

z dnia 29 czerwca 2016 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji programu szczepień profilaktycznych przeciw grypie dla Gminy
Konstancin-Jeziorna na lata 2016-2018**

Na podstawie art.7 ust.1 pkt.1, art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz.581 ze zm.) Rada Miejska Konstancin-Jeziorna uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje do realizacji programu szczepień profilaktycznych przeciw grypie dla Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016-2018, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Środki na realizację programu zostały zabezpieczone w budżecie gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2016 w dziale 851, rozdziale 85121, § 4300 w kwocie 15.000 zł na rok. Środki na lata 2017 i 2018 są ujęte w Wieloletniej Prognozie Finansowej.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Gminy Konstancin-Jeziorna.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ
Andrzej Ciesławski

Załącznik do Uchwały Nr 331/VII/21/2016
Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna
z dnia 29 czerwca 2016 r.

Program szczepień profilaktycznych przeciw grypie dla gminy Konstancin Jeziorna na lata 2016–2018

program polityki zdrowotnej

dr n. o zdr. Jacek Borowicz

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest wprowadzony po raz pierwszy, zaplanowany na lata 2016-2018, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorny i posiadanych zasobów finansowych.

Podstawa prawna:

Program polityki zdrowotnej ustanowiony na podstawie art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego	4
a. Problem zdrowotny	4
b. Epidemiologia	5
c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu	10
d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	10
e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	12
2. Cele programu	14
a. Cel główny	14
b. Cele szczegółowe	14
c. Oczekiwane efekty	14
d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	14
3. Adresaci programu	16
a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe	16
b. Tryb zapraszania do programu	16
4. Organizacja programu	18
a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne	18
b. Planowane interwencje	18
c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu	20
d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu	20
e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	20
f. Spójność merytoryczna i organizacyjna	21
g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu	21
h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji	21
i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu	22
j. Dowody skuteczności planowanych działań	23
• Opinie ekspertów klinicznych	23
• Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wnioski	24

• Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej	25
• Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego	27
5. Koszty	29
a. Koszty jednostkowe.....	29
b. Planowane roczne koszty całkowite.....	29
Koszty organizacyjne po stronie organizatora	30
Koszty organizacyjne po stronie realizatora.....	30
Koszty realizacji programu	30
Koszty ogólne programu	31
c. Źródła finansowania, partnerstwo	32
d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne ..	32
6. Monitoring i ewaluacja.....	34
a. Ocena zgłaszalności do programu	34
b. Ocena jakości świadczeń w programie.....	34
c. Ocena efektywności programu.....	35
d. Ocena trwałości efektów programu.....	35
7. Okres realizacji programu	36
8. Bibliografia	37
9. Załączniki	41
a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń.....	41
b. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	42
c. Zgoda na udział w programie	44

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Grypa to bardzo zaraźliwa choroba układu oddechowego. Występuje corocznie i szerzy się drogą kropelkową przez kontakt bezpośredni oraz przez skażone przedmioty. Pierwsze symptomy pojawiają się średnio po dwóch dniach po zakażeniu, a są to: gorączka, dreszcze, ogólne osłabienie, katar, kaszel i bóle głowy. Choroba najczęściej ustępuje po siedmiu dniach.

W Polsce szczepienia są corocznie zalecane przez ekspertów wszystkim osobom powyżej 6. miesiąca życia, a w szczególności:

- chorym na choroby przewlekłe;
- zdrowym dzieciom w wieku od 6 miesięcy do 18. roku życia;
- osobom w wieku powyżej 55 lat;
- pracownikom ochrony zdrowia oraz placówek zapewniających opiekę osobom chorym i niepełnosprawnym;
- pracownikom wykonującym zawody wymagające ciągłego kontaktu z ludźmi;
- osobom chorującym przewlekłe (w tym: zakażonym wirusem HIV lub pacjentom po przeszczepach).

Powszechne występowanie wirusa grypy oraz bardzo łatwa transmisja sprawiają, że zachorowania odnotowuje się na całym świecie. Charakterystyczna dla tego wirusa jest cykliczność występowania: epidemie w Europie pojawiają się późną jesienią i trwają do wczesnej wiosny [1].

W zależności od wieku pacjenta i jego ogólnego stanu zdrowia przebieg choroby może być różny. U osób powyżej 65. roku życia symptomy często nie pojawiają się tak nagle jak u osób młodszych, a objawy ogólnoustrojowe rozwijają się dłużej i są łżejsze (np. gorączka może być mniejsza lub w ogóle nieobecna). Z kolei takie objawy, jak nudności i wymioty częściej obserwuje się u dzieci niż u ludzi dorosłych i starszych. Grypa jako jednostka chorobowa rzadko przyczynia się do zgonu pacjenta. Powodem śmierci najczęściej są jej powikłania. Każdego roku z powodu ciężkiego przebiegu lub licznych powikłań pewien odsetek chorujących wymaga hospitalizacji.

Najczęstsze powikłania grypowe występują:

1. Ze strony układu oddechowego (np. zapalenie płuc i oskrzeli, zapalenie przełyku, zaostrzenie innych chorób przewlekłych, w tym astmy itd.).
2. Ze strony układu nerwowego (np. poprzeczne zapalenie rdzenia, zapalenie mózgu itd.).
3. Ze strony innych układów (np. zapalenie ucha środkowego, zapalenie mięśnia sercowego) [2].

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania tej chorobie jest szczepienie. Szczepionki są bezpieczne, łatwo dostępne i zmniejszają liczbę zgonów spowodowanych powikłaniami następującymi po zachorowaniu na grypę [3].

Najważniejszą barierą ochronną organizmu przed tą chorobą są swoiste przeciwciała skierowane przeciw białkom wirusa grypy. Odporność może być nabyta w wyniku przebytych infekcji wirusowych lub po zaszczepieniu. Różnorodność wirusa grypy oraz jego zdolność do mutacji sprawiają, że szczepienie przeciw jednemu typowi zachorowania nie zapobiega zachorowaniu na inny typ. Dlatego szczepionki zmienia się co sezon, a populacja powinna się szczepić co roku od nowa [1]. W Polsce dostępne są inaktywowane szczepionki przeciwgrypowe, zawierające fragmenty zabitego wirusa typu „split” i podjednostkowe typu „subunit”, które nie są w stanie namnożyć się w organizmie i spowodować choroby [4]. W sezonie 2014/2015 został odnotowany bardzo niski stan zaszczepienia populacji polskiej (~3,5 %).

b. Epidemiologia

Grypa jest chorobą zakaźną wywoływaną przez wirusy z rodziny *Orthomyxoviridae*. Wyróżnia się trzy typy wirusa grypy: A, B i C. Typ A odpowiada za najcięższy przebieg choroby, często z towarzyszącymi powikłaniami; może wywoływać epidemie, a nawet pandemie. Ponadto typ A dzieli się na podtypy: A/H1N1, A/H3N2, A/H2N2 i inne. Zwykle zakażenia wirusami grypy podtypu A/H3N2 powodują cięższe zachorowania niż zakażenia podtypem A/H1N1. Typ B występuje głównie u dzieci i ma potencjał epidemiczny. Najłagodniejszy przebieg choroby obserwuje się u chorych zakażonych typem C [5].

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) na grypę i zakażenia grypopodobne rocznie choruje od 330 mln do 1575 mld ludzi na świecie, z czego umiera około 500 tys. Zachorowania rejestruje się w każdej grupie

wiekowej. Największą zapadalność notuje się zwykle u dzieci i nastolatków, podczas gdy najwięcej zgonów występuje wśród ludzi starszych.

W Polsce, w zależności od danego okresu epidemiologicznego, pojawia się od kilku tysięcy do kilku milionów zachorowań i/lub podejrzeń zachorowań na grypę i/lub infekcje grypopodobne.

