorych¹³. Również samo rozpoznanie zakażenia oraz związane z nim procedury medyczne mogą przyczynić się do obniżenia jakości życia. Podczas terapii

⁵ Jw.

⁶ Hoofnagle J.H., Seeff L.B., Peginterferon and ribavirin for chronic hepatitis C, *N Engl J Med*, 2006; 355: 2444–51.

⁷ Shepard C.W., Finelli L., Alter M.J., Global epidemiology of hepatitis C virus infection, *Lancet. Infect. Dis.*, 2005; 5: 558–567.

⁸ Hatzakis A. i wsp., The state of hepatitis B and C in Europe: Report from the hepatitis B and C summit conference, *Journal of Viral Hepatitis*, 2011; 18 (Suppl. 1): 1–16.

⁹ Cieśla A., Mach T., Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby – aktualne wyzwania epidemiologiczne, kliniczne i terapeutyczne, *Przegląd Gastroenterologiczny*, 2007; 2 (2): 69–73.

¹⁰ Gajewski P., Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, Kraków, Medycyna Praktyczna, 2013.

¹¹ Poynard T., Bedossa P., Opolon P., Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups, *Lancet*, 1997, Mar 22; 349 (9055): 825–32.

¹² Fábregas B.C., de Ávila R.E., Faria M.N., Moura A.S., Carmo R.A., Teixeira A.L., Health related quality of life among patients with chronic hepatitis C: A cross-sectional study of sociodemographic, psychopathological and psychiatric determinants, *Braz. J. Infect. Dis.*, 2013; 17 (6): 633–39.

¹³ Córdoba J., Reyes J., Hernandez J., Esteban J.I., Labeling may be an important cause of reduced quality of life in chronic hepatitis C, *Am. J. Gastroenterol.*, 2003; 98: 226–227.

pacjent przyjmuje leki, które mogą mieć różne działania niepożądane, do których można zaliczyć drażliwość, bezsenność, obniżenie nastroju oraz utratę apetytu¹⁴.

Nie istnieje skuteczna szczepionka przeciwko wirusowi HCV. Powodem takiego stanu rzeczy jest bardzo duża zmienność antygenowa patogenu.

Specjaliści chorób wątroby alarmują, że w Polsce systematycznie wzrasta zapadalność na pozapalną marskość i raka wątroby, które rozwijają się w wyniku późno wykrytej, przewlekłej infekcji HCV. Z badań przeprowadzonych przez TNS OBOP w 2013 r. wynika, że świadomość Polaków na temat wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wywołanego przez wirus zapalenia wątroby typu C jest bardzo mała¹⁵. Badanie Omnibus TNS w 2015 r. wykazało, że tylko 13% Polaków miało przynajmniej jeden raz w życiu wykonywane badanie na obecność wirusa HCV¹⁶. Zwykle dotyczyło ono tych osób, które poddały się operacji lub zabiegom z naruszeniem ciągłości skóry. W badaniach ankietowych respondenci nie odróżniają WZW C od WZW A i B, nie orientują się jakie są drogi zakażenia, czy istnieje szczepionka prewencyjna i czy choroba poddaje się leczeniu farmakologicznemu. Brak charakterystycznych objawów i dolegliwości, tak samo jak nadal niedostateczny poziom wiedzy i błędne przekonanie o braku zagrożenia, to zasadnicze przyczyny niechęci Polaków do wykonywania testów na obecność wirusa HCV. Istotną przyczyną tak złej sytuacji zdrowotnej jest brak racjonalnej profilaktyki w systemie opieki zdrowotnej w Polsce oraz zaniedbania w zakresie edukacji i informacji społecznej na temat WZW C. Pomimo wieloletnich nacisków ekspertów, nadal proste badanie diagnozujące infekcję HCV, nie znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych POZ i w gabinetach lekarzy rodzinnych nie można wykonać bezpłatnie testowania w kierunku przeciwciał anti-HCV. Wczesna diagnostyka WZW C jest o tyle istotna, że skuteczne leki przeciwwirusowe pozwalają eradykować wirusa i trwale wyleczyć zakażenie.

Przeprowadzono symulacje epidemiczne omawianego problemu zdrowotnego oparte na modelach matematycznych. Scenariusz podstawowy dla Polski zakłada brak istotnych zmian w zakresie diagnostyki i terapii zakażeń HCV. Przyjęto, że: co roku u 3 000 nowych osób zostanie zdiagnozowane zakażenie HCV, leczenie podejmie 3 500 chorych, skuteczność leczenia, mierzona jako uzyskanie trwałej odpowiedzi wirusologicznej u chorego (z ang. sustained virologic response – SVR) utrzyma się na poziomie 40-75%. Na podstawie tych założeń oszacowano, że do 2030 r. liczba aktywnie zakażonych spadnie zaledwie o 5% w porównaniu do stanu początkowego. Nastąpi natomiast wzrost: o 40% liczby wykrytych

¹⁴ Marinho R.T., Barreira D.P., Hepatitis C, stigma and cure, World J. Gastroenterol., 2013, Oct. 28; 19 (40): 6703–09.

¹⁵ TNS Polska, Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby - Raport z badania, Warszawa, 2013 r.

¹⁶ TNS Polska, Świadomość Polaków na temat zagrożenia WZW C - Raport TNS Polska Warszawa, Warszawa, luty 2015 r.

nowych przypadków marskości wątroby, o 60% liczby wykrytych nowych przypadków raka wątrobokomórkowego, o 65% liczby zgonów z powodu zakażenia HCV¹⁷.

