

Projekt

UCHWAŁA NR
RADY MIASTA MARKI

z dnia 2019 r.

w sprawie przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych na terenie Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021

Na podstawie art. 18 ust. 1 w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 994 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) Rada Miasta Marki uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych na terenie Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Marki.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.


BURMISTRZ


Grzegorz Grych

SKARBNIK MIASTA


Beata Orczyk

RADCA PRAWNY


Dariusz Matejski
WA-8732



**Miasto
Marki**

**Program Polityki Zdrowotnej
Gminy Miasto Marki
na lata 2019–2021**

w przedmiocie

**profilaktyki zachorowań na gripę sezonową w populacji osób powyżej 60 r.ż.
zamieszkujących Gminę Miasto Marki**

**Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2018.0.1510 t.j.)**

Marki 2018

Urząd Miasta Marki

Wydział Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia

Spis treści

Spis tabel	4
Spis rycin.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego	5
Choroba lub problem zdrowotny	5
Epidemiologia	8
Obecne postępowanie	18
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności	22
Cel główny	22
Cele szczegółowe.....	22
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	22
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	24
Populacja docelowa.....	24
Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej	26
Kryteria włączenia	26
Kryteria wyłączenia	27
Planowane interwencje.....	27
Sposób udzielania świadczeń	29
Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	30
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	32
Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	32
Ad 1. Akcja informacyjna.....	32
Ad 2. Działania edukacyjne.....	32
Ad 3. rekrutacja do programu	33
Ad 4. interwencja terapeutyczna	34

Ad 5. monitoring działań	36
Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	36
5. Monitorowanie i ewaluacja.....	39
Monitoring.....	39
Ewaluacja.....	40
6. Koszty	42
a. Koszty jednostkowe.....	42
b. Planowane koszty całkowite	43
Koszty roczne organizacyjne po stronie instytucji zarządzającej:.....	43
Koszty roczne realizacji interwencji po stronie beneficjenta.....	43
Źródła finansowania, partnerstwo	45
7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów	46
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	46
b. Zgoda na udział w programie	48
c. Sprawozdanie z wykonania świadczeń	49
d. Ankieta ewaluacyjna dotycząca poziomu wiedzy uczestnika programu	50

Spis tabel

Tabela 1. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na gripę w okresie od 1 do 7 lipca 2018 r. wg wieku i województw.	14
Tabela 2. Skierowani do szpitala z powodu grypy lub podejrzenia grypy w okresie od 1 do 7 lipca 2018 roku wg przyczyn i województw.	15
Tabela 3. Zachorowania na niektóre choroby zakaźne i zatrucia, łącznie z podejrzeniami zachorowań.	18
Tabela 4. Liczba ludności zamieszkująca Gminę Miasto Marki.	24
Tabela 5. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki.	25
Tabela 6. Ludność powyżej 60. roku życia w Gminie Miasto Marki.	26
Tabela 7. Planowany roczny budżet całkowity.	44

Spis rycin

Rycina 1. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę w sezonach (wrzesień–sierpień) 1974/1975–2016/2017 (wg sezonów).	11
Rycina 2. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę oraz liczba zgonów z powodu grypy w latach 1975–2016.	12
Rycina 3. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na gripę. Średnia dzienna zapadalność (na 100 tys. ludności) wg tygodniowych meldunków w sezonie 2017/2018 w porównaniu z sezonami 2013/2014 – 2016/2017.	13
Rycina 4. Zapadalność w okresie od 1 do 7 lipca 2018 r. w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego wg województw.	14
Rycina 5. Średnie poziomy zaszczepienia populacji w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2004–2016.	16
Rycina 6. 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.	17
Rycina 7. Ludność według płci oraz wieku w 2016 roku w Gminie Miasto Marki.	24

1. Opis problemu zdrowotnego

Choroba lub problem zdrowotny

Grypa to zaraźliwa choroba układu oddechowego występująca co sezon epidemicznie z różnym nasileniem. Pojawienie się jej powoduje powikłania zdrowotne, ale także policzalne poważne skutki ekonomiczne¹. Do zakażenia może dojść drogą kropelkową lub poprzez kontakt ze skażoną powierzchnią². Okres wylegania to 1–4 dni. Osoba, która jest zakażona, może być zagrożeniem dla innych, nawet przed pojawieniem się objawów choroby.

- Zakażony z ciężkim niedoborem odporności – może stanowić źródło zakażenia dla innych osób przez okres kilku tygodni lub miesięcy.
- Zakażone dziecko – stanowi źródło zakażenia do 3 tygodni (u małych dzieci również przez okres do 6 dni przed wystąpieniem objawów).
- Zakażony dorosły – jest źródłem zakażenia, począwszy od dnia poprzedzającego wystąpienie objawów chorobowych do 5–7 dni po ich wystąpieniu³.

Bez wykonania badań laboratoryjnych nie można stwierdzić, że mamy do czynienia z grypą, gdyż jej objawy nie są na tyle charakterystyczne. Podobne symptomy mogą wywołać inne wirusy oddechowe. Ze względu na możliwość wystąpienia groźnych powikłań nie należy mylić grypy z przeziębieniem. Charakterystyczne dla niej są zakaźność, nagłe pojawienie się oraz:

- objawy ze strony układu oddechowego – kaszel, ból gardła, katar⁴;
- objawy ogólnoustrojowe – wysoka gorączka powyżej 38°C, dreszcze, ból sztywność mięśni, ból głowy, ból w klatce piersiowej, złe samopoczucie, brak łaknienia, nudności, wymioty⁵.

Przebieg choroby może być różny; uzależnione jest to wiekiem pacjenta oraz ogólnym stanem jego zdrowia. W przypadku osób powyżej 65 roku życia symptomy nie pojawiają się tak nagle jak w przypadku ludzi młodych. W przypadku objawów ogólnoustrojowych rozwijają się one dłużej niż u osób młodszych i są łżejsze – np. gorączka może być mniejsza lub nie występuje.

¹ Brydak L.: „Grypa chorobą rodziny”, *Family Medicine and Primary Care Review*. 2011;13(2):281–286.

² Zob. <https://www.gov.pl/zdrowie/grypa> [dostęp: 12.07.2018]; <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018].

³ Zob. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018].

⁴ *Tamże*; [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)) [dostęp: 12.07.2018]; Plotkin S.A.: *Vaccines*, 2008: 259–290; WER2005; 33(80):279–87; Cox N., Subbarao K., *Lancet*. 1999;354:1277–1282.

⁵ Zob. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018]; [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)) [dostęp: 12.07.2018].

Objawy typu nudności i wymioty częściej obserwuje się w grupie dzieci niż dorosłych czy osób starszych⁶.

Czas trwania choroby, o ile nie wystąpią powikłania, wynosi ok. 7 dni (średnio 3–5). Ponad 2 tygodnie mogą utrzymywać się kaszel oraz złe samopoczucie⁷.

Z uwagi na ryzyko wystąpienia powikłań grypa to niebezpieczna choroba⁸. Ryzyko powikłań jest najwyższe w grupie małych dzieci, osób starszych, osób z chorobami przewlekłymi oraz kobiet w ciąży. W grupie ludzi starszych oraz z innych grup ryzyka (osoby z chorobami nerek, z cukrzycą lub z obniżoną odpornością) ponad 90% wszystkich zgonów związanych jest z zapaleniem płuc oraz grypą⁹.