W XX wieku zarejestrowano trzy następujące największe pandemie grypy:

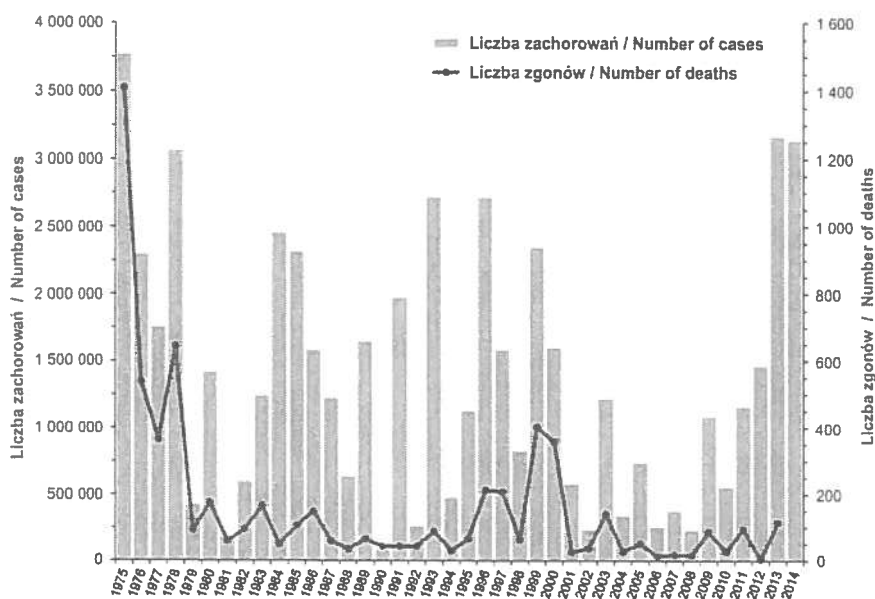
1. Pandemia „Hiszpanka” w latach 1918–1919, wywołana przez wirusa podtypu A/H1N1/, która spowodowała śmierć 100 mln osób.
2. Pandemia „azjatycka” w roku 1957 wywołana przez wirusa podtypu A/H2N2/, podczas której zarejestrowano około miliona zgonów.
3. Pandemia „Ery Hongkongu” wywołana przez wirusa podtypu A/H3N2/ w 1968 roku [2; 6].

Do stosunkowo niedawnych należy pandemia ogłoszona przez WHO w 2009 roku. Przyczyną był nowy podtyp wirusa grypy (A/H1N1/), który powstał w 2009 roku w wyniku połączenia genów pochodzących od zwierząt (ptaków, świń itd.). Ponieważ takiego typu wirusa nie było wcześniej na świecie, ludzie bardzo łatwo się nim zakażają. W sezonie 2009/2010 w Polsce zarejestrowano ponad milion przypadków (pięć razy więcej niż w roku poprzednim), a 182 osoby zmarły [2; 7].

Zakażenia wirusem grypy występują w Polsce powszechnie. Corocznie sezon zwiększonej zachorowalności na grypę trwa od października do kwietnia następnego roku, przy czym szczyt przypada między styczniem a marcem. Rejestruje się wtedy od kilkuset do kilku milionów zachorowań na grypę i choroby grypopodobne.

Grypa przenosi się z osoby na osobę drogą kropelkową podczas kichania, kaszlu lub w wyniku bezpośredniego kontaktu ze świeżą wydzieliną z dróg oddechowych ludzi zakażonych. Sporadyczne zachorowania mogą też występować w miesiącach letnich z powodu zawleczenia zakażenia z terenu, gdzie aktualnie trwa sezon epidemiczny grypy. Dane dotyczące liczby zachorowań są zaniżone z powodu niedoskonałości systemu rejestracji; często ludzie nie zwracają się do lekarzy po wystąpieniu objawów i próbują leczyć się na własną rękę. Również zakażenie wirusem grypy nie zawsze zostaje potwierdzone badaniami laboratoryjnymi. Grypa nie jest także wpisywana w aktach zgonu, gdyż najczęściej śmierć następuje w wyniku jej powikłań.

W sezonie 2013/2014 zarejestrowano 2,7 mln przypadków i podejrzeń zachorowań na grypę. Wśród tej grupy około 9 tys. było hospitalizowanych oraz odnotowano 15 zgonów. W sezonie 2012/2013 nastąpiło około 3 mln zachorowań, a 119 osób zmarło [8]. Według danych z Krajowego Ośrodka ds. Grypy można stwierdzić, że co roku liczba zachorowań na grypę wzrasta (ryc. 1).

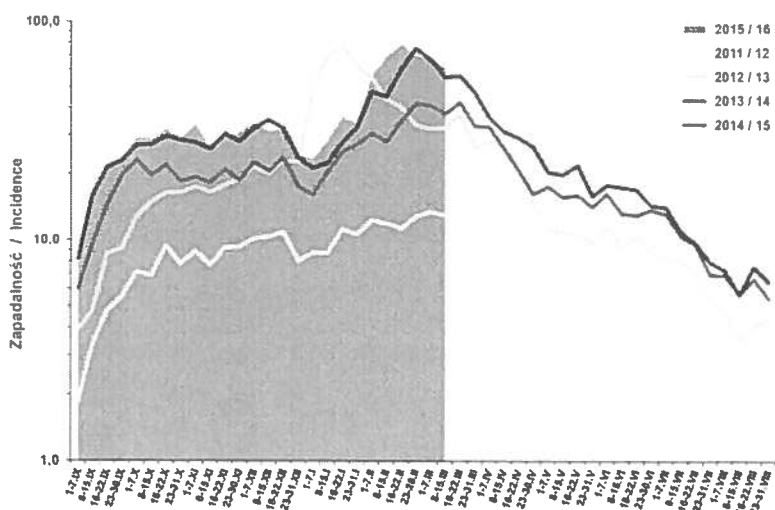


Rycina 1. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę oraz liczba zgonów z powodu grypy w latach 1975–2014

Źródło: Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, <http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/index.htm> [dostęp: 23.03.2016].

W 2015 roku zarejestrowano 3 843 395 przypadków grypy oraz jej podejrzeń, a zapadalność wyniosła 9 987,01, natomiast w roku 2014 przypadków było 3 137 056 (zapadalność – 8 151,59). Według danych zauważalny jest wzrost zapadalności [9; 10].

Rycina 2 prezentuje przebieg sezonu grypowego 2015/2016 do marca 2016 roku w porównaniu z sezonami poprzednimi. W tym czasie najwięcej zachorowań zarejestrowano w drugiej połowie lutego.

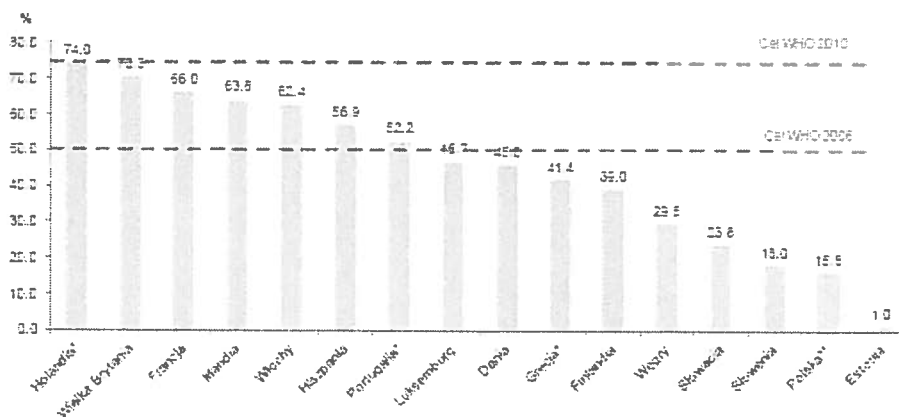


Rycina 2. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę. Średnia dzienna zapadalność (na 100 tys. ludności) wg tygodniowych meldunków w sezonie 2015/2016 w porównaniu z sezonami 2011/2012–2014/2015

Źródło: Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, <http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/index.htm> [dostęp: 23.03.2016].

Wiele danych o zachorowaniach zebranych w ramach rutynowego nadzoru wskazuje, że nadzór epidemiologiczny nad grypą i chorobami grypopodobnymi nie jest w Polsce stabilny. Właśnie z tego powodu pojawiają się różnice terytorialne między województwami dotyczące zapadalności czy struktury wieku chorujących. Poprawa systemu rejestracji powinna być motywująca dla pracowników inspekcji sanitarnej [11].

Poziom zaszczepienia w Polsce wśród osób starszych w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej pozostaje na bardzo niskim poziomie (ryc. 3). W 2010 roku był on znacznie niższy niż przewidywał wyznaczony przez WHO cel, czyli zaszczepienie do roku 2010 co najmniej 75% populacji powyżej 65. roku życia.