Koszty związane z leczeniem zakażenia HCV są bardzo wysokie. Można je podzielić na:

- bezpośrednio:
 - 1) koszty leczenia antywirusowego¹⁸:
 - a) program lekowy pn. „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.1)” – od 97 000 zł (terapia dwulekowa) do 220 000 zł (terapia trójkleowa)¹⁹,
 - b) program lekowy pn. „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B 18.2)” – 200 000 zł miesięcznie²⁰;
 - 2) koszty leczenia powikłań HCV – 32 414 004 051 zł za 11 884 hospitalizacji w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w 2015 r. (Tabela 1)²¹,
 - 3) koszty leczenia nowotworów wątroby (koszt półrocznej terapii przy użyciu sorafanibu – ok. 99 000 zł, koszt miesięczny – ok. 5 500 zł)²²,
 - 4) koszty przeszczepienia wątroby (63 400 000 zł w 2016 r. – 317 przeszczepień²³, ok. 200 000 zł za jedną procedurę²⁴);
- pośrednio:
 - 1) koszty utraconej produktywności (383 000 000 zł, 41 182,80 zł rocznie na osobę)²⁵:
 - a) absenteizm (12 639 000 zł, 2 300 zł rocznie na osobę),
 - b) prezenteizm (370 361 000 zł, 39 200 zł rocznie na osobę),
 - 2) koszty przedwczesnego opuszczenia rynku pracy²⁶:
 - a) przejście na rentę,
 - b) zgon.

¹⁷ Raport systemowy WZW typu C – konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia, Kraków, sierpień 2014; HTA Consulting.

¹⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2017 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

¹⁹ Raciborski F., Gujski M., Kłak A., HCV w Polsce – Strategia rozwiązywania problemu zdrowotnego w perspektywie 2015-2016, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2015, ISBN 978-83-935857-5-5.

²⁰ www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-zakazne/wzw-c-nowoczesne-leczenie-juz-dostepne_33637.html, odczyt 6 kwietnia 2017 r.

²¹ Narodowy Fundusz Zdrowia – Statystyki JGP, www.prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/, (odczyt: 6.04.2017 r.).

²² Rimassa L., Santoro A., Sorafenib therapy in advanced hepatocellular carcinoma: the SHARP trial, Expert Review of Anticancer Therapy, 2009; 9 (6): 739–745.

²³ Poltransplant, www.poltransplant.org.pl/statystyka_2016.html, (odczyt: 6.04.2017 r.).

²⁴ Danek T., Zasady finansowania, pobierania i przeszczepiania narządów, www.poltransplant.pl/Download/Katowice2011/31.pdf, odczyt 6 kwietnia 2017 r.

²⁵ Raport systemowy WZW typu C – konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia, Kraków, sierpień 2014; HTA Consulting.

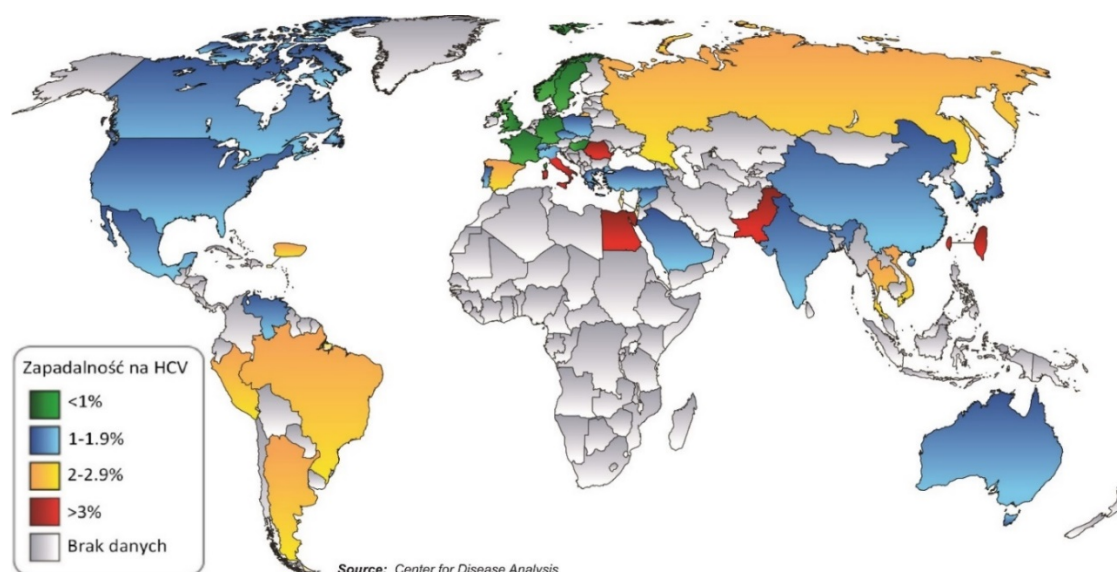
²⁶ Brak danych.

Tabela 1. Koszty hospitalizacji związanych z leczeniem powikłań WZW C według Jednorodnych Grup Pacjentów²⁷

Jednorodna Grupa Pacjentów	Liczba Hospitalizacji w związku z WZW C	Średni koszt hospitalizacji w JGP (zł)	Szacunkowy koszt hospitalizacji wszystkich pacjentów z HCV (zł)
G 17 - przewlekłe choroby wątroby z powikłaniami z pw > 5 dni	1 705	5 507,34	9 390 014,70
G 18A - przewlekłe choroby wątroby bez powikłań >17 r.ż.	10 038	2 264,71	22 733 158,98
G 18B - przewlekłe choroby wątroby bez powikłań <18 r.ż.	141	2 062,63	290 830,83
SUMA	11 884		32 14 004,51

I.2. Dane epidemiologiczne

Szacuje się, że około 2,35% populacji światowej zakażonych jest wirusem HCV. Odpowiada on za 20 do 40% wszystkich przewlekłych uszkodzeń wątroby²⁸. WZW C jest powodem śmierci ponad 350 000 osób rocznie w skali ogólnoswiatowej (głównie w wyniku marskości wątroby)²⁹.



Rycina 1. Częstość występowania zakażeń wirusem HCV na świecie (źródło: www.centerforda.com/hcv.htm, odczyt 3 kwietnia 2017 r.)

²⁷ Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia – Statystyki JGP, <http://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/>, (odczyt: 6.04.2017 r.).

²⁸ Alberti A., Negro F., The global Health burden of Hepatitis C virus infection, Liver International, 2011; 31 (2).