Zapalenie płuc jest najczęstszym powikłaniem pogrypowym – przeważnie spowodowane jest wtórnym zakażeniem bakteryjnym. Pierwotne wirusowe zapalenie płuc występuje rzadko, jednak śmiertelność jest wysoka. Do poważnych powikłań w wyniku grypy zalicza się:

- zaostrzenie chorób przewlekłych (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc, astma, niewydolność serca);
- zapalenia mięśnia serca;
- zapalenie osierdzia¹⁰.

Wśród najczęściej występujących powikłań pogrypowych można wymienić:

- **ze strony układu oddechowego** – grypowe zapalenie płuc i oskrzeli, wtórne bakteryjne zapalenie płuc, zapalenie oskrzelików – szczególnie u niemowląt i u dzieci, np. zakażenie pneumokokowe, meningokokowe, zaostrzenie astmy;
- **ze strony układu nerwowego** – poprzeczne zapalenie rdzenia, zapalenie mózgu, opon mózgowych;
- **ze strony innych układów** – zapalenie ucha środkowego (zwłaszcza u dzieci), zapalenie mięśnia serca i osierdzia, zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych (np. zastoinowej niewydolności serca), drgawki gorączkowe, zespół wstrząsu toksycznego, zespół Reya, zapalenie mięśni i mioglobinuria mogąca prowadzić

⁶ *Tamże.*

⁷ Zob. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018].

⁸ Plotkin S.A., *op. cit.*; WER2005; 33(80):279–287; Cox N., Subbarao K., *op. cit.*

⁹ Plotkin S.A., *op. cit.*; Nitsch-Osuch A.: „Perspektywy szerszej ochrony przed grypą w sezonie 2017/2018” – plan wykładu, [dostęp: 13.07.2018];

<http://www.ogolnopoliskidzienszczepien.pl/og%F3Inpolski%20dzie%F1%20szczepie%F1/XXXV%20Szczepienia%20Ochronne%20-%20Szczepienia%20przeciwko%20grypie%20-%20Aneta%20Nitsch-Osuch.pdf>.

¹⁰ Plotkin S.A., *op. cit.* WER2005; 33(80):279–87; Cox N, Subbarao K., *op. cit.*; Nitsch-Osuch A., *op. cit.*

do niewydolności nerek, możliwość częstszego występowania schizofrenii w przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego w czasie ciąży, zakażenia meningokokowe¹¹.

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), Komitetu Doradczego ds. Szczepień (Advisory Committee on Immunization Practices – ACIP) i wielu towarzystw naukowych grupy, w których należy stosować szczepienie przeciw grypie, to:

- Osoby narażone na duże ryzyko powikłań:
 - kobiety w ciąży – najwyższy priorytet;
 - dzieci w wieku od 6 do 59 miesiąca życia;
 - ✓ dzieci od 6 do 23 miesiąca życia;
 - ✓ dzieci w wieku 2–5 lat;
 - osoby w wieku podeszłym (> 65 lat);
 - osoby z chorobami przewlekłymi (cukrzyca, przewlekłe choroby serca lub płuc, HIV/AIDS);
 - osoby podróżujące za granicę wraz z którąkolwiek z osób wymienionych powyżej.
- Osoby narażone na ekspozycję lub mogące przenosić grypę na osobników z grupy podwyższonego ryzyka powikłań grypy:
 - pracownicy zatrudnieni w systemie ochrony zdrowia¹².

Najskuteczniejszą oraz najtańszą metodą zapobiegania grypie są szczepienia. Przeprowadzane u starszych pacjentów z przewlekłą chorobą płuc obniżają o 50% liczbę przyjęć do szpitala z powodu zapalenia płuc oraz grypy, a o 70% – zgony z różnych przyczyn.

Szczepionki przeciw grypie należą do grupy inaktywowanych – zawierających w swym składzie zabity wirus. Od kilku sezonów w Polsce dostępne są poniższe rodzaje inaktywowanych szczepionek:

- typu *split* zawierające rozszczepione wiriony wirusa grypy;
- typu *subunit* szczepionki podjednostkowe zawierające powierzchniowe białka wirusa grypy – hemaglutyninę i neuraminidazę¹³.

¹¹ Zob. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018]; [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)) [dostęp: 12.07.2018].

¹² *Tamże*; Plotkin SA, *op. cit.*; WER2005; 33(80):279–87; Cox N, Subbarao K, *op. cit.*

¹³ Zob. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018].

W sezonie epidemicznym 2017/2018 szczepionki dostępne na polskim rynku są trójskładnikowe lub czteroskładnikowe. Zawierają antygeny tych samych 3 lub 4 różnych szczepów wirusa grypy – rekomendowanych producentom szczepionek przez WHO¹⁴.

Przeciw grypie w sezonie 2016/2017 zaszczepiło się 3,4% Polaków. Pod względem wyszczepialności jesteśmy na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Zainteresowanie Polaków szczepieniami od lat jest niewielkie. Najwyższy poziom – 10,57% – odnotowano w sezonie 2001/2002. Niestety, od tego czasu obserwuje się spadek populacji zaszczepionych przeciw grypie¹⁵.

Epidemiologia

Grypa jest chorobą oddechową wywoływaną przez wirusy¹⁶. Do zakażenia może dojść drogą kropelkową lub poprzez kontakt ze skażoną powierzchnią. Okres inkubacji wynosi 1–4 dni; wirus grypy namnaża się w komórkach nabłonka dróg oddechowych, co doprowadza do ich zniszczenia, a to ułatwia rozwój infekcji bakteryjnej¹⁷. Zarówno przebieg grypy, jak i czas jej trwania uzależnione są od następujących czynników:

- właściwości patogenu;
- stanu fizycznego chorego;
- odpowiedzi układu odpornościowego¹⁸.

Wśród ludzi grypa determinuje wysoką zachorowalność oraz śmiertelność. Wyróżnia się następujące typy wirusa grypy: A (który dzieli się na: A/H1N1/, A/H3N2/, A/H2N2/ i inne podtypy), B, C oraz D¹⁹.

W XX wieku odnotowano 3 znaczące pandemie grypy. Najtragiczniejszą z nich była w latach 1918–1919 tzw. hiszpanka – wywołana szczepem wirusa typu A (podtyp A/H1N1/) powodując śmierć od 50 do 100 mln osób. Kolejną pandemią była tzw. grypa azjatycka wywołana w roku 1957 wirusem typu A (podtyp A/H2N2/), w wyniku której zmarło ok. 1 mln

¹⁴ Zob.

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2017/03/news_detail_002720.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1 [dostęp: 12.07.2018].

¹⁵ Zob. <http://opzg.pl/aktualnosci/podsumowanie-flu-meeting-2017/67> [dostęp: 12.07.2018].

¹⁶ Brydak L., Jak możemy ustrzec się grypy w XXI wieku, *Family Medicine & Primary Care Review* 2013; 15, 2: 216–220.

¹⁷ Zob. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018].