Rycina 3. Porównanie poziomu wyszczepialności osób starszych (powyżej 65. roku życia) przeciw grypie w wybranych krajach UE w 2010 roku z poziomami zalecanymi przez WHO na lata 2006 i 2010

Źródło: http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Raport_II_Ogolnopolski_Program_Zwalczenia_Grypy.pdf [dostęp:23.03.2016].

Według ostatnich danych z sezonu 2014/2015 w województwie mazowieckim widoczny jest również znaczny wzrost zachorowań w porównaniu z rokiem poprzednim (tab. 1). Przyczyną tego wzrostu może być większe zainteresowanie ze strony mediów z powodu zgonów pod koniec 2015 roku w krajach sąsiadujących. Z tego powodu placówki medyczne częściej zgłaszały podejrzenia zachorowania na grypę.

Tabela 1. Dane liczbowe dotyczące liczby podejrzeń i zachorowań na grypę zgłoszonych przez lekarzy w wymienionych okresach w województwie mazowieckim

Termin Data	Ogółem zachorowań		Hospitalizacje		Zgony	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
1.01.–7.01.	16 161	11 154	47	26	0	0
8.01.–15.01.	13 065	14 554	55	27	0	0
16.01.–22.01.	13 653	16 377	32	27	0	0
23.01.–31.01	15 635	21 478	57	40	0	0
1.02. –7.02.	17 058	30 790	41	85	0	2
8.02.–15.02	17 208	34 352	66	95	0	0
16.02–22.02.	12 977	26 716	42	96	0	1

23.02.–29.02.	28 560	26 582	84	112	0	7
1.03.–7.03.	31 931	29 652	132	126	0	2

Źródło: <http://wsse.waw.pl/aktualnosci-i-komunikaty/aktualnosci/sytuacja-epidemiologiczna-grypy-sezonowej-w-województwie-mazowieckim-stan-na-dzien-09-03-2016-r> [dostęp: 24.03.2016].

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja całościowa zamieszkująca gminę Konstancin-Jeziorna stanowi 23 666 osób. W tej grupie znajduje się 12 540 kobiet oraz 11 126 mężczyzn. Wytyczne zawarte w Programie Szczepień Ochronnych na rok 2016 klasyfikują szczepienie przeciwko grypie jako świadczenie zalecane ze wskazań klinicznych lub indywidualnych. Szczególną uwagę zwraca się tutaj na osoby z obniżoną odpornością (pacjenci po przeszczepach lub chorujący na choroby przewlekłe, np. nowotwory), dzieci z grup ryzyka do 6. miesiąca życia (np. cierpiące na choroby przewlekłe lub wady rozwojowe) oraz kobiety w ciąży. Dodatkowo podkreśla się potrzebę szczepienia osób ze wskazań epidemiologicznych (narażenie zawodowe, wiek itp.). Dokładne informacje są umieszczone we wskazaniach producenta danego preparatu.

Program kierowany jest do mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna w wieku 55 lat i więcej. Na podstawie danych meldunkowych na dzień 1 kwietnia 2016 roku populacja ta liczy 7673 osoby.

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

Na świecie funkcjonuje wiele instytucji zajmujących się problematyką zwalczania wirusa grypy, jednak dwie organizacje są wyszczególnione spośród nich i koordynują funkcjonowanie mniejszych. Pierwsza z nich to amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień (Advisory Committee on Immunization Practices – ACIP). Tworzy go grupa lekarzy i specjalistów ds. publicznej ochrony zdrowia, która formułuje zalecenia dotyczące sposobu korzystania ze szczepionek w celu kontrolowania pojawiania się

i rozprzestrzeniania chorób w Stanach Zjednoczonych. Ze względu na swoją wieloletnią historię jest to organizacja silnie umocowana w środowisku medycznym i dlatego jej zalecenia często są przejmowane przez inne kraje. Drugą instytucją to Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC). To agencja Unii Europejskiej, której celem jest wzmocnienie ochrony Europejczyków przed chorobami zakaźnymi. Głównym jej zadaniem jest identyfikowanie i ocena zagrożeń dla zdrowia człowieka stwarzanych przez choroby zakaźne oraz podnoszenie świadomości na temat tych chorób. Współpracując z ekspertami z całej Europy, ECDC gromadzi dane zdrowotne z poszczególnych krajów, by opracowywać opinie naukowe i zalecenia dotyczące zagrożeń stwarzanych przez choroby zakaźne, w tym grypę [12].

W Polsce w 2013 roku pojawił się pierwszy raport opisujący działania wcześniej wprowadzonego Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy. Jego głównym celem jest sformułowanie zaleceń i wyznaczenie działań, które powinny doprowadzić do wzrostu liczby szczepień przeciw grypie w Polsce, w szczególności w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania. Szczepienie jest najtańszą i najskuteczniejszą metodą zwalczania powikłań pogrypowych. Główną przyczyną powstania wspomnianego programu jest bardzo niski odsetek ludzi szczepionych w Polsce, a jednym z najważniejszych celów – podnoszenie świadomości na temat szczepień zarówno wśród pacjentów, jak i wśród pracowników ochrony zdrowia. Grupa ekspertów w ramach Programu analizuje badania przeprowadzane w Polsce i prezentuje ich wyniki oraz tworzy zalecenia dotyczące profilaktyki zachorowań na grypę. [12; 13].

Zgodnie z komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego (Dz. U. z 2015 r. poz. 63) w sprawie Programu Szczepień na rok 2016 szczepienia przeciw grypie są zalecane i nie podlegają finansowaniu ze środków publicznych. Zgodnie z Ustawą o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947) przypadki zachorowań na grypę i inne choroby grypopodobne podlegają obowiązkowemu zgłaszaniu do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na podstawie danych zgłaszanych poprzez stacje sanitarno-epidemiologiczne Zakład Epidemiologii sporządza meldunki o aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Na poziomie kraju nadzór jest prowadzony przez Krajowy Ośrodek ds. Grypy, który współpracuje m.in. z międzynarodowymi ośrodkami referencyjnymi WHO. Sprawne działanie nadzoru nad grypą pozwala monitorować

sytuację epidemiologiczną na całym świecie oraz śledzić zmienności antygenowe szczepów wirusa, co stanowi podstawę tworzenia nowego składu szczepionki przeciw grypie na nadchodzący sezon [14].

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W wieku podeszłym zwiększa się podatność na zachorowania. W licznych badaniach w populacji generalnej wśród ludzi, a także w badaniach eksperymentalnych na zwierzętach wykazano, że u osób starszych zmniejsza się odpowiedź na szczepienia. Dotyczy to odpowiedzi naturalnej oraz nabytej. Osoby powyżej 65. roku życia znajdują się na liście tych, którym szczepienia są szczególnie zalecane. Według danych CDC (ang. Center of Disease Control) skuteczność szczepień przeciw grypie wśród osób starszych wynosi od 17 do 53% (w zależności od krążącego w danym okresie wirusa), a dla porównania: wśród osób młodych – 70–90%. Ponadto obciążenie osób w wieku podeszłym chorobami przewlekłymi (takimi jak cukrzyca, niewydolność nerek itd.) zwiększa ryzyko występowania ciężkich powikłań grypy, np. zapalenia płuc. Dlatego szczepienia przeciw grypie są jak najbardziej wskazane i zalecane [15].

Według CDC szczególnie wśród osób w wieku 65 lat i u starszych zgony z powodu zapalenia płuc spowodowanego zachorowaniem na grypę stanowią około 90%. Ryzyko wystąpienia powikłań i później hospitalizacji z powodu grypy jest wyższe wśród ludzi starszych, małych dzieci i osób z innymi chorobami przewlekłymi. Średnio ponad 200 tys. osób co roku na świecie jest hospitalizowanych z powodu grypy i zakażeń grypopodobnych [16].