²⁹ Mohamed A, Elbedewy T, El-Serafy M, Hepatitis C virus: A global view, World J Hepatol. 2015 Nov 18; 7(26): 2676–2680.

Literatura przedmiotu podaje, że około 2,57% Europejczyków może być zakażonych wirusem HCV³⁰. Zgodnie z dokumentem PGE HCV 2019, liczba osób z aktywnym zakażeniem HCV wynosi 0,5%³¹.

Tabela 2. Zakażenia HCV w zestawieniu liczbą przeszczepień wątroby w 2012 r. w wybranych krajach Europy³²

Państwo	Całkowita liczba rozpoznań	Częstość występowania w populacji (%)	Liczba przeszczepień wątroby
Polska ³³	286 000	0,7	314
Hiszpania	167 300	1,5	359
Niemcy	160 000	0,5	272
Francja	133 600	0,7	274
Turcja	81 900	0,9	154
Wielka Brytania	42 200	0,4	103
Portugalia	40 600	1,5	51
Szwajcaria	32 900	1,6	23
Szwecja	32 900	0,6	35
Belgia	22 900	0,9	38
Czechy	13 000	0,6	14
Dania	11 600	0,6	5
Austria	9 700	0,5	28

Oszacowanie całkowitej liczby zakażonych HCV w Polsce jest bardzo trudne. W badaniu epidemiologicznym R. Flisiaka i wsp. na reprezentatywnej grupie 26 tys. próbek surowicy, przeciwciała anti-HCV stwierdzono w 1,9%, co odpowiada w liczbach bezwzględnych około 730 000 Polaków³⁴. Niestety, większość z nich o tym nie wie. Inne badanie, Godzik P i wsp. z 2012 roku, wśród prawie 5 tysięcy badanych, potwierdziło markery aktywnej infekcji HCV w 0,86%³⁵. Nie wszyscy pacjenci z reaktywnym wynikiem anti-HCV wykazują w badaniach wirusologicznych czynną replikację, która oznacza aktywne namnażanie wirusa i postępującą chorobę wątroby. Szczegółowe badania identyfikujące zakażenie potwierdziły że około 230 000 osób aktywnie replikuje wirusa i może przenosić zakażenie na inne osoby, choć nie są tego świadomi. Inne publikacje mówią o nawet 283 000 zakażonych³⁶.

³⁰ World Health Organization, Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Hepatitis C Infection, Geneva, WHO, 2014.

³¹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 23/2020 z dnia 20 kwietnia 2020 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w mieście Lesznie w roku 2020”, źródło: www.bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2020/OP-0023-2020.pdf (dostęp: 12.08.2020 r.).

³² Opracowanie własne na podstawie: Flisiak R. i wsp., Forecasting the disease burden of chronic hepatitis C virus in Poland, European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2015; 27: 70–76 oraz Bruggmann P.; Berg T., Øvrehus A.L.H. i wsp., Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries, Journal of Viral Hepatitis, 2014; 21 (1): 5–33; Poltransplant, <http://www.poltransplant.org.pl>, (odczyt: 4.04.2017 r.).

³³ Dane z 2009 r.

³⁴ Flisiak R., Halota W., Horban A., i wsp., Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland, European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2011; 23 (12): 1213–1217.

³⁵ Godzik P, Kolakowska A, Madalinski K, Prevalence of anti-HCV antibodies among adults in Poland—results of cross-sectional study in general population, Przegl Epidemiol. 2012; 66:575-80.

³⁶ Flisiak R. i wsp., Forecasting the disease burden of chronic hepatitis C virus in Poland, European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2015; 27: 70–76.

Omawiając epidemiologię zakażeń HCV nie można pominąć zagadnień populacyjnych związanych z WZW C. W Polsce od wielu lat dane epidemiologiczne dotyczące WZW C pozostają niedoszacowane z powodu długiego okresu bezobjawowej choroby oraz braku systemowego, aktywnego przesiewu populacji. Ponadto brak jest precyzyjnej rejestracji powikłań zakażenia, tj. marskości, raka wątroby, chorób autoimmunologicznych, chorób tarczycy, nerek i cukrzycy, zależnych od przewlekłej infekcji HCV, itp.

Oficjalną rejestrację zachorowań na wirusowe WZW C rozpoczęto w Polsce w roku 1997 i właśnie te dane pokazały, że co roku identyfikuje się od dwóch do trzech tysięcy osób, u których po raz pierwszy wykrywa się infekcję HCV (najczęściej przypadkowo).

W początkowym okresie rejestrowania, połowa przypadków pochodziła z badań przesiewowych w stacjach krwiodawstwa. Dzięki nim udało się praktycznie wyeliminować przenoszenie wirusa poprzez transfuzję krwi.

W wyniku realizowanego przez Województwo Mazowieckie w latach 2018-2019 „Programu badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C” z grupy 16 525 uczestników u 65 osób wykryto przeciwciała anti-HCV, co stanowiło 0,39%.³⁷

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych zapadalność rejestrowana dla rozpoznai z grupy „Przewlekłe WZW typu C” w roku 2016 wyniosła 7,9 tys. przypadków w Polsce, a współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 20,6.

W województwie mazowieckim, wartości te wynosiły odpowiednio 1 318 oraz 24,6³⁸.

Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego–Państwowego Zakładu Higieny, wskazują że w Polsce w 2017 r. na WZW typu C zachorowało 4 010 osób (zapadalność 10,44/100 tys.). Z kolei w 2018 r. wykryto 3 442 nowych przypadków zakażenia wirusem HCV (zapadalność 8,96/100 tys.), z czego 413 w województwie mazowieckim (zapadalność 7,66/100 tys.).³⁹

Ważnym aspektem epidemiologicznym w chorobach infekcyjnych, jest transplantacja wątroby z powodu incydentów rozwijających się na podłożu wirusowego zapalenia wątroby typu C, zwłaszcza marskości i raka wątroby. W Polsce każdego roku dokonuje się ponad 300 przeszczepień, a liczba koniecznych przeszczepień z wyżej wymienionego powodu wzrosła dwukrotnie w ciągu ostatniej dekady. Najczęstszą grupą chorób ze wskazaniem do przeszczepienia wątroby u dorosłych, była marskość pozapalna (48% wszystkich wskazań), w tym w 24% dotyczyła wirusowego zapalenia wątroby typu C⁴⁰.