¹⁸ Zob. <https://www.gov.pl/zdrowie/grypa> [dostęp: 12.07.2018].

¹⁹ Zob. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018].

osób. Dużo mniejsza liczba zgonów w tym przypadku spowodowana była tym, iż osoby, które przeżyły pierwszą epidemię – hiszpankę, korzystały ze szczepień. Trzecia z pandemii, w 1968 roku, tzw. pandemia ery Hongkongu – wywołana wirusem podtypu A/H3N2/, spowodowała śmierć ok. 700 tys. osób. W Polsce w 1971 roku grypa była przyczyną 5940 zgonów. Niektórzy naukowcy wspominają o czwartej pandemii grypy, tzw. pandemii rosyjskiej w 1977 roku, wywołanej wirusem grypy A/H1N1/ ²⁰.

Zachorowania na grypę rejestrowane są w każdej grupie wiekowej, przy czym największą zapadalność obserwuje się zazwyczaj u dzieci i nastolatków. Najwięcej zgonów notuje się wśród ludzi starszych. Ze względu na zdolność wirusa do mutacji oraz jego występowanie wśród dużego oraz niemożliwego do kontrolowania rezerwuaru, nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie wirusa grypy ze środowiska²¹.

Zachorowania na grypę w strefie umiarkowanej półkuli północnej oraz południowej występują sezonowo w okresie zimy, a w strefie tropikalnej – przez cały rok. Z danych WHO wynika, że corocznie na świecie na grypę choruje 5–10% osób dorosłych oraz 20–30% dzieci. Rocznie rejestruje się 3–5 mln przypadków ostrej choroby, umiera 250 000–500 000 osób, w tym 28 000–111 500 są to dzieci poniżej 5. roku życia²².

W sezonie 2016/2017 na terenie Europy dominował wirus podtypu A/H3N2/. Charakteryzował się skłonnością do wywoływania zachorowania głównie wśród osób starszych, co odróżniało go od wirusa A/H1N1/ pdm09 z sezonu 2015/2016 odpowiedzialnego za 60% zachorowań w grupie osób w wieku 15–64 lata.

W Europie w sezonie 2016/2017 zanotowano 7400 hospitalizacji spowodowanych grypą, przy czym prawie połowę z nich – na oddziałach intensywnej terapii²³.

²⁰ Brydak L.B.: „Historia grypy”, w: *Grypa, pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?* Oficyna Wydawnicza Rytm, Warszawa 2008, 9–34; Brydak L.: „Profilaktyka i leczenie grypy”, *Borgis - Nowa Medycyna*. 2009;2:95–103; Brydak L., Romanowka M., Radzikowski A., Steciwko A.F.: *Polskie standardy profilaktyki i leczenia grypy*. Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Państwowy Zakład Higieny, PTMR, Warszawa 2007.

²¹ Zob. https://ecdc.europa.eu/en/news-events?f%5B0%5D=output_types%253&ID=1423&List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&Source=http%3A//ecdc.europa.eu/en/press/news/Pages/News.aspx%3Fp%3D4 [dostęp 12.07.2018].

²² *Tamże*.

²³ *Tamże*.

W Polsce zakażenie wirusem grypy jest powszechne przez cały sezon (sezon epidemiczny to okres od października do września następnego roku), zachorowania występują głównie w okresie od października do kwietnia. Zdarzają się przypadki zachorowań w miesiącach letnich, zazwyczaj na skutek zawleczenia zakażenia z terytorium, na którym aktualnie występuje sezon epidemiczny²⁴.

W zależności od sezonu epidemicznego w Polsce rejestrowanych jest od kilkuset tysięcy do kilku milionów zachorowań oraz podejrzeń zachorowań, przy czym kulminacja ma miejsce pomiędzy styczniem a marcem.

Z uwagi na niedoskonałość systemu rejestracji przypadków chorób zakaźnych oraz opóźnienia lub trudności w dostępie chorych do lekarza dane dotyczące liczby zachorowań mogą być zaniżone. Grypa nie jest wpisywana w akcie zgonu, ponieważ wiele zgonów powiązanych z zakażeniem jej wirusem występuje na skutek powikłań. W takim dokumencie umieszcza się jednostkę chorobową, z jaką dany pacjent został przyjęty²⁵.

Według danych epidemiologicznych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) w sezonie grypowym 2016/2017 wskazano na rekordową liczbę zachorowań na grypę oraz choroby grypopodobne. Odnotowano o 20% więcej zachorowań, tj. 4 919 110, niż w poprzednim sezonie grypowym (4 107 077 przypadków). W danym sezonie o ciężkim przebiegu zachorowań na grypę i choroby grypopodobne mówi wzrost o 5% liczby skierowań do szpitala. W sezonie 2016/2017 hospitalizowano 16 890 osób z podejrzeniem grypy. Zgony z powodu choroby i jej powikłań odnotowano w 25 przypadkach. Dotyczyły one najczęściej osób po 65 roku życia (grupa ta jest bardziej narażona na powikłania grypy). W sezonie 2016/2017 dominujący był szczep A/H3N2/²⁶.

Jeżeli uwzględnimy zjawisko „epidemiologicznej góry lodowej”, liczba zachorowań na grypę okazuje się większa od liczby wynikającej z oficjalnych raportów. Wiele przypadków pozostaje niezgłoszonych lub nierozpoznanych, co dotyczy także zgonów z powodu grypy i jej powikłań²⁷.

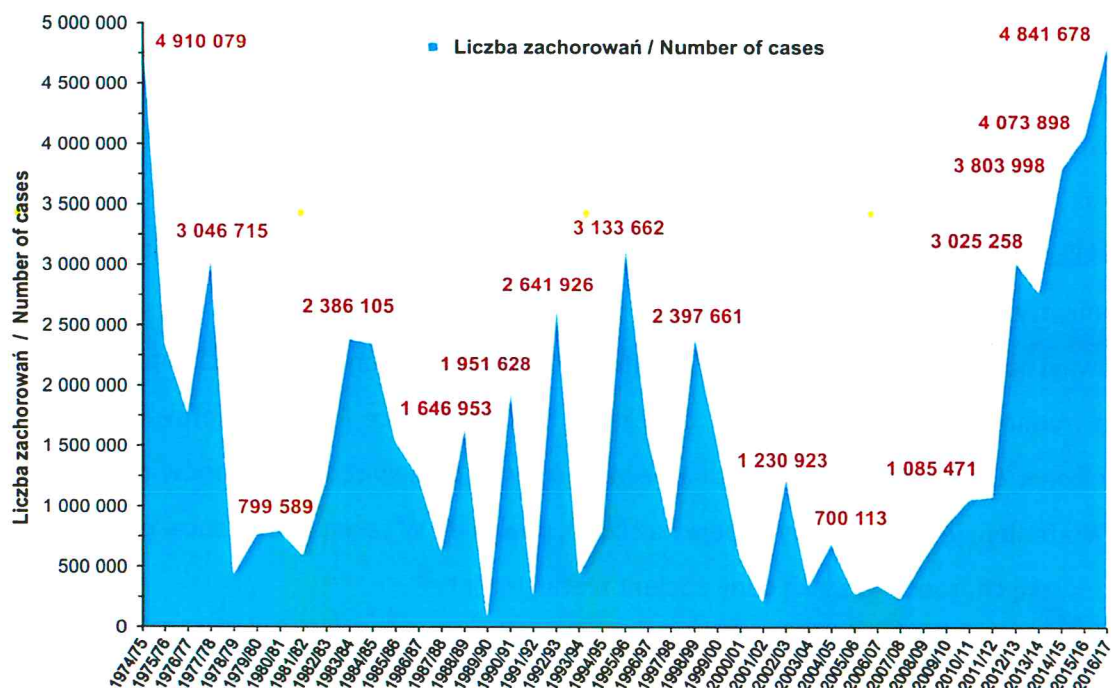
²⁴ Zob. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 12.07.2018].