Obecnie inaktywowane szczepionki przeciwko grypie typu „split” lub „subunit” chromatograficznej czystości są bezpieczne pod warunkiem prawidłowego ich stosowania. Poważne niepożądane odczyny poszczepienne występują bardzo rzadko. Mają postać objawów miejscowych (obrzęk w miejscu szczepienia, bolesność, świąd itd.), ogólnych (podwyższona temperatura, bóle mięśni, stawów, głowy itd.) oraz alergicznych, w przypadku gdy dana osoba ma np. alergię na białko jaja kurzego (dreszcze, astma alergiczna, wstrząs anafilaktyczny itd.). Dodatkowo należy koniecznie zwracać uwagę na przeciwwskazania do szczepień. Nie wolno szczepić osób, u których występują/wystąpiły: ostre choroby gorączkowe, uczulenie np. na białka jaja kurzego, zespół Guillaina-Barrego,

uczulenie na antybiotyki, niepożądane odczyny poszczepienne po poprzednim szczepieniu przeciw grypie [15].

Alarmująco niski (z tendencją malejącą) odsetek ludności szczepionej przeciw grypie nie zapewnia znaczącego spowolnienia krążenia wirusów grypy w populacji. Jednocześnie wskazuje na nieskuteczność prowadzonej dotychczas promocji zdrowia oraz brak poszukiwania nowych rozwiązań dotyczących podnoszenia świadomości społeczeństwa na temat szczepień ochronnych. Jednym z głównych zadań w tej działalności powinno być zwiększenie liczby szczepionych osób pracujących w ochronie zdrowia oraz walka z tzw. ruchem antyszczepionkowym [11].

2. Cele programu

a. Cel główny

Zwiększenie liczby osób zaszczepionych przeciwko grypie wśród populacji osób w wieku powyżej 55. roku życia w gminie Konstancin-Jeziorna, w latach 2016–2018.

b. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień przeciwko grypie w grupie osób objętych programem.
2. Zapobieganie zachorowaniom na grypę i występowaniu powikłań grypowych (m.in. zapaleniu płuc, zapaleniu mięśnia sercowego, zapaleniu mózgu) u osób powyżej 55. roku życia.
3. Zmniejszenie umieralności na grypę wśród mieszkańców Konstancina-Jeziorny.
4. Podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie i ich skuteczności w grupie osób objętych badaniem.
5. Zachęcenie osób z grup podwyższonego ryzyka, szczególnie starszych, do szczepień przeciwko grypie.

c. Oczekiwane efekty

1. Zmniejszenie zachorowań na grypę w populacji docelowej w gminie Konstancin-Jeziorna.
2. Zmniejszenie występowania powikłań z powodu grypy w populacji docelowej.
3. Zmniejszenie wśród osób powyżej 55. roku życia liczby zgonów na skutek powikłań grypowych.
4. Podniesienie świadomości na temat skuteczności szczepień przeciw grypie.
5. Zwiększenia poziomu zaszczepienia przeciw grypie w populacji polskiej.
6. Poprawa jakości życia osób starszych w gminie Konstancin-Jeziorna.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Liczba osób zaszczepionych przeciw grypie w populacji docelowej.
2. Liczba osób zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z powodu grypy lub zachorowań grypopodobnych w gminie Konstancin-Jeziorna.

3. Liczba zgonów z powodu grypy lub powikłań grypowych w gminie Konstancin-Jeziorna.
4. Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników.

3. Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program kierowany jest do wszystkich mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna z grupy docelowej. Do akcji szczepień włączone będą osoby w wieku 55 lat i więcej. Na podstawie danych meldunkowych na dzień 1 kwietnia 2016 roku grupa ta obejmuje 7673 osoby. W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 3 lat) będą do niego przystępować kolejne osoby wchodzące w wiek umożliwiającą uczestnictwo w akcji szczepień. Biorąc pod uwagę dane demograficzne oraz ogólnopolskie zjawisko starzenia się społeczeństwa, należy przyjąć, że w każdym kolejnym roku do programu będzie mogło przystąpić około 7700 osób.

Ze względu na fakt, że co roku należy powtórzyć szczepienie przeciwko grypie oraz biorąc pod uwagę aktualne dane i trendy demograficzne, w czasie 3 lat trwania projektu winno zostać podanych około 23 100 dawek szczepionki.

Posiadane środki finansowe zgodnie z decyzją Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorny na realizację „Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016–2018, obejmującego szczepienia przeciwko grypie”, umożliwiają włączenie do programu do 315 osób z docelowej populacji spełniającej kryteria włączenia.

b. Tryb zapraszania do programu

Kluczowym założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu spełnienia tego założenia zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna skierowana do mieszkańców z populacji docelowej zachęcająca do aktywnego udziału w akcji szczepień. Mieszkańcy gminy Konstancin-Jeziorna będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów, takich jak np. gazeta *Nad Wisłą*, strona internetowa gminy, lokalne fora internetowe oraz plakaty i ulotki.

Ponadto, podczas zgłaszania nowych mieszkańców gminy do ewidencji ludności zostaną przekazane instrukcje dotyczące aktualnych programów zdrowotnych dostępnych dla mieszkańców wraz z podstawowymi informacjami organizacyjnymi. W ramach działań uzupełniających stosowane będą interwencje, takie jak np. kontakt telefoniczny,

informacja na spotkaniach Uniwersytetu Trzeciego Wieku lub ogłoszenie w trakcie mszy świętej w lokalnym kościele parafialnym.

4. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Pierwszym etapem programu będzie akcja informacyjna prowadzona metodami opisanymi w punkcie 3 dotyczącym adresatów programu zdrowotnego. Grupa docelowa zostanie poinformowana m.in. o niebezpieczeństwach związanych z zakażeniami wirusem grypy, zagrożeniami wynikającymi z faktu niezaszczepienia oraz o ramach organizacyjnych akcji.

Drugi etap programu to rekrutacja uczestników do akcji szczepień. Podstawowe kryterium formalne, obok posiadania statusu mieszkańca gminy, to wyrażenie chęci wzięcia udziału w akcji szczepień. Ponadto wymagane będzie podanie numeru telefonu kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych [28].

b. Planowane interwencje

Każdy mieszkaniec z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnego szczepienia przeciw grypie.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora lub realizatorów wybranych w drodze otwartego konkursu ofert, w postępowaniu ogłoszonym zgodnie z art. 48b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [37].

W razie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego planowana jest dodatkowa konsultacja medyczna. W jej trakcie lekarz na podstawie objawów opisanych przez uczestnika programu oraz badania lekarskiego podejmie decyzję o zasadności rozpoznania NOP oraz dalszym postępowaniu (m.in. zgłoszeniu tego przypadku do Państwowej Inspekcji Sanitarnej) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa [38].

Szczepienie prowadzone będzie na terenie gminy Konstancin-Jeziorna w miejscu wskazanym przez realizatora. W akcji szczepień zostaną wykorzystane dostępne, dopuszczone do użytkowania preparaty wybrane przez realizatora.

Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa [29; 30; 31; 32].

Uzasadnienie

do Uchwały Nr 331/VII/21/2016 Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu szczepień profilaktycznych przeciw grypie dla Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016-2018

Programy polityki zdrowotnej uchwalane przez jednostki samorządu terytorialnego są uzupełnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozwalają na podniesienie świadomości potrzeb dbania o zdrowie wśród mieszkańców, wpływają także na poziom profilaktyki zdrowotnej. Skierowane są do konkretnych grup mieszkańców.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ
Andrzej Kozłowski

Niezależnie od faktu podania szczepionki przeciwko grypie każdy zaszczepiony uczestnik programu uzyska informacje na temat tej choroby. Tematyka zostanie pogłębiona w stosunku do kwestii poruszonych w akcji informacyjnej. Realizator programu zwróci szczególną uwagę na edukację w zakresie takich zagadnień, jak: znaczenie właściwego trybu życia zgodnego z zasadami higieny, zachowania reżimu sanitarnego w przypadku kontaktów z osobami zainfekowanymi oraz postępowania w przypadku wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego.

Podział zadań pomiędzy organizatora programu (Urząd Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna) a realizatora (wyłonionego w trakcie otwartego konkursu ofert) zawiera tabela 2.