37 „Raport końcowy z realizacji programu badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C”, realizowanego przez Województwo Mazowieckie w latach 2018-2019.

38 Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych (WZW) dla woj. Mazowieckiego http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_choroby-zakazne-wzw_wojewodztwo_07.pdf (odczyt: 20.05.2020 r.).

39 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2018 roku”, NIZP – PZH, Warszawa 2019 r.

40 Poltransplant, www.poltransplant.org.pl, (odczyt: 04.04.2017 r.).

I.3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, w przypadku gdy wynik pierwszego badania w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C jest dodatni, należy wykonać badanie potwierdzające. Rekomendowaną metodą potwierdzenia zakażenia HCV jest oznaczanie HCV RNA metodą PCR.

W przypadku uzyskania pozytywnego wyniku badania anty-HCV i negatywnego wyniku badania HCV-RNA w PCR, pacjenci powinni być informowani o braku dowodów na obecność aktywnej infekcji HCV w ich organizmie.

Po zdiagnozowaniu zakażenia HCV tj. po otrzymaniu pozytywnego wyniku badania anty-HCV i pozytywnego wyniku badania HCV-RNA w PCR, pacjent powinien zostać skierowany do specjalisty w celu dalszej konsultacji oraz powinien otrzymać niezbędne informacje na temat stanu zdrowia oraz zalecanego postępowania w ramach profilaktyki wtórnej.

Obecnie w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych diagnostyka HCV możliwa jest jedynie w ramach Poradni Chorób Zakaźnych po uprzednim skierowaniu od lekarza POZ.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu, każdy przypadek dotyczący podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest przekazywany właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub w przypadku zgłoszenia, które stwierdzono na obszarze przejścia granicznego, jest przekazywane odpowiednio państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu albo państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla tego przejścia.

Problem zdrowotny opisany w programie wpisuje się w priorytet zdrowotny: „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz jest zgodny z Celem operacyjnym: 6. „Profilaktyka chorób zakaźnych” wskazanym w „Kierunkach działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021”.

Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Celem głównym programu jest uzyskanie do 31 grudnia 2022 r. nie mniejszego niż 90% poziomu wykonania badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C, z planowanej w programie grupy docelowej.

II.2. Cel szczegółowy

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat profilaktyki zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C wśród 80% uczestników programu, w okresie jego realizacji.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Iloraz liczby osób, którym wykonano badanie przesiewowe w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C i liczby osób z planowanej w programie grupy docelowej – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu głównego).
Wartość docelowa miernika: min. 90%.
2. Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy na temat profilaktyki zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C i liczby osób, które uczestniczyły w badaniu wiedzy – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 2).
Wartość docelowa miernika: min. 80%.

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

III.1. Populacja docelowa

Do programu zostaną włączone osoby, które ukończyły 18 r.ż. z województwa mazowieckiego, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w podrozdziale III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

Zgodnie z danymi GUS w 2018 r. w województwie mazowieckim populacja osób w wieku powyżej 18 roku życia wynosiła 4 323 137⁴¹. Ze względu na ograniczoną kwotę przeznaczoną na realizację programu jest to populacja docelowa z grupy ryzyka, która może zostać zakwalifikowana do udziału w programie. Przy planowanym budżecie na realizację programu w wysokości 800 000 zł, będzie można wykonać badania 2 402 osobom. W przypadku dużego zainteresowania programem i dużej liczby chętnych do udziału w nim, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe.

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

Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej

41 Główny Urząd Statystyczny w Warszawie, źródło: [www://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica](http://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica) (odczyt: 12.08.2020 r.).

Osoba aplikująca do programu:

1. w dniu zgłoszenia do programu musi mieć ukończone 18 lat;
2. musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie oraz oświadczenie o miejscu zamieszkania na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego - zgodnie z Załącznikiem A.;
3. należy do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia zakażenia wirusem tj. spełnia minimum jeden z poniższych warunków:
 - 1) przyjmuje dożylnie narkotyki,
 - 2) jest lub była pozbawiona wolności;
 - 3) posiada tatuaż lub piercing;
 - 4) została poddana zabiegom transfuzji krwi lub przeszczepu organów przed rokiem 1990;
 - 5) partnerzy seksualni tej osoby są po przebytych zakażeniu HCV lub obecnie są zakażone HCV;
 - 6) jest zakażona HIV;
 - 7) ma objawy chorób wątroby;
 - 8) doznała urazu spowodowanego igłą;
 - 9) jest migrantem z krajów o wysokiej częstotliwości występowania zakażeń (Europa Środkowo-Wschodnia, Afryka oraz Azja);
 - 10) pracuje jako personel medyczny lub w służbach bezpieczeństwa publicznego i była narażona na ekspozycję krwi zakażonej HCV (ukłucie, kontakt przez błony śluzowe);
 - 11) jest dzieckiem matki zakażonej wirusowym zapaleniem wątroby.

Do programu będą mogły zostać włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Niespełnienie, co najmniej jednego z kryteriów włączenia do programu określonych w pkt 1-3 lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika pisemnej rezygnacji z udziału w programie zgodnej z treścią załącznika B do programu powoduje wyłączenie z programu.

Ponadto wyłączenie z programu powodują następujące czynniki:

1. przeciwwskazania medyczne do wykonania świadczenia stwierdzone podczas kwalifikacji;
2. udział w podobnym programie w ciągu 12 miesięcy od daty aplikowania do tego programu.

Uczestnik zostanie wyłączony z programu od razu po wystąpieniu kryterium wyłączenia.