²⁵ *Tamże*.

²⁶ *Tamże*.

²⁷ Brydak L., Romanowka M., Radzikowski A., Steciwko A.F., *op. cit.*

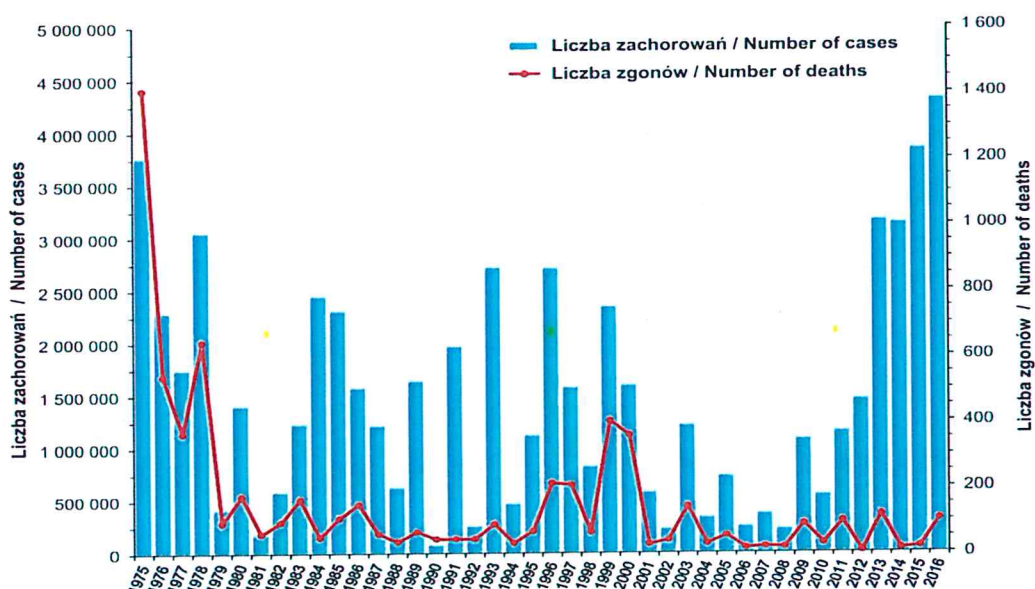
Liczbę zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na gripę pokazuje rycina 1.



Rycina 1. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę w sezonach (wrzesień–sierpień) 1974/1975–2016/2017 (wg sezonów).

Źródło: Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, <http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/index.htm> [dostęp: 12.07.2018].

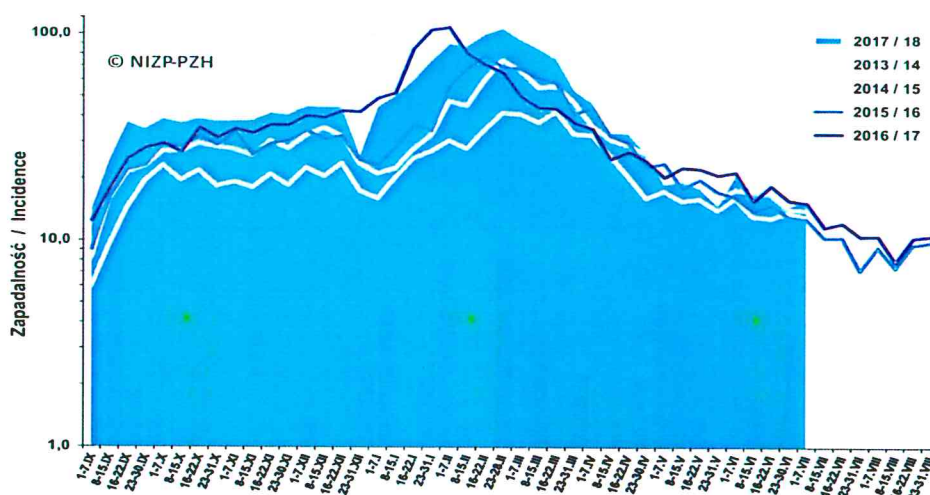
Od roku 2010 na podstawie danych uzyskanych z Krajowego Ośrodka ds. Grypy można zauważyć wzrost liczby zachorowań na gripę (ryc. 2).



Rycina 2. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę oraz liczba zgonów z powodu grypy w latach 1975–2016.

Źródło: Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, <http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/index.htm> [dostęp: 12.07.2018].

Przebieg sezonu grypowego 2017/2018 pokazuje rycina 3. Wzrost zachorowań oraz podejrzeń o zachorowanie widać już od końca grudnia, analogicznie do sezonów 2013/2014–2016/2017, z których dane przedstawia rycina 3.



Rycina 3. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę. Średnia dzienna zapadalność (na 100 tys. ludności) wg tygodniowych meldunków w sezonie 2017/2018 w porównaniu z sezonami 2013/2014 – 2016/2017.

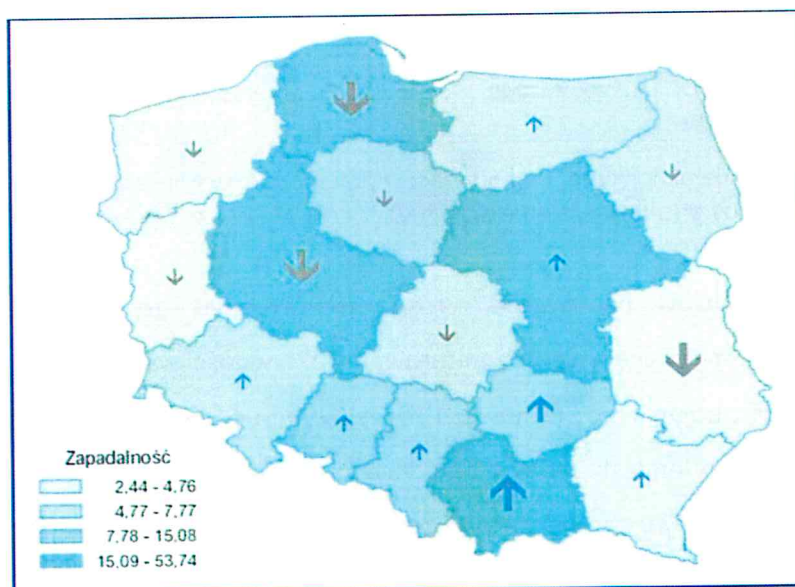
Źródło: Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, <http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/index.htm> [dostęp: 12.07.2018].