Tabela 2. Podmiot odpowiedzialny za realizację zadań w ramach programu

ZADANIE	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY
Przygotowanie programu polityki zdrowotnej	Organizator programu
Wyznaczenie koordynatora programu	Organizator programu
Opiniowanie programu	AOTMiT
Przygotowanie materiałów i działań w ramach kampanii informacyjnej	Organizator programu
Ogłoszenie konkursu na realizatora programu	Organizator programu
Wyłonienie realizatora programu	Organizator programu
Rekrutacja uczestników	Realizator programu
Realizacja programu	Realizator programu
Monitoring realizacji programu	Organizator + realizator programu
Pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie mierników	Realizator programu
Ewaluacja programu	Realizator programu
Sprawozdanie okresowe do Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna	Realizator programu
Sprawozdanie roczne do Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna	Realizator programu

Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu	Realizator programu
Zakończenie realizacji programu	Organizator + realizator programu

Źródło: opracowanie własne.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu

Kluczowym kryterium formalnym będzie podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w akcji szczepień (druk zgody w załączniku). Podpisany trafi do dokumentacji medycznej. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących podanie szczepionki zostanie ustalony nowy termin wizyty.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Ze względu na wiek uczestników akcja ma charakter ciągły. Mieszkańcy gminy będą przyjmowani w trakcie całego roku kalendarzowego ze szczególnym uwzględnieniem sezonu grypowego. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą wcześniej wspomnianych mediów. W razie uzasadnionej potrzeby akcja informacyjna zostanie uzupełniona bezpośrednimi kontaktami telefonicznymi.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, kalendarz szczepień zawarty w aktualnym Programie Szczepień Obowiązkowych, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zakupione szczepionki oraz zabezpieczone inne wymagane, pomocnicze wyroby medyczne. Dzięki tym działaniom zapewnione będzie optymalne wykorzystanie środków finansowych w programie.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Szczepienie przeciw grypie znajduje się w Programie Szczepień Obowiązkowych w grupie świadczeń zalecanych, niefinansowanych ze środków publicznych. Planowaną interwencję

można zatem traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych – szczepień obowiązkowych finansowanych przez budżet państwa.

f. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie ma zatem jego odpowiednika w zakresie świadczeń gwarantowanych [37]. Należy jednak podkreślić, że jego zakres merytoryczny oraz organizacyjny oparty jest na aktualnych podstawach naukowych i nie budzi zastrzeżeń.

g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu szczepienia szczepionką przeciw grypie zgodnie z wytycznymi producenta dotyczącymi dawkowania. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Zgodnie z opinią Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (nr 14/2016 z dnia 22 stycznia 2016 roku) szczepienie przeciwko grypie ma duże znaczenie w przeciwdziałaniu grypie sezonowej. Zgodnie z wytycznymi WHO szczepieniom powinny być poddawane osoby z grup szczególnego ryzyka, do których zaliczają się m.in. ludzie w wieku podeszłym. W przypadku osób starszych w Programie Szczepień Ochronnych obowiązującym aktualnie w Polsce szczepienia zaleca się osobom w wieku powyżej 55. roku życia (ze wskazań epidemiologicznych). Dodatkowo Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce sugeruje objęcie szczepieniami osób w wieku 50–64 lat ze wskazań medycznych i społecznych oraz powyżej 65. roku życia – ze wskazań medycznych. W polskim Programie Szczepień Ochronnych uwzględniono również inne niż wiek czynniki ryzyka (np. astma, cukrzyca, niewydolność układu krążenia, oddechowego, nerek itp.).

Zgodnie z zaleceniami WHO szczepienia ochronne powinny być oferowane co sezon epidemiczny wszystkim osobom zainteresowanym. Dane naukowe wskazują, że w grupie zdrowych dorosłych szczepienia mogą zapobiegać zachorowaniom w 70–90%. Wśród osób starszych zapobiegają poważnym zachorowaniom i powikłaniom w około 60% przypadków (odniesieniu do zgonów – nawet w 80%). Szczególnie ważne jest szczepienie osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia poważnych powikłań, a także ich opiekunów. Ze względu na kształtowanie właściwych postaw oraz zachowań bardzo duże znaczenie w prewencji zachorowań na grypę ma właściwa profilaktyka, w tym edukacja. Należy tutaj zwrócić szczególną uwagę na zachowanie zasad higieny (częste mycie i dezynfekcja rąk), unikanie miejsc publicznych w sezonie epidemicznym oraz kontaktu z osobami chorymi. Badania naukowe (m.in. *The Cost-Effectiveness of Influenza Vaccination for People Aged 50 to 64 Years 2007, Influenza vaccination: Health impact and cost effectiveness among adults aged 50 to 64 and 65 and older*, 2006) wskazują, że działania profilaktyczne przeciwko grypie charakteryzują się dużą efektywnością i relatywnie niskimi kosztami. Niektóre z doniesień sugerują nawet, że bardziej opłacalne kosztowo mogą być działania profilaktyczne niż samo leczenie choroby i jej powikłań.

Akcja szczepień będzie prowadzona z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tej procedury medycznej, wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa. Podanie szczepionki zostanie poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia ochronnego, nie później niż 24 godziny przed planowaną iniekcją [33]. W pomieszczeniach, w których przeprowadzi się szczepienia, znajdują się instalacje oraz wyposażenie wymagane dla gabinetów zabiegowych, tzn. umywalka z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz płynem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użytku oraz na ręczniki zużyte. Zgodnie z wymaganiami ogólnobudowlanymi pomieszczenia i urządzenia będą umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję [32].

i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

Placówka będzie dysponowała wymaganą kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania szczepień. Szczepienia przeprowadzi wykwalifikowany personel

medyczny – osoby z tytułem lekarza, felczera, pielęgniarki, położnej lub higienistki szkolnej [34].

W programie zastosuje się produkty lecznicze zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Wakcynologii, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej) [31].

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora akcji szczepień zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [35; 36].

j. Dowody skuteczności planowanych działań

- **Opinie ekspertów klinicznych**

Opinia prof. Andrzeja Zielińskiego na temat, czy ważne jest szczepienie społeczeństwa przeciw grypie A/H1N1/:

Czy należy przeprowadzić szczepienia przeciwko grypie A/H1N1/? Tak, ponieważ są grupy osób, u których ta z reguły łagodnie przebiegająca grypa nie jest wcale taka łagodna. Należą do nich kobiety w ciąży, osoby z obniżoną odpornością, z przewlekłymi chorobami płuc i oskrzeli, serca i nerek. Zaszczepienie tych grup ryzyka klinicznego nie zmniejszy zapadalności w populacji, bo próg odporności zbiorowskiej (tzn. odpowiednio duży odsetek osób zaszczepionych w całej populacji, który hamuje rozprzestrzenianie się zakażenia) nie zostanie przekroczony, ale szczepienia mogą uchronić wiele z tych osób przed ciężkim przebiegiem i powikłaniami, a nawet śmiercią. Wiele krajów decyduje się także na szczepienia personelu ochrony zdrowia jako newralgicznej służby państwa, która z jednej strony jest narażona na większe ryzyko zachorowania, a z drugiej musi być w pracy, aby zapewnić fachową pomoc innym chorym na grypę, zwłaszcza tym z powikłaniami [17].

Opinia prof. Zsuzsanny Jakab, Dyrektora Europejskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC):

Obywatele Unii Europejskiej powinni kontynuować korzystanie z odpowiedniej profilaktyki grypy, np. dbać o właściwą higienę. Szczepionki są stopniowo

udostępniane w całej Unii Europejskiej i w wielu krajach zaczęły się narodowe kampanie szczepień. Biorąc pod uwagę ryzyko poważnych konsekwencji zdrowotnych w wyniku zachorowania podczas pandemii, ECDC zdecydowanie zaleca wszystkim obywatelom, którym zostanie zaoferowana szczepionka, aby się poddali szczepieniu. W ten sposób ochronicie nie tylko swoje zdrowie, ale także zdrowie osób z Waszego otoczenia [18].

Przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, prof. Adam Antczak, podkreśla:

Wiele osób nie potrafi odróżnić przeziębienia od groźnego dla organizmu wirusa grypy. Pacjenci próbują się leczyć domowymi sposobami bądź lekami dostępnymi w aptekach bez recepty. Często jest to bezskuteczne i choroba nie ustępuje. Dopiero wtedy pacjent idzie do lekarza, traktując to jako ostateczność [19].