III.3. Planowane interwencje

Program zakłada dwa typy interwencji:

1. badanie przesiewowe w kierunku wykrycia HCV składające się z:

- 1) badania wykrywającego przeciwciała anty-HCV,
 - 2) badania HCV-RNA metodą PCR (w przypadku wyniku dodatniego wykrywającego przeciwciała anty-HCV),
2. edukację zdrowotną wraz z dwukrotnym badaniem wiedzy.

Badania oraz wszelkie aspekty ich dotyczące muszą spełniać wymagania opisane w rekomendacjach dotyczących diagnostyki laboratoryjnej zakażeń WZW C zamieszczonych na oficjalnej stronie Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Badania muszą być wykonywane zgodnie z rekomendacjami aktualnymi na dzień wykonania badania.

Badanie wykrywające przeciwciała anty-HCV będzie realizowane przy pomocy analizy próbek krwi. W przypadku wyniku negatywnego uczestnik zostanie powiadomiony o wynikach badania w czasie nie dłuższym niż 10 dni kalendarzowych od uzyskania przez realizatora wyników badania. Na tym etapie, udział uczestnika w programie kończy się. W przypadku pozytywnego wyniku badania wykrywającego przeciwciała anty-HCV, realizator wykona uczestnikowi programu badanie HCV-RNA metodą PCR. Badanie HCV-RNA metodą PCR zostanie wykonane tylko u osób z pozytywnym wynikiem badania wykrywającego przeciwciała anty-HCV. Celem tej interwencji jest wykluczenie wyników pozytywnie fałszywych badania wykrywającego przeciwciała anty-HCV. Badanie to może być wykonywane z tej samej próbki krwi co badanie wykrywające przeciwciała anty-HCV. Uczestnik zostanie powiadomiony o pozytywnym wyniku badania wykrywającego przeciwciała anty-HCV oraz o wyniku jakościowego badania HCV-RNA w czasie nie dłuższym niż 10 dni kalendarzowych od uzyskania przez realizatora wyników.

Realizator może wykonać analizę próbki krwi w laboratorium będącym częścią organizacyjną jednostki, którą prowadzi bądź zlecać ją innej jednostce. W każdym przypadku bierze pełną odpowiedzialność za wykonanie tej analizy.

W przypadku uzyskania pozytywnego wyniku badania anty-HCV i negatywnego wyniku badania HCV-RNA w PCR, uczestnik powinien być informowany o braku dowodów na obecność aktywnej infekcji HCV w jego organizmie oraz o zakończeniu udziału w programie. W przypadku uzyskania pozytywnego wyniku badania anty-HCV i pozytywnego wyniku badania HCV-RNA w PCR, uczestnik powinien zostać skierowany do specjalisty w celu dalszej konsultacji oraz powinien otrzymać niezbędne informacje na temat stanu zdrowia oraz zalecanego postępowania w ramach profilaktyki wtórnej.

W ramach edukacji zdrowotnej realizator musi przekazać uczestnikowi programu wiedzę z zakresu⁴²:

1. głównych dróg zakażeń i transmisji wirusów;

⁴² Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 23/2020z dnia 20 kwietnia 2020 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażeń HCV w mieście Lesznie w roku 2020”, źródło: www.bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2020/OP-0023-2020.pdf (dostęp: 12.08.2020 r.).

2. korzyści wczesnego wykrycia HCV i wczesnego rozpoczęcia leczenia celem zapobieżenia poważnym schorzeniom (przewlekła choroba wątroby i rak wątroby);
3. informacji o tym, że potencjalne przewlekłe zakażenie może przebiegać bezobjawowo, zwłaszcza we wczesnych etapach;
4. miejsc, w których można otrzymać pomoc w zakresie zakażeń HCV ze szczególnym nastawieniem na jednostki udzielające świadczenia finansowane ze środków publicznych.

Przed przeprowadzeniem edukacji zdrowotnej, realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia badania wiedzy wśród uczestników, w formie pre-testu, z zakresu profilaktyki HCV. Podczas badania zostanie użyte narzędzie stworzone przez organizatora programu - zgodnie z treścią wzoru stanowiącego Załącznik E. Badanie ma za zadanie sprawdzenie poziomu wiedzy uczestników programu przed rozpoczęciem edukacji zdrowotnej. Test 8 pytań jednokrotnego wyboru

Po przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej, w ramach ponownego badania sprawdzającego poziom wiedzy zostanie użyte to samo narzędzie, co przy początkowym badaniu wiedzy. O wzroście poziomu wiedzy świadczy wynik lepszy o co najmniej jedną odpowiedź poprawną więcej w ponownym badaniu wiedzy.

Wiedza przekazywana uczestnikowi przez realizatora będzie opierać się na aktualnych, rzetelnych źródłach naukowych. Realizator zorganizuje działania edukacyjne w formie grupowej lub indywidualnej. Preferowane są działania edukacyjne w formie indywidualnej. Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja

Personel przeprowadzający edukację powinien spełniać warunki wskazane w podrozdziale IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu z zakresu przeprowadzenia badania przeciwciał anti-HCV oraz badania HCV-RNA powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 5 dni w tygodniu, przez 3 godziny dziennie, w godzinach porannych (tj. maksymalnie do 12.00). Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym

w podrozdziale III.3. Planowane interwencje zgodnie ze wskazaniem medycznymi i klinicznymi mogą zostać przerwane ze względu na przeciwwskazania medyczne lub rezygnację uczestnika.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

1. zostaną mu udzielone wszystkie świadczenia przewidziane w programie
2. zaistnieje kryterium wyłączenia, o których mowa w podrozdziale III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

Dopuszczalne jest jednokrotne uczestnictwo w programie.

Uczestnicy będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z dalszej diagnostyki i/lub terapii.

Interwencje stosowane w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia pacjentów. Wymagane jest by sprzęt stosowany w programie spełniał wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

Przed rozpoczęciem udzielania świadczeń przeprowadzana będzie kwalifikacja, pozwalająca stwierdzić ewentualne przeciwwskazania do uczestniczenia w programie.

Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

1. Wybór realizatorów w drodze konkursu.
2. Działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizacji programu, skierowane do potencjalnych uczestników.
3. Kwalifikacja uczestników do programu.
4. Przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie.
5. Rozliczenie finansowe programu.
6. Monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

Ad 1. Realizatorzy programu będą wybrani w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie www.mazovia.pl w zakładce „Otwarte konkursy ofert” oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26. Realizatorami programu będą podmioty wybrane w drodze konkursu i wykonujące działalność leczniczą lub oferenci, których partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego.

Ad 2. Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, materiały prasowe, bezpośredni kontakt z potencjalnymi uczestnikami).

Ad 3. Realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w podrozdziale III. 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

Ad 4. Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji:

1. badanie przesiewowe w kierunku wykrycia HCV składające się z:
 - 1) badania wykrywającego przeciwciała anty-HCV,
 - 2) badania HCV-RNA metodą PCR,

2. edukację zdrowotną wraz z dwukrotnym badaniem wiedzy uczestnika - .

Ad 5. Z wybranymi realizatorami zostaną zawarte umowy, w których określone będą warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane świadczenia.

Ad 6. W trakcie realizacji programu będzie prowadzony monitoring, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

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

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Minimalne wymagania dotyczące personelu medycznego:

Realizator podczas realizacji programu musi posiadać do dyspozycji następujący personel:

1. co najmniej 1 lekarza specjalistę (w zakresie oceny przeciwwskazań medycznych do wykonania świadczenia dokonywanej podczas kwalifikacji do programu);
- 2.1. co najmniej 1 osobę z wykształceniem wyższym z jednej z wymienionych dziedzin (w zakresie edukacji zdrowotnej):
 - a) medycyna,
 - b) pielęgniarstwo,
 - c) zdrowie publiczne,
 - d) analityka medyczna

lub

- 2.2. co najmniej 1 osobę spełniającą łącznie następujące kryteria:
 - a) ma aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego,
 - b) posiada co najmniej 2-letnie, udokumentowane doświadczenie w pracy związanej z chorobami zakaźnymi.

Pozostałych interwencji w ramach programu musi udzielać kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

Wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:

Interwencje w ramach programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

Realizator powinien mieć dostęp do laboratorium, które spełnia wszystkie aktualne wymagania określone prawem i może wykonać badania wskazane w programie. Organizator programu nie precyzuje, czy laboratorium musi wchodzić w skład organizacji realizującej program.

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:

- 1) Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
- 2) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
- 3) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A, przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto uczestnicy programu muszą zostać informowani o źródłach finansowania programu.
- 4) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 5) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Województwem Mazowieckim a realizatorem.
- 6) Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może ponownie wziąć w nim udziału.
- 7) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
- 8) Wiedza przekazywana uczestnikom programu przez realizatora, musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,
- 2) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
- 3) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego Załącznik D. do programu;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej Załącznik C. do programu.

Sprawozdanie kwartalne/roczne może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w programie;
- 2) dane kontaktowe do osób ubiegających się o udział w programie.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych.

Administratorem danych osobowych uczestników programu jest podmiot realizujący program.

Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zgodnej z treścią Załącznika C. do programu. Każdy uczestnik programu zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

- 1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył lub
- 2) rezygnacji z dalszego udziału w programie lub
- 3) wykluczeniu z dalszego udziału w programie.

Ankieta może być prowadzona w formie papierowej lub w formie elektronicznej.

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu musi zawierać:

- 1) liczbę osób biorących udział w badaniu satysfakcji;
- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;
- 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego;
- 5) informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Sugeruje się, aby analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analiza wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

Ad 3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu na koniec roku - zgodnie z Załącznikiem D.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania końcowego ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu. Sprawozdanie końcowe musi obejmować cały okres trwania programu oraz musi zawierać te same elementy, co sprawozdanie roczne. Sprawozdanie końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne. W przypadku wprowadzenia modyfikacji w sprawozdaniu rocznym, sprawozdanie końcowe musi również zostać zmodyfikowane. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki

zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotowują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. raportów końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

Na podstawie, między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono sztywną poziom kosztów pośrednich, wynoszącą 10% wartości kosztów bezpośrednich. W ramach kosztów pośrednich wyodrębniono koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitoringu i ewaluacji programu.

W związku z opracowywaniem projektu programu, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę głównych świadczeń do 55 podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie województwa mazowieckiego.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy.⁴³

Tabela 3. Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika (źródło: opracowanie własne)

Rodzaj świadczenia	Koszt jednostkowy elementu (zł)
Kosz	4

⁴³ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 5 podmiotów, odrzucając wartości zbyt wysokie i zbyt niskie, przypadające na 1 uczestnika.

ty	1
bezp	9
ośre	,
dnie	0
	0
kwalf	8
ikacja	3
uczes	,
tnika	0
do	0
progr	
amu	
wyko	8
nanie	6
bada	,
nia	0
wiedz	0
y	
uczes	
tnika	
(pre-	
test i	
post-	
test)	
przep	8
rowa	9
dzeni	,
e	0
eduk	0
acji	
dla	
uczes	
tnikó	
w	
progr	
amu	
z	
zakre	
su	
zakaż	
eń	
HCV	
wyko	4

nanie	2
bada	,
nia	0
wykry	0
wając	
ego	
przec	
iwciał	
a	
anty-	
HCV	
wyko	1
nanie	1
bada	9
nia	,
HCV	0
RNA	0
meto	
dą	
PCR	
Kosz	
ty	
pośr	
ednie	4
(10%	1
koszt	,
ów	9
bezp	0
ośre	
dnic	
h)	
Raze	
m	
koszt	4
y	6
pośr	0
ednie	,
i	9
bezp	0
ośre	
dnie	

Koszty przedstawione w Tabeli 3, to kwoty maksymalne, jakie Oferenci mogą przedstawić w swoich ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu. W konkursie zostanie określone m.in. kryterium dotyczące kosztu jednostkowego uczestnictwa w programie. Ostateczny koszt wsparcia przypadający na 1 uczestnika programu ustalony zostanie w wyniku przeprowadzonego konkursu.