„Meldunki epidemiologiczne” pokazują, że na terenie województwa Mazowieckiego w okresie 1–7 lipca 2018 roku (Tab. 1.) grupę, w której odnotowano najwięcej zachorowań i podejrzeń o zachorowanie, stanowiły osoby w wieku 15–64 lat (4436), najmniej było ich natomiast w grupie 65+ (814). Ogółem w województwie liczba przypadków wynosiła 9278 (wyniki podane w surowych danych liczbowych).

Tabela 1. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w okresie od 1 do 7 lipca 2018 r. wg wieku i województw.

Województwo	Ogółem			Wiek (ukończone lata)							
	liczba	zapadalność ¹⁾	wzrost/spadek zap. ^{2,3)}	0 – 4		5 – 14		15 – 64		65+	
				liczba	zapadalność ¹⁾	liczba	zapadalność ¹⁾	liczba	zapadalność ¹⁾	liczba	zapadalność ¹⁾
POLSKA	42697	15,87	1,16	11709	88,22	7567	27,52	19773	10,83	3648	7,99
Dolnośląskie	1579	7,77	2,04	441	46,42	252	12,87	730	5,28	156	4,34
Kujawsko-Pomorskie	2199	15,08	-0,42	611	87,99	424	28,11	1000	10,03	164	6,80
Lubelskie	652	4,38	-2,12	188	27,32	115	7,67	283	2,80	66	2,54
Lubuskie	339	4,76	-0,12	119	34,76	92	12,40	120	2,46	8	0,69
Łódzkie	1262	7,28	-0,78	396	50,11	246	14,73	512	4,41	108	3,30
Małopolskie	6205	26,14	11,75	1417	112,86	955	37,95	3321	20,59	512	13,35
Mazowieckie	9278	24,62	0,82	2419	118,23	1609	39,95	4436	17,64	814	12,57
Opolskie	539	7,78	1,86	115	38,51	78	12,56	272	5,68	74	6,05
Podkarpackie	364	2,44	0,89	82	11,45	65	4,23	170	1,65	47	1,98
Podlaskie	456	5,50	-0,25	124	31,90	98	12,10	197	3,46	37	2,64
Pomorskie	8744	53,74	-2,39	2721	305,11	1527	84,64	3751	34,11	745	28,90
Śląskie	3604	11,32	0,91	1115	74,43	659	21,51	1570	7,28	260	4,55
Świętokrzyskie	688	7,88	4,65	174	46,77	134	16,17	334	5,64	46	2,86
Warmińsko-Mazurskie	500	4,98	1,29	113	23,65	119	11,24	218	3,13	50	3,26
Wielkopolskie	5783	23,68	-2,12	1546	117,32	1122	42,08	2606	15,70	509	13,23
Zachodniopomorskie	505	4,23	-0,17	128	23,47	72	6,08	253	3,09	52	2,57

Źródło: „Meldunki epidemiologiczne. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce”, http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/2018/G_18_07A.pdf [dostęp: 12.07.2018].



Rycina 4. Zapadalność w okresie od 1 do 7 lipca 2018 r. w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego wg województw

Źródło: „Meldunki epidemiologiczne. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce”, http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/2018/G_18_07A.pdf [dostęp: 12.07.2018].

Co do skierowania do szpitala z powodu grypy lub podejrzenia grypy, główną przyczyną w województwie mazowieckim były objawy ze strony układu oddechowego. Ogółem liczba hospitalizacji w województwie mazowieckim wynosiła 9. Dane przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Skierowani do szpitala z powodu grypy lub podejrzenia grypy w okresie od 1 do 7 lipca 2018 roku wg przyczyn i województw.

Województwo	Ogółem		Przyczyny skierowania do szpitala ²⁾					
			objawy ze strony układu krążenia		objawy ze strony układu oddechowego		inne przyczyny	
	liczba	% ³⁾	liczba	% ⁴⁾	liczba	% ⁴⁾	liczba	% ⁴⁾
POLSKA	79	0,19	-	-	74	93,7	13	16,5
Dolnośląskie	3	0,19	-	-	3	100,0	-	-
Kujawsko-Pomorskie	3	0,14	-	-	3	100,0	-	-
Lubelskie	-	-	x	x	x	x	x	x
Lubuskie	-	-	x	x	x	x	x	x
Łódzkie	-	-	x	x	x	x	x	x
Małopolskie	20	0,32	-	-	17	85,0	3	15,0
Mazowieckie	9	0,10	-	-	9	100,0	-	-
Opolskie	2	0,37	-	-	2	100,0	-	-
Podkarpackie	-	-	x	x	x	x	x	x
Podlaskie	3	0,66	-	-	3	100,0	-	-
Pomorskie	20	0,23	-	-	20	100,0	8	40,0
Śląskie	1	0,03	-	-	1	100,0	-	-
Świętokrzyskie	-	-	x	x	x	x	x	x
Warmińsko-Mazurskie	1	0,20	-	-	1	100,0	-	-
Wielkopolskie	17	0,29	-	-	15	88,2	2	11,8
Zachodniopomorskie	-	-	x	x	x	x	x	x

Źródło: „Meldunki epidemiologiczne. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce”, http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/2018/G_18_07A.pdf [dostęp: 12.07.2018].

Od momentu zainicjowania w 1947 roku nadzoru nad grypą, WHO koordynuje międzynarodową współpracę w celu monitorowania aktywności wirusów grypy, diagnostykę krążących wirusów, pojawianie się nowych rodzajów wirusa typu A, a także informowanie o epidemiach oraz pandemiach. Jednym z głównych zadań Globalnej Sieci Nadzoru nad Grypą (*Global Influenza Surveillance and Response System – GISRS*) jest praca nad optymalnym składem szczepionki przeciw grypie na dany sezon epidemiczny, ponieważ szczepienie to najskuteczniejsza metoda zwalczania jej wirusa²⁸. Średnie poziomy zaszczepienia poszczególnych grup wiekowych przedstawia rycina 6.

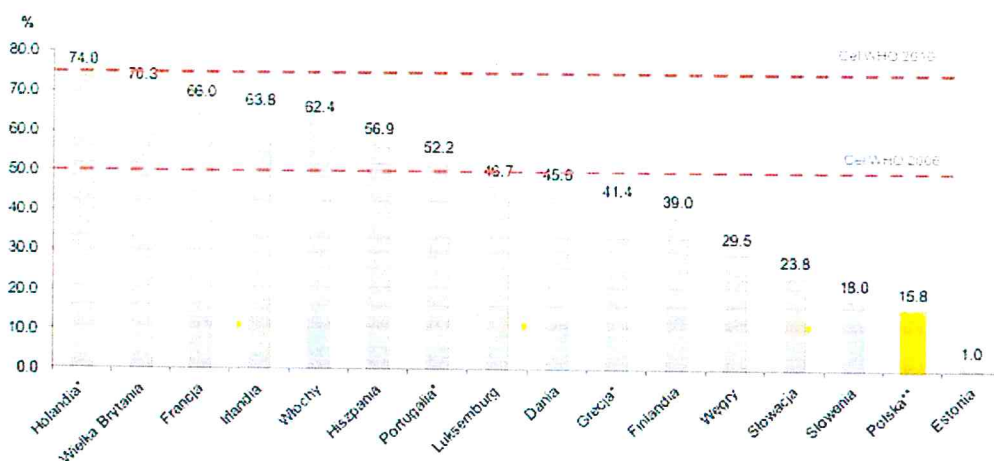
²⁸ Bednarska K., Hallmann-Szelińska E., Kondratiuk K., Brydak L.B.: „Nadzór nad grypą”, *Post Hig Med Dosw.* 2016;70:313–318.