Prof. Lidia Brydak apeluje:

Nie ma określonych terminów co do wykonywania szczepień przeciwko grypie, ale osoby z grupy podwyższonego ryzyka powinny zaszczepić się, gdy tylko szczepionka na dany sezon jest dostępna". Dotyczy to m.in. dzieci, kobiet w ciąży, osób starszych, osób przewlekle chorych. W Polsce szczepieniem przeciwko grypie w ubiegłym sezonie poddało się ok. 3,7% ogółu obywateli, co stawia nas na przedostatnim miejscu w Europie [20].

- **Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek**

Szczepienie przeciw grypie zalecane jest:

I. Ze wskazań klinicznych i indywidualnych:

- przewlekle chorym dzieciom (powyżej 6. miesiąca życia) i dorosłym, szczególnie chorującym na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową (zwłaszcza po przebytych zawałach serca) niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne, w tym cukrzycę, choroby neurologiczne i neurorozwojowe;
- osobom w stanach obniżonej odporności (w tym pacjentom po przeszczepie narządów lub tkanek) i chorym na nowotwory układu krwiotwórczego;

- dzieciom z grup ryzyka od 6. miesiąca życia do 18. roku życia, szczególnie zakażonym wirusem HIV, ze schorzeniami immunologiczno-hematologicznymi, w tym małopłytkowością idiopatyczną, ostrą białaczką, chłoniakiem, sferocytozą wrodzoną, asplenią wrodzoną, dysfunkcją śledziony, po splenektomii z pierwotnymi niedoborami odporności, po leczeniu immunosupresyjnym, po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych, leczonym przewlekłe salicylanami;
- dzieciom z wadami wrodzonymi serca, zwłaszcza sinicznymi, z niewydolnością serca, z nadciśnieniem płucnym;
- kobietom w ciąży lub planującym ciążę.

II. Ze wskazań epidemiologicznych – wszystkim osobom od 6. miesiąca życia, do stosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, w szczególności:

- zdrowym dzieciom w wieku od 6. miesiąca życia do 18. roku życia (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku od 6. do 60. miesiąca życia);
 - osobom w wieku powyżej 55 lat;
 - osobom mającym bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku poniżej 6. miesiąca życia oraz z osobami w wieku podeszłym bądź przewlekłe chorymi (w ramach realizacji strategii kokonowej szczepień);
 - pracownikom ochrony zdrowia (personel medyczny niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz personel administracyjny), szkół, handlu, transportu;
 - pensjonariuszom domów spokojnej starości, domów pomocy społecznej oraz innych placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku, w szczególności przebywającym w zakładach opiekuńczo-leczniczych, placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, podmiotach świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej, hospicyjnej, długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego [21].
- Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej
- Badania dotyczące skuteczności klinicznej inaktywowanych szczepionek przeciwko grypie były przeprowadzone zarówno u dzieci, jak i dorosłych. Skuteczność kliniczną

inaktywowanej szczepionki, zapobiegającej ostremu zapaleniu ucha środkowego, oszacowano w kilku próbach klinicznych w Finlandii, gdzie całkowity wskaźnik zapalenia ucha środkowego zmniejszył się u szczepionych dzieci o 36%. Badania przeprowadzone w latach 1968–1969 w populacji, w której zaszczepionych było 85% dzieci w wieku szkolnym w mieście Tecumseh (Stany Zjednoczone) wykazały, że wskaźniki zachorowań były trzy razy mniejsze od liczby zachorowań w populacji kontrolnej. Metaanaliza raportów opublikowanych do 2001 roku wykazała, że szczepienie obniża liczbę zachorowań do 35%, a o 47% – liczbę przyjęć do szpitali z powodu zapalenia płuc i grypy [15].

Koszty bezpośrednie leczenia grypy (tj. wydatki na leki, wizyty u lekarzy, hospitalizacje) stanowią tylko niewielką część łącznych kosztów ponoszonych przez społeczeństwo w związku z zachorowaniami na grypę oraz ich powikłaniami i wynoszą w roku bez epidemii około 43,5 mln PLN. Natomiast koszty pośrednie, które odzwierciedlają straty, jakie ponosi gospodarka wskutek absencji chorobowej pracowników, ich obniżonej wydajności, a także ewentualnej ich trwałej niezdolności do pracy lub zgonu są o wiele wyższe. W przeprowadzonym badaniu oszacowano, że w latach bez epidemii koszty pośrednie związane z grypą wynoszą w Polsce około 836 mln PLN rocznie. Według WHO szczepionki przeciw grypie oferują ochronę rzędu 70–90% w przypadku optymalnego dopasowania do szczepów wirusów krążących w populacji zdrowych dorosłych. Dzięki szczepieniom osób starszych można zredukować liczbę hospitalizacji z powodu grypy o 25–39% oraz śmiertelność podczas sezonów epidemicznych o 39–75%.

Przegląd badań naukowych wskazuje, że u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 16 lat przeciętna skuteczność szczepionek wynosi 65%, a u dzieci poniżej 18. roku życia – 59%. Ekonomiczne korzyści ze szczepień przeciw grypie polegają na możliwości ograniczenia społeczno-gospodarczych kosztów związanych z tą chorobą. W przedmiotowej analizie zostały one policzone jako koszty pośrednie, których można by uniknąć, szczepiąc przeciw grypie odpowiedni odsetek populacji. Przyjęto założenie, że łączne koszty pośrednie grypy rosną proporcjonalnie do liczby chorych, tzn. że zmniejszenie liczby chorych o 1%, powoduje spadek kosztów pośrednich również o 1% [22].

Skuteczność i efektywność inaktywowanej szczepionki przeciwko grypie zależy, po pierwsze, od wieku i stanu układu immunologicznego osoby zaszczepionej; po drugie –

od podobieństwa krążących wirusów w środowisku i ich składu genetycznego do antygenów znajdujących się w szczepionce na dany sezon, a także od rodzaju oceny tych parametrów (skuteczności i efektywności). Badania oceniające skuteczność i efektywność szczepionek mają różne punkty końcowe, takie jak zapobieganie ostrym chorobom układu oddechowego wymagającym porady lekarskiej (*medically attended acute respiratory illness* – MAARI), zapobieganie występowaniu choroby potwierdzonej laboratoryjnie, zapobieganie hospitalizacjom oraz zgonom.

Badania z randomizacją oceniające potwierdzone laboratoryjnie zachorowania na grypę są najbardziej przekonującym dowodem skuteczności szczepionki, ale ze względów etycznych nie można ich przeprowadzić w grupach osób, u których zalecane jest coroczne szczepienie [23]. W jedynym badaniu z randomizacją, obejmującym osoby powyżej 60. roku życia oraz niemieszkających w domach spokojnej starości, wykazano, że w sezonie epidemicznym, w którym antygeny zawarte w szczepionce były przybliżone do wirusów krążących wśród populacji, skuteczność szczepionki przeciwko grypie potwierdzonej laboratoryjnie wynosiła 58% [24]. Efektywność szczepionki przeciwko grypie w zapobieganiu MAARI u osób w podeszłym wieku mieszkających w domach spokojnej starości szacuje się na 20–40%. U osób w podeszłym wieku niemieszkających w domach spokojnej starości lub innych placówkach opieki przewlekłej szczepienie przeciwko grypie zapobiega 27–70% hospitalizacji z powodu zapalenia płuc i grypy [25].

- Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego
- Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy jest społeczną inicjatywą niezależnych ekspertów medycznych. Przesłanką do jego stworzenia i wdrożenia jest dostrzegany w Polsce i na świecie problem związany z zachorowaniami na grypę, które – oprócz skutków medycznych i społecznych – wpływają także na kwestie ekonomiczne zarówno na szczeblu pojedynczych przedsiębiorstw, jak i całej gospodarki. Założenia Programu powstały we współpracy ekspertów Grupy Roboczej ds. Grypy, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH oraz Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej. Eksperti, którzy biorą udział w Programie, angażują pracodawców oraz środowiska samorządowe do współpracy. Równocześnie powstają kampanie prozdrowotne dotyczące szczepień

przeciw grypie, których zadaniem jest przekazanie informacji na temat szczepień, jak również zwrócenie uwagi na powagę problemu (np. niskiego zaszczepienia w społeczeństwie) [13].