W kalkulacji założono, że 97% uczestników programu (2 350 osoby x 330 zł) skorzysta z badania wykrywającego przeciwciała anti-HCV oraz edukacji zdrowotnej, a 3% z nich skorzysta dodatkowo z badania HCV-RNA metodą PCR (52 osoby x 460,90 zł).

VI.2. Koszty całkowite

Okres realizacji programu został zaplanowany na lata 2021-2022. Planowany budżet programu został określony w wysokości 800 000 zł. W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowanych w budżecie Województwa Mazowieckiego, budżet programu może zostać zwiększony.

Budżet programu został określony na lata 2021-2022 w wysokości 800 000 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2021 r.: 400 000 zł;
- 2022 r.: 400 000 zł.

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji można przeprowadzić badania 2 402 osób, w tym:

- w 2021 r.: 1201 osób;
- w 2022 r.: 1201 osób.

VI.3. Źródła finansowania

Program finansowany jest w całości z budżetu Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Organizator może ubiegać się o środki z NFZ na dofinansowanie programu polityki zdrowotnej. Zgodnie z art. 48 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych.

Bibliografia

Publikacje:

1. Alberti A., Negro F., The global Health burden of Hepatitis C virus infection, Liver International, 2011; 31 (2).
2. TNS Polska, Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby - Raport z badania, Warszawa, 2013 r.
3. TNS Polska, Świadomość Polaków na temat zagrożenia WZW C - Raport TNS Polska Warszawa, Warszawa, luty 2015 r.
4. Raport systemowy WZW typu C – konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia, Kraków, sierpień 2014; HTA Consulting.
5. Mohamed A., Elbedewy T., El-Serafy M., Hepatitis C virus: A global view, World J Hepatol. 2015 Nov 18; 7(26): 2676–2680.
6. World Health Organization, Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Hepatitis C Infection, Genewa, WHO, 2014.
7. Flisiak R., Halota W., Horban A., i wsp., Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland, European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2011; 23 (12): 1213–1217.
8. Godzik P., Kolakowska A., Madalinski K., Prevalence of anti-HCV antibodies among adults in Poland—results of cross-sectional study in general population, Przegl Epidemiol. 2012; 66:575-80.
9. Parda N., Henszel Ł., Stępień M., Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2012 roku, Przegląd Epidemiologiczny 2014; 68: 265-269.
10. Stępień M., Rosińska M., Badania rozpowszechnienia HCV w Polsce – gdzie jesteśmy?, Przegl. Epidemiol., 2011; 65: 15-20.
11. Hnatyszyn HJ, Chronic hepatitis C and genotyping: the clinical significance of determining HCV genotypes, Antiviral Therapy 2005, 10(1):1-11.
12. Raciborski F., Gujski M., Kłak A., HCV w Polsce – Strategia rozwiązywania problemu zdrowotnego w perspektywie 2015-2016, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2015, ISBN 978-83-935857-5-5.
13. European Centre for Disease Prevention and Control, Annual Epidemiological Report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data, 2013, <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>.
14. Gajewski P., Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, Kraków, Medycyna Praktyczna, 2013.

15. Hoofnagle J.H., Seeff L.B., Peginterferon and ribavirin for chronic hepatitis C, *N Engl J Med*, 2006; 355: 2444–51.
16. Shepard C.W., Finelli L., Alter M.J., Global epidemiology of hepatitis C virus infection, *Lancet. Infect. Dis.*, 2005; 5: 558–567.
17. Cieśla A., Mach T., Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby – aktualne wyzwania epidemiologiczne, kliniczne i terapeutyczne, *Przegląd Gastroenterologiczny*, 2007; 2 (2): 69–73.
18. Hatzakis A. i wsp., The state of hepatitis B and C in Europe: Report from the hepatitis B and C summit conference, *Journal of Viral Hepatitis*, 2011; 18 (Suppl. 1): 1–16.
19. Poynard T., Bedossa P., Opolon P., Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups, *Lancet*, 1997, Mar 22; 349 (9055): 825–32.
20. Fábregas B.C., de Ávila R.E., Faria M.N., Moura A.S., Carmo R.A., Teixeira A.L., Health related quality of life among patients with chronic hepatitis C: A cross-sectional study of sociodemographic, psychopathological and psychiatric determinants, *Braz. J. Infect. Dis.*, 2013; 17 (6): 633–39.
21. Córdoba J., Reyes J., Hernandez J., Esteban J.I., Labeling may be an important cause of reduced quality of life in chronic hepatitis C, *Am. J. Gastroenterol.*, 2003; 98: 226–227.
22. Marinho R.T., Barreira D.P., Hepatitis C, stigma and cure, *World J. Gastroenterol.*, 2013, Oct. 28; 19 (40): 6703–09.
23. Flisiak R. i wsp., Forecasting the disease burden of chronic hepatitis C virus in Poland, *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2015; 27: 70–76.
24. Bruggmann P., Berg T., Øvrehus A.L.H. i wsp., Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries, *Journal of Viral Hepatitis*, 2014; 21 (1): 5–33.
25. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku, Warszawa, NIZP – PZH, 2013.
26. Parda N., Rosińska M., Stępień M., Wirusowe zapalenie wątroby typu c w Polsce w 2013 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, *Przegl Epidemiol* 2015; 69: 375 – 378.
27. Rimassa L., Santoro A., Sorafenib therapy in advanced hepatocellular carcinoma: the SHARP trial, *Expert Review of Anticancer Therapy*, 2009; 9 (6): 739–745.
28. 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, Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C, Wydanie II.

29. Zuure F.R., Urbanus A.T., Langendam W., Outcomes of hepatitis C screening programs targeted at risk groups hidden in the general population: a systematic review., BMC Public Health 15:66.
30. Williams D., Pitre E., Ford C., CADTH Systematic Review: Screening for Hepatitis C Virus: A Systematic Review, CADTH, Ottawa, Ontario, 2016.
31. Hahné S.J.M., Veldhuijzen I.K., Wiessing L., Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening., BMC infectious diseases. 2013; 13:181.