Rycina 5. Średnie poziomy zaszczepienia populacji w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2004–2016.

Źródło: Rekomendacje ekspertów Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy dotyczące profilaktyki grypy w sezonie epidemicznym 2017/2018.

Porównując poziom wyszczepialności Polski do kilkunastu krajów Unii Europejskiej według wytycznych WHO (ryc. 7), można stwierdzić, że jej poziom wśród osób starszych jest w Polsce na bardzo niskim poziomie. Mimo jasnych zaleceń ze strony WHO wyszczepialność tej grupy wieku w Europie jest mocno zróżnicowana. W roku 2010 poziom wyszczepialności w Polsce lokował się poniżej celu wyznaczonego przez WHO do osiągnięcia w roku 2006, czyli zaszczepienia co najmniej 50% populacji ludzi starszych, i wynosił 15,8%. Cel wyznaczony na 2010 rok to zaszczepienie 75% populacji docelowej.



Rycina 6. 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: „Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy – Raport”, Ernst & Young, Czerwiec 2013.

W województwie mazowieckim obserwuje się wzrost wskaźnika zapadalności na choroby zakaźne oraz zatrucia. W przypadku grypy zauważalny był w roku 2016, w porównaniu z poprzednimi latami, wzrost wartości wskaźnika. W liczbach bezwzględnych to 808925. Dane przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Zachorowania na niektóre choroby zakaźne i zatrucia, łącznie z podejrzeniami zachorowań.

CHOROBY	2005	2010	2015	2016	2005	2010	2015	2016	DISEASES
	w liczbach bezwzględnych in absolute numbers				na 100 tys. ludności per 100 thous. population				
Gruźlica	1355	992	794	1304	26.3	18.9	14.9	24.3	Tuberculosis
Tężec	1	—	1	2	0.0	—	0.0	0.0	Tetanus
Krztusiec	433	156	1128	884	8.4	3.0	21.1	16.5	Whooping cough
Odra	1	2	8	30	0.0	0.0	0.1	0.6	Measles
Wirusowe zapalenie wątroby:									Viral hepatitis
typ A	6	37	8	6	0.1	0.7	0.1	0.1	type A
typ B	193	282	243	486	3.7	5.4	4.5	9.1	type B
typ C	389	322	418	512	7.6	6.1	7.8	9.6	type C
Różyczka	1365	297	329	157	26.5	5.7	6.2	2.9	Rubella
AIDS ^a	7	9	9	12	0.1	0.2	0.2	0.2	AIDS ^a
Salmonelczy	2316	1794	1394	1291	45.0	34.1	26.1	24.1	Other salmonella infections
Czerwonka bakteryjna	3	3	1	1	0.1	0.1	0.0	0.0	Shigellosis
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	199	102	142	70	3.9	1.9	2.7	1.3	Other bacterial foodborne intoxications
Biegunki u dzieci w wieku do lat 2 ^c	1908	3683	7129	5499	197.2	296.6	640.4	481.7	Acute diarrhoea in children up to the age of 2 ^c
Szkarlatyna (plorica)	1527	2485	5381	4013	29.6	47.3	100.8	74.9	Scarlet fever
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	136	109	68	71	2.6	2.1	1.3	1.3	Bacterial meningitis and/or encephalitis
Wirusowe zapalenie opon mózgowych	100	156	65	94	1.9	3.0	1.2	1.8	Viral meningitis
Wirusowe zapalenie mózgu	41	57	26	43	0.8	1.1	0.5	0.8	Viral encephalitis
Świnka (zapalenie przyusznicy nagminne)	9353	335	319	269	181.6	6.4	6.0	5.0	Mumps
Włośnica	—	2	14	2	—	0.0	0.3	0.0	Trichinellosis
Grypa ^d	174683	141498	678957	808925	3391.8	2691.8	12712.6	15100.8	Influenza ^d
ChOROBY weneryczne	371	383	784	752	7.2	7.4	14.7	14.0	Veneral diseases ^e

Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Mazowieckiego, 2017, ISSN 1509–9652.

Obecne postępowanie

Na świecie istnieje wiele instytucji zajmujących się problemem zwalczania wirusa grypy. Dwie wyszczególnione instytucje zajmują się koordynowaniem funkcjonowania mniejszych. Pierwsza z nich to Komitet Doradczy ds. Szczepień (Advisory Committee on Immunization Practices – ACIP), w którego skład wchodzi eksperci medycy oraz zdrowia publicznego. Do ich zadań należy opracowywanie zaleceń dotyczących stosowania szczepionek w populacji Stanów Zjednoczonych. Zalecenia stanowią wytyczne dla zdrowia publicznego dotyczące bezpiecznego stosowania szczepionek oraz powiązanych produktów biologicznych. Komitet został utworzony na mocy sekcji 222 ustawy o publicznej służbie zdrowia (42 U.S.C. § 217a)²⁹.

²⁹ Zob. <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/about.html> [dostęp: 12.07.2018].

Drugą instytucją jest Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), agencja Unii Europejskiej, której główne zadanie jest polega na ochronie przed chorobami zakaźnymi w Europie³⁰. Celem agencji jest identyfikacja, ocena i powiadomienie o bieżących oraz pojawiających się zagrożeniach dla zdrowia ludzi ze strony chorób zakaźnych oraz wsparcie i pomoc w przypadku zagrożenia w krajach Unii Europejskiej³¹. Organizacja ta ma zdolność do wykrywania zagrożeń w postaci chorób zakaźnych, a także reagowania na nie. Opracowano internetową platformę komunikacji (EPIS), która umożliwia wymianę informacji technicznych, a także wczesne ostrzeżenie o wystąpieniu ognisk chorób zakaźnych³². Nadzór nad nimi odbywa się za pomocą europejskiego systemu – TESSY. System dostarcza państwom Europy dowody naukowe na temat chorób zakaźnych, umożliwiając im odpowiednie reagowanie.

W czerwcu 2013 roku opublikowany został pierwszy raport opisujący działania Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy. Jego celem było sformułowanie zaleceń i wyznaczenie zadań mających doprowadzić do wzrostu liczby szczepień przeciw grypie w Polsce, szczególnie w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania³³. Przyczyną przygotowania raportu był zauważalny w naszym kraju oraz na świecie problem zachorowań na grypę, która w konsekwencji może doprowadzić do wielonarządowych powikłań, co jest niekorzystne nie tylko na szczeblu pojedynczych przedsiębiorstw, ale i dla całej gospodarki. Oszacowano, że w Polsce koszty pośrednie związane z zachorowaniem na grypę (w roku o przeciętnej zachorowalności) kształtują się na poziomie 1,5 mld PLN rocznie (przy zastosowaniu metody kapitału ludzkiego)³⁴.