W Polsce program ten realizowany jest przez wiele jednostek samorządu terytorialnego, m.in. przez: Białystok, Choroszcz, Chorzów, Ełk, Dziwnów, Gdańsk, Gniezno, Grójec, Legionowo, Łódź, Łowicz, Katowice, Konin, Koszalin, Kraków, Jasło, Kielce, Kołobrzeg, Olkusz, Olsztyn, Nowa Sól, Morawica, Międzyzdroje, Pajęczno, Pińczów, Płock, Police, Rawa Mazowiecka, Rzeszów, Radom, Radoszyce, Suwałki, Szamotuły, Świnoujście, Szczecin, Sochaczew, Tarnów, Tczew, Warszawa, Włocławek, Wrocław, Zduńska Wola, Zagnańsk, które podjęły się sfinansowania szczepień ze środków publicznych w ramach samorządowych programów polityki zdrowotnej. [26]

W Polsce jest również prowadzona akcja informacyjna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”. Jej celem jest zwiększenie zainteresowania społeczeństwa działaniami na rzecz profilaktyki chorób zakaźnych. Dostęp do rzetelnej informacji o tematyce szczepień ma każdy zainteresowany.[27]

5. Koszty

Zgodnie z decyzją Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorny na realizację „Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016–2018, obejmującego szczepienia przeciwko grypie” została przeznaczona kwota 15 tys. zł na każdy rok jego realizacji.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji uzyskanych z Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna wybrano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego.

Przy realizacji programu szczepionkowego założono liczbę uczestniczących osób w wieku powyżej 55. roku życia, uwzględniając dostępne zasoby finansowe.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, a także zakupu i podania preparatu do szczepień.

a. Koszty jednostkowe

Całkowity budżet programu został zaplanowany przy założeniach przedstawionych w tabeli 3.

Tabela 3. Założenia całkowitego rocznego budżetu programu szczepień

Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
Okolo 315 osób w wieku powyzej 55. r.ż.	Okolo 47,6 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Na niżej opisany koszt składają się koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, działań edukacyjnych, koszty realizacji badania lekarskiego, a także zakupu preparatu do szczepień.

b. Planowane roczne koszty całkowite

Na całkowity budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty organizacyjne po stronie organizatora

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie);
- utrzymanie zakładki i aktualizacja informacji w serwisie na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna dedykowanej projektowi;
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych.

Koszty organizacyjne po stronie realizatora

- opracowanie szczegółowych zasad organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji uczestników;
- przygotowanie regulaminów i ankiet walidacyjnych dla uczestników;
- organizacja kampanii informacyjnej;
- monitoring jakości i rzetelności świadczeń w ramach programu przez zewnętrznego eksperta;
- przygotowanie narzędzi oraz pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie określonych mierników.

Całkowite koszty organizacyjne przewidziane na roczny okres trwania programu według założeń nie powinny przekroczyć 1,0 tys. zł.

Koszty realizacji programu

- działania edukacyjne;
- wykonanie badania i szczepienia;
- zakup szczepionek.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej, a także od liczebności populacji uczestniczącej

Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które będą jednym z kryteriów oceny w procedurze konkursowej. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty realizacji szczepień

Założenia budżetu realizacji szczepień:

około **11 tys. zł** (315 osób x 1 dawka x około 35 zł [preparat + koszty usługi] = 11,025 tys. zł).

Koszt działań edukacyjnych

Koszty działań edukacyjnych planowane są na poziomie do 10% budżetu całkowitego: około **1,5 tys. zł** (składa się na nie ewentualne wynagrodzenie prelegentów i koszt materiałów edukacyjnych).

Koszty ogólne programu

- rezerwa budżetowa (wynika z różnicy pomiędzy zaplanowanymi a poniesionymi wydatkami) – zakłada się ją na poziomie do 10% budżetu całkowitego, tj. około **1,5 tys. zł**.

Rezerwę będzie można wykorzystać na zwiększenie wyszczepienia populacji w poszczególnych latach realizacji programu, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

Tabela 4. Planowany budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
1. Koszty organizacyjne	1,0 tys. zł
2. Koszty realizacji szczepienia	11,0 tys. zł

3. Koszty działań edukacyjnych	1,5 tys. zł
4. Koszty ogólne programu	1,5 tys. zł
Razem	15,0 tys. zł

Źródło: opracowanie własne.

Przy zakładanym budżecie dostępne środki finansowe przeznaczone na realizację „Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016–2018 obejmującego szczepienia przeciwko grypie” umożliwiają objęcie ww. akcją oraz działaniami z zakresu promocji zdrowia jedynie około 4% całej populacji docelowej.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków budżetu gminy Konstancin-Jeziorna, zgodnie z umowami zawartymi z jego realizatorami. Środki finansowe przeznaczone na ten cel mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w kolejnych latach w zależności od możliwości budżetowych gminy.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Grypa jest bardzo zaraźliwą chorobą układu oddechowego. Występuje corocznie i szerzy się drogą kropelkową przez kontakt bezpośredni oraz przez skażone przedmioty. Według danych WHO na grypę i zakażenia grypopodobne rocznie choruje od 330 mln do 1.575 mld ludzi na świecie, z czego umiera około 500 tys.

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania tej chorobie jest szczepienie. Szczepionki są bezpieczne i łatwo dostępne. Zmniejszają liczbę zgonów spowodowanych powikłaniami następującymi po zachorowaniu na grypę.

Poziom zaszczepienia w Polsce wśród osób starszych w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej pozostaje na bardzo niskim poziomie. W 2010 roku był on w Polsce znacznie niższy niż przewidywał wyznaczony przez WHO cel, czyli zaszczepienie do roku 2010 co najmniej 75% populacji powyżej 65. roku życia.

Według CDC szczególnie wśród osób w wieku 65 lat i starszych zgony z powodu zapalenia płuc spowodowanego zachorowaniem na grypę stanowią około 90%. Ryzyko wystąpienia powikłań i później hospitalizacji z powodu grypy jest wyższe wśród ludzi

starszych, małych dzieci i osób z innymi chorobami przewlekłymi. Średnio ponad 200 tys. osób na świecie jest co roku hospitalizowanych z powodu grypy i zakażeń grypopodobnych.

Szczepienie przeciw grypie znajduje się w Programie Szczepień Obowiązkowych w grupie świadczeń zalecanych, niefinansowanych ze środków publicznych. Planowaną interwencję można zatem traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych – szczepień obowiązkowych finansowanych przez budżet państwa.

Efektem długofalowym ma być również zwiększenie poziomu wyszczepialności na to schorzenie w populacji docelowej, wynikające ze zwiększonego udziału tejże populacji.

Organizacja badania została tak zaplanowana, by uzyskać maksymalną efektywność przy zakładanych kosztach działań. Realizacja programu polityki zdrowotnej w przedstawiony wyżej sposób gwarantuje optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. Uwzględniono nie tylko koszty samych procedur medycznych, lecz również działań informacyjnych, które są niezbędne w przypadku prowadzenia akcji szczepień wykraczających poza PSO.

6. Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja projektu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Ostatnim elementem procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania będą miały charakter wybitnie długofalowy.

a. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby wykonanych szczepień zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Zmiana ich liczby w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, będzie użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych, dodatkowo stanowiąc odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa związanej m.in. z rolą szczepień ochronnych w ochronie szeroko pojętego zdrowia publicznego.

Ponadto szczególna uwaga będzie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Zostaną wzięte pod uwagę i przeanalizowane przyczyny tego stanu (przeciwwskazania lekarskie, niewyrażenie zgody itp.). Wyciągnięte wnioski wykorzystają się następnie w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Zostanie ona dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie wakcynologii. Ocenie podlegać będzie całość programu zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji

założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń zapewni koordynator programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom akcji, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia ze świadczonych usług medycznych (kwestionariusz w załączniku). Wyciągnięte wnioski posłużą zwiększeniu jakości prowadzonego programu i zwiększeniu poziomu zadowolenia uczestników.

c. Ocena efektywności programu

Podstawowe elementy poddane analizie to:

- liczba uczestników, którzy wezmą udział w programie;
- liczba nowych rozpoznań grypy.