Źródła internetowe:

1. Poltransplant, www.poltransplant.org.pl
2. Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov
3. Poradnik Zdrowie.pl www.poradnikzdrowie.pl
4. Narodowy Fundusz Zdrowia www.prog.nfz.gov.pl/APP-JGP
5. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, www.kidl.org.pl
6. Główny Urząd Statystyczny, Bank danych lokalnych, www.bdl.stat.gov.pl
7. Samorząd Województwa Mazowieckiego, www.mazovia.pl
8. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: www.aotmit.gov.pl/
9. Mapy potrzeb zdrowotnych: www.basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.

Załącznik A. Wzór oświadczenia o miejscu zamieszkania oraz świadomej zgody na udział w programie

.....
Imię i nazwisko uczestnika

1. Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C” mieszkam na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu*.

Miejscowość, data i podpis uczestnika

2. Ja niżej podpisana(y) wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w „Programie polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C” i jestem świadom(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące mojego udziału w „Programie polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C” oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Oświadczam, że w ciągu 12 ostatnich miesięcy nie korzystałam(em) z badań wykrywających przeciwciała anty-HCV.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

*Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 k.c.) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

**Niepotrzebne skreślić

Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z udziału w programie

Rezygnacja z udziału w „Programie polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C”

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C na lata 2021-2022”.

Powodem mojej rezygnacji jest*:

Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

** Niepotrzebne skreślić

Załącznik C. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w „Programie polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-6 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. W jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania?
1 2 3 4 5
2. Jak oceniają Państwo osobę prowadzącą aplikację/rekrutację do programu?
1 2 3 4 5
3. Jak oceniają Państwo osobę wykonującą kwalifikację do badania?
1 2 3 4 5
4. Jak oceniają Państwo osobę wykonującą badanie?
1 2 3 4 5
5. Jak oceniają Państwo organizację programu?
1 2 3 4 5
6. W jakim stopniu odpowiadała Państwu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?
1 2 3 4 5
7. Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
☐ z ulotki, plakatu, materiału prasowego
☐ od lekarza/pielęgniarki
☐ z Internetu
☐ od znajomych/rodziny
☐ inne (jakie?)
8. Inne uwagi

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego*

Sprawozdanie kwartalne/roczne* z realizacji „Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C”

Dane realizatora: (nazwa, adres)

Nr umowy:

Sprawozdanie za okres:

Sprawozdanie dot. mierników efektywności realizacji programu

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Iloraz liczby osób, którym wykonano badanie przesiewowe w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C i liczby osób z planowanej w programie grupy docelowej	
2.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy na temat profilaktyki zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C i liczby osób, które uczestniczyły w badaniu wiedzy	

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w ramach programu w okresie sprawozdawczym

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do programu	
3.	Liczba osób niezakwalifikowanych do programu	
4.	Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie	
5.	Liczba osób, którym wykonano badanie wykrywające przeciwciała anty-HCV	
6.	Liczba osób, którym wykonano badanie wykrywające przeciwciała anty-HCV i otrzymały wynik dodatni badania	
7.	Liczba osób, którym wykonano badanie HCV-RNA metodą PCR	
8.	Liczba osób, którym wykonano badanie HCV-RNA metodą PCR i otrzymały wynik dodatni badania	
9.	Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej	
10.	Liczba osób, u których przeprowadzono badanie wiedzy (pre-test i post-test)	
11.	Liczba osób u których wzrósł poziom wiedzy po uczestnictwie w edukacji zdrowotnej	

*Niepotrzebne skreślić

Uwagi:

Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C na lata 2021-2022

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu za okres sprawozdawczy

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

Załącznik E. Test sprawdzający wiedzę z zakresu profilaktyki HCV

Imię i nazwisko:.....

Liczba punktów:/8

Pre-test / post-test*

Pytania jednokrotnego wyboru – zaznacz jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

1. HCV to:
 - a) wirus wywołujący wirusowe zapalenie wątroby typu C
 - b) nazwa badania wykorzystywanego w diagnostyce laboratoryjnej
 - c) bakteria
2. WZW C to:
 - a) wirusowe zapalenie wątroby typu C
 - b) wirus wywołujący wirusowe zapalenie wątroby typu C
 - c) nazwa leku
3. HCV przenosi się:
 - a) drogą pokarmową
 - b) poprzez zakażoną krew
 - c) poprzez zakażone zwierzęta
4. Kiedy występuje ryzyko zakażenia wirusem HCV:
 - a) podczas podania ręki osobie zakażonej
 - b) podczas stosowania niesterylnych narzędzi np. u kosmetyczki, stomatologa
 - c) podczas kontaktu ze śliną zakażonego (np. podczas kichania, kaszlenia)
5. Kiedy obchodzimy Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby?
 - a) 28 lipca
 - b) 24 listopada
 - c) 1 czerwca
6. Jak można uniknąć zakażenia wirusem HCV:
 - a) stosując jednorazowe rękawiczki podczas udzielania pierwszej pomocy
 - b) unikając kontaktu z osobą zakażoną
 - c) nosząc maseczkę ochronną
7. Podstawowe badania w kierunku wykrycia zakażenia HCV wykonuje się:
 - a) z próbki moczu
 - b) z próbki kału
 - c) z próbki krwi
8. Czy istnieje skuteczna szczepionka przeciwko WZW C?
 - a) Tak, jest dostępna w aptekach od kilku lat
 - b) Nie, ale szczepionka przeciwko WZW A i WZW B chroni również przed WZW C
 - c) Nie, jeszcze nie udało się stworzyć skutecznej szczepionki, ze względu na zmienność wirusa

** Niepotrzebne skreślić

Załącznik E1. Klucz do testu sprawdzającego wiedzę z zakresu profilaktyki HCV.

- 1.A
- 2.A
- 3.B
- 4.B
- 5.A
- 6.A
- 7.C
- 8.C