Na podstawie komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2017 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2018, szczepienie przeciwko grypie jest

³⁰ Zob.

https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/pl/publications/Publications/1105_COR_ECDC_Brochure_2011.pdf [dostęp: 12.07.2018]; https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_pl [dostęp: 12.07.2018].

³¹ Zob. <https://ecdc.europa.eu/en/home> [dostęp: 12.07.2018].

³² Zob.

https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/pl/publications/Publications/1105_COR_ECDC_Brochure_2011.pdf [dostęp: 12.07.2018].

³³ „Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy – Raport”, Ernst & Young, Czerwiec 2013, http://opzg.cn-panel.pl/resources/artykuly/o_programie/dokumenty_programowe/Raport_II_Ogolnopolski_Program_Zwalczenia_Grypy.pdf [dostęp: 12.07.2018]; <http://opzg.pl/o-programie/dokumenty-programowe> [dostęp: 12.07.2018].

³⁴ „Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy Raport”, *op. cit.*

zalecane i niefinansowane ze środków publicznych. Zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570) przypadki zachorowań na grypę oraz inne choroby grypopodobne podlegają obowiązkowemu zgłaszaniu do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej³⁵. Na podstawie zgłoszonych danych sporządza się meldunki o aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Na poziomie kraju nadzór prowadzony jest przez Krajowy Ośrodek ds. Grypy współpracujący z ośrodkami referencyjnymi WHO.

Osoby w wieku podeszłym stanowią znaczną oraz stale rosnącą część społeczeństwa³⁶. Do problemów zdrowotnych występujących w tej grupie wiekowej należy zaliczyć: współistnienie chorób przewlekłych, zmniejszoną sprawność intelektualną oraz fizyczną, polipragmazję, gorsze warunki bytowe i finansowe. Dodatkowo osoby po 65 roku życia są narażone na ciężki przebieg infekcji zakaźnych³⁷. Dlatego konieczność szczepień ochronnych w tej grupie jest mocno rekomendowana przez liczne towarzystwa naukowe. Skuteczność szczepienia osób w wieku podeszłym mieszkających w swoich domach, a także pensjonariuszy domów opieki, podkreślana jest w licznych metaanalizach. Badania wykazały również istotne zmniejszenie częstości hospitalizacji u osób zaszczepionych³⁸. W wielu badaniach została udowodniona ponadto skuteczność szczepionki w omawianej grupie w zapobieganiu powikłaniom oraz zmniejszaniu umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. U osób w wieku podeszłym szczepienie zmniejsza ryzyko udaru mózgu i hospitalizacji z powodu chorób serca, a także śmiertelność³⁹.

³⁵ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20082341570/T/D20081570L.pdf> [dostęp: 12.07.2018].

³⁶ Zob. https://szczepienia.gis.gov.pl/index.php/rodzice_i_opiekunowie/szczepienia_dla_osob_starszych [dostęp: 12.07.2018].

³⁷ Tamże; Ciebada M, Barylski M., Ciebada-Adamiec A., Kmiecik T., Górka-Ciebada M.: „Szczepienia ochronne u osób w wieku podeszłym”, *Geriatrics*. 2010; 4:26–32.

³⁸ Ciebada M, Barylski M., Ciebada-Adamiec A., Kmiecik T., Górka-Ciebada M., *op. cit.*; Hayward A.C., Harling R., Wetten S. i wsp.: „Assessment of the effectiveness of influenza vaccine programme for care Home Staff to prevent Health, morbidity, and health service use among residents: luster randomised controlled trial”, *BMI*. 2006;333:1241–1244; Rivetti D., Jefferson T., Thomas R. i wsp.: „Vaccines for preventing influenza in the elderly”. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3–5; Gross P.A., Hermogenes A.W., Sacks H.S. i wsp.: „The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta-analysis and review of the literature”. *Ann Intern Med*. 1995;123:518–527; Madjid M., Naghavi M., Litovsky S. i wsp.: „Influenza and cardiovascular disease”, *Circulation*. 2003;2:2732–2736.

³⁹ Gurfinkel E.P., Leon de la Fuente R., Mendiz O. i wsp.: „Flu vaccination in acute coronary syndromes and planned percutaneous coronary interventions (FLUVACS) Study”, *Eur Heart J*. 2004;25:25–31.

Według zaleceń WHO, celem wszystkich krajów Unii Europejskiej jest wdrożenie we wszystkich grupach ryzyka programów pozwalających na zwiększenie wyszczepialności, umożliwiających zaszczepienie 75% osób w wieku podeszłym⁴⁰.

Światowa Organizacja Zdrowia uznała szczepienie przeciw grypie za bardzo bezpieczne dla wszystkich osób również z grup podwyższonego ryzyka⁴¹. Szczepionki inaktywowane dostępne w Polsce mogą czasami powodować uogólnione objawy miejscowe – zwykle ustępujące po kilku dniach. Wśród przeciwwskazań do szczepień przeciw grypie wyróżnia się:

- ostre choroby gorączkowe;
- nadwrażliwość na białko jaja kurzego, składniki szczepionki lub antybiotyki używane do produkcji;
- zespół Guillaina-Barrégo Zespół (choroba o podłożu autoimmunologicznym, która doprowadza do osłabienia mięśni i uczucia mrowienia w różnych częściach ciała) stwierdzony w ciągu 6 tygodni po poprzednim szczepieniu przeciw grypie;
- współistnienie choroby o umiarkowanym lub ciężkim przebiegu⁴².

⁴⁰ Zob. <https://www.cdc.gov/flu/fluview/coverage-1617estimates.htm> [dostęp: 12.07.2018].

⁴¹ Górka-Ciebiada M., Barylski M., Ciebiada M.: „Szczepienia przeciwko grypie osób w podeszłym wieku w świetle najnowszych danych epidemiologicznych i zaleceń terapeutycznych”, *Geriatrics*. 2016;10:163–170; WHO: „WHO position paper on influenza vaccines”, *Week Epidemiol Rec*. 2005;33:1–10 [dostęp: 12.07.2018].

⁴² „Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy – Raport”, *op. cit.*; Górka-Ciebiada M., Barylski M., Ciebiada M., *op. cit.*

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności

Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania zachorowań na grypę sezonową i infekcje grypopodobne oraz spadek powikłań po zakażeniu wirusem grypy o 2% wśród populacji osób powyżej 60 roku życia zamieszkałych na terenie Gminy Miasto Marki, w latach 2019–2021.

Cele szczegółowe

- zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień przeciwko grypie w grupie osób objętych programem;
- zapobieganie zachorowaniom na grypę i występowaniu powikłań grypowych (m.in. zapaleniu płuc, zapaleniu mięśnia sercowego, zapaleniu mózgu) u osób powyżej 60 roku życia, zamieszkujących Gminę Miasto Marki, poprzez zwiększenie liczby zaszczepionych przeciwko grypie;
- podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie i ich skuteczności o 15% w grupie osób objętych działaniami edukacyjnymi;
- zachęcenie osób z grup podwyższonego ryzyka, szczególnie ludzi starszych, do szczepień przeciwko grypie poprzez wzrost o 10% liczby chętnych zgłaszających się na szczepienia w latach 2019–2021.