Należy pamiętać, że obniżenie wskaźnika zachorowalności na grypę może być trudne do wykazania w krótkim (np. rocznym) okresie. Przewiduje się, że ten trend będzie miał charakter długofalowy. Oceny poszczególnych wskaźników zachorowalności dokona się w ramach danych gromadzonych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Piasecznie. Pewną rolę w ocenie efektywności programu odegrają również statystyki ogólnopolskie gromadzone i publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

d. Ocena trwałości efektów programu

Program planowany jest na lata 2016–2018, niemniej przewidziana jest jego kontynuacja w kolejnych interwałach czasowych (okresy 3–4 lat). Wpływ na to będą miały przede wszystkim dostępność środków finansowych oraz pozytywna ocena efektywności programu prowadzona na zasadach opisanych w punkcie 6c. W przypadku konieczności zastosowania poszerzonej diagnostyki uczestnik programu będzie mógł skorzystać z usług medycznych w ramach świadczeń gwarantowanych.

7. Okres realizacji programu

Program planowany jest na okres 2016–2018 (tzn. na 3 lata). W następujących po sobie latach do akcji będą zapraszane kolejne osoby spełniające kryteria kwalifikujące je do wzięcia udziału w akcji szczepień.

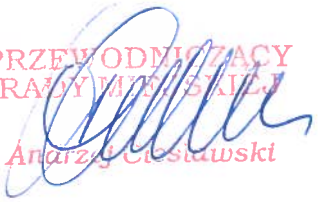
8. Bibliografia

1. Baumann-Popczyk A., Sadkowska-Todys M., Zieliński A. et al.: *Choroby zakaźne i pasożytnicze- epidemiologia i profilaktyka*. Bielsko-Biała 2007.
2. Portal internetowy o szczepieniach „Szczepienia info”,
<http://www.szczepienia.pzh.gov.pl/main.php?p=3&id=131> [dostęp: 20.03.2016].
3. World Health Organization (WHO), „Influenza”,
<http://www.who.int/topics/influenza/en/>, [dostęp: 20.03.2016].
4. Jackowska T., Sapała-Smoczyńska A.: „Szczepienia przeciw grypie w sezonie 2014/2015”, *Postępy Nauk Med.* 2014;XXVII(10B).
5. Brydak L.B.: „Zakażenia wywołane przez wirusy oddechowe – możliwości ich kontrolowania”, *Pol Merkuriusz Lek.* 2011.
6. Brydak L. et al.: *Polskie standardy profilaktyki i leczenia grypy*. Warszawa 2007.
7. Czarkowski M.P., Brydak L. et al. „Grypa w Polsce w 2009 roku”, *Przeegl Epidemiol.* 2011;65:199–203.
8. Główny Urząd Statystyczny, Opracowano w Departamencie Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIS na podstawie materiałów Światowej Organizacji Zdrowia(WHO),
http://gis.gov.pl/images/ep/informacja_dotycz%C4%85ca_sezonu_grypowego_2015_2016.pdf [dostęp: 24.03.2016]
9. Czarkowski M.P. et al.: *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2014 roku*. Warszawa 2014.
10. Czarkowski M.P. et al.: „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2015 roku”, dane wstępne,
http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2015/Ch_2015_wstepne_dane.pdf
[dostęp:23.03.2016].
11. Czarkowski M.P., Brydak L., et al.: „Grypa w Polsce w latach 2011–2012 oraz w sezonach 2011/2012 i 2012/2013”, *Przeegl Epidemiol.* 2014;68:559–565.
12. Ernst & Young oraz wsp.: „Ogólnopolski Program Zwalczania Grypy”, raport 2013,
[http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Raport II Ogolnopolski Program Zwalczania Grypy .pdf](http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Raport%20II%20Ogolnopolski%20Program%20Zwalczania%20Grypy.pdf) [dostęp:24.03.2016].

13. Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy, <http://www.mp.pl/opzg/o-programie>, [dostęp:21.03.2016].
14. Cianciara J., Juszczyk J.: *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, Lublin 2007.
15. Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A.: *Wakcynologia*. Bielsko-Biała 2007.
16. Central for Disease Treatment and Prevention, „Influenza”, <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/flu.html>, [dostęp: 21.03.2016]
17. Portal internetowy Medycyna praktyczna, <http://grypa.mp.pl/eksperci/show.html?id=48040> [dostęp: 24.03.2016].
18. Portal internetowy Medycyna praktyczna, <http://grypa.mp.pl/eksperci/show.html?id=48039> [dostęp: 22.03.2016,15:15].
19. Portal internetowy Rynek Zdrowia, <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Szczepienia/Eksperci-w-tym-sezonie-wiecej-zachorowan-na-grype,159484,1018.html> [dostęp: 20.03.2016, 20:20].
20. Portal Internetowy Rynek Zdrowia oraz Polska Agencja Prasowa (PAP), <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Szczepienia/Prof-Brydak-apeluje-aby-szczepic-sie-przeciwko-grypie,134136,1018.html>, [dostęp: 20.03.2016].
21. Rekomendacje polskich Ekspertów dotyczące profilaktyki grypy w sezonie epidemicznym 2015/2016, Flu Forum 2015, http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Rekomendacje_ekspertow_sezon_epidemiczny_grypy_2015-2016_final.pdf, [dostęp: 24.03.2016].
22. Ernst & Young i wsp.: „Grypa i jej koszty-wstępne; studium”,http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Raport_I_EY_Grypa_i_jej_koszty.pdf, [dostęp: 22.03.2016].
23. Rywczak I., Sawiec P., Mrukowicz J., Strojny W.: „Zapobieganie zachorowaniom na grypę za pomocą szczepień. Aktualne (2010) zalecenia amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień Ochronnych (ACIP)”, 2010, <http://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/wytyczne/show.html?id=70669>, [dostęp: 30.03.2016].
24. Govaert T.M., Thijs C.T., Masurel N. et al.: „The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial”. *JAMA*. 1994;272:1661–1665.

25. Nichol K.L., Nordin J.D., Nelson D.B. et al.: „Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly”. N Engl J Med. 2007;357:1373–1381.
26. Agencja Oceny technologii Medycznych, opinie,
<http://www.aotm.gov.pl/www/index.php?id=240>, [dostęp:24.03.2016].
27. „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”. Akcja Informacyjna,
http://szczepienia.gis.gov.pl/index.php/akcja_informacyjna/aktualnosci, [dostęp: 24.03.2016].
28. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
29. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.
30. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381.
31. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.
33. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz 896.
35. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r., poz. 177.
37. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania, Dz. U. z 2010 r. Nr 254 poz. 1711

PRZEWODNICZĄCY
RADY WTS SKLEP

Andrzej Ciesławski

9. Załączniki

a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO GRYPIE NA RZECZ MIESZKAŃCÓW GMINY KONSTANCIN-JEZIORNA

1. Sprawozdanie

- miesięczne, za miesiąc
- roczne, za rok

2. Liczba przyjętych osób

3. Liczba zaobserwowanych podejrzeń lub stwierdzeń niepożądanych odczynów poszczepiennych

4. Uwagi

.....

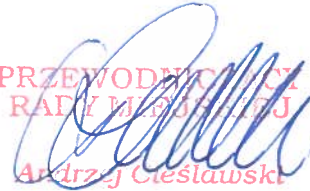
.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis


PRZEWODNICĄCY
RADY MIEJSKIEJ
Andrzej Cieślowski

b. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

**ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
SZCZEPIONIE PRZECIW GRYPIE
GMINA KONSTANCIN-JEZIORNA**

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

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

.....
.....
.....
.....
.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

*PRZEWODNICZĄCY
RADY MIĘDZYSPECJALISTÓW
Andrzej Cieślowski*

c. Zgoda na udział w programie

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W SZCZEPIENIU
dotycząca szczepienia przeciwko grypie
GMINA KONSTANCIN-JEZIORNA**

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. szczepienia oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym szczepieniu i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w szczepieniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji szczepień zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Uczestnik programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu
(ręką uczestnika programu)

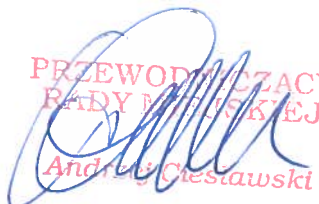
Oświadczam, że omówiłem(am) ww. szczepienie z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. szczepienia.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ/KOPIA


PRZEWODNICZĄCY
RADY MIASTKIEJ
Andrzej Ciesławski