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Liczba osób zaszczepionych przeciw grypie w populacji docelowej.
- Liczba zgód na udział w programie i ich ewentualne zmiany w porównaniu z liczebnością populacji docelowej oraz w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany wzrost o 10% w roku 2021.
- Liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie – minimum 60% osób, które wyraziły zgodę na udział w programie.
- Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu.
- Liczba przypadków grypy sezonowej i w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany spadek o minimum 2%.

-
- Wzrost wiedzy minimum 15% uczestników programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej.
 - Liczba wizyt ambulatoryjnych z powodu zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne, a także wartości w odniesieniu do lat poprzednich – spadek o minimum 2%.
 - Liczba hospitalizacji z powodu zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne, również w odniesieniu do lat poprzednich – spadek o minimum 2%.
 - Wskaźniki wystąpienia poszczepiennych działań niepożądanych – liczba bezwzględna, odsetek przypadków, przyczyny wystąpienia.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

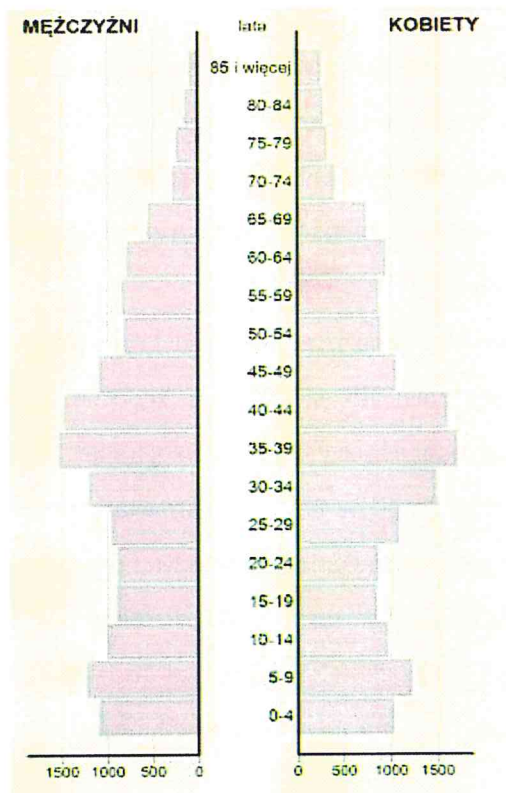
Populacja docelowa

Liczba ludności zamieszkującej Gminę Miasto Marki na podstawie danych ze „Statystycznego vademecum samorządowca” na przestrzeni lat 2014–2016 pokazuje tabela 4.

Tabela 4. Liczba ludności zamieszkująca Gminę Miasto Marki.

WYBRANE DANE STATYSTYCZNE	2014	2015	2016	Powiat 2016
Ludność	29722	30595	31687	238478
Ludność na 1 km ²	1137	1170	1212	250
Kobiety na 100 mężczyzn	110	110	110	107
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	57,6	58,4	59,5	61,6

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017,
http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf [dostęp: 12.07.2018].



Rycina 7. Ludność według płci oraz wieku w 2016 roku w Gminie Miasto Marki.

Źródło: „Statystyczne vademecum Samorządowca”, 2017,
http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf [dostęp: 12.07.2018].

Tabela 5. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki

	Powiat	Gmina	Powiat=100
Ludność	238478	31687	13,3
w tym kobiety	123511	16594	13,4
Urodzenia żywe	3207	462	14,4
Zgony	1977	207	10,5

Źródło: „Statystyczne vademecum Samorządowca”, 2017,
http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf [dostęp: 12.07.201].

Na podstawie powyższych danych widzimy, że ludność Gminy Miasto Marki w 2016 roku wynosiła 31 687, w tym kobiet było 16 594, mężczyzn 15 093.

Wytyczne zawarte w Programie Szczepień Ochronnych na 2018 rok klasyfikują szczepionkę na grypę jako świadczenie zalecane ze wskazań klinicznych lub indywidualnych:

- osobom po transplantacjach narządów;
- chorym przewlekle dzieciom – od ukończenia 6. miesiąca życia;
- chorym przewlekle dorosłym;
- chorym w stanach obniżonej odporności (w tym pacjentom po przeszczepie tkanek);
- chorym na nowotwory układu krwiotwórczego;
- dzieciom z grup ryzyka od ukończenia 6. miesiąca życia do ukończenia 18. roku życia;
- dzieciom z wadami wrodzonymi serca, zwłaszcza sinicznymi, z niewydolnością serca, z nadciśnieniem płucnym⁴³.

Z uwagi na przesłanki epidemiologiczne szczepionka na grypę jest zalecana wszystkim osobom po ukończeniu 6. miesiąca życia do stosowania zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, szczególnie m.in. osobom w wieku powyżej 55 lat.

Program kierowany jest do mieszkańców Gminy Miasto Marki w wieku 60 lat i powyżej. Osoby w wieku 60 lat i starsze zamieszkujące Gminę Miasto Marki to 5253 osób (tab. 6).

Posiadane środki finansowe pozwalają na objęcie działaniami w ramach programu ok. 360 osób rocznie, co stanowi ok. 7% całkowitej populacji docelowej. W przypadku zwiększenia finansowania możliwe będzie zwiększenie odsetka osób uczestniczących w programie.

⁴³ Program Szczepień Ochronnych – 2018,
<https://szczepienia.gis.gov.pl/pliki/Komunikat%20GIS%20w%20sprawie%20PSO%20na%202018%20r..pdf>
 [dostęp: 12.07.2018].

Tabela 6. Ludność powyżej 60. roku życia w Gminie Miasto Marki.

Grupa wieku	Płeć	Liczba ludności
60–64	mężczyźni	766
60–64	kobiety	971
65–69	mężczyźni	625
65–69	kobiety	776
70 i więcej	mężczyźni	799
70 i więcej	kobiety	1 316
70–74	mężczyźni	311
70–74	kobiety	464
75–79	mężczyźni	226
75–79	kobiety	326
80–84	mężczyźni	156
80–84	kobiety	266
85 i więcej	mężczyźni	106
85 i więcej	kobiety	260

Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Statystyczne vademecum Samorządowca”, 2017, http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf [dostęp: 12.07.201].

Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej

Kryteria włączenia do programu, łącznie:

- podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w akcji szczepień (przykładowy druk zgody w załączniku); podpisany trafi do dokumentacji medycznej;
- brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących podanie szczepionki; w przypadku czasowych przeciwwskazań może zostać ustalony nowy termin wizyty;
- profilaktyka zakażeń wywołanych wirusem grypy sezonowej będzie prowadzona wśród osób zamieszkujących w Gminie Miasto Marki (na podstawie oświadczenia) lub objętych wsparciem przez ośrodek pomocy społecznej na terenie Gminy Miasto Marki (za okazaniem stosownego zaświadczenia);
- wiek 60 lat i więcej; (wiek potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia).

Kryteria wyłączenia z programu:

- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak oświadczenia zamieszkania na terenie Gminy Miasto Marki lub brak poświadczenia korzystania ze wsparcia OPS;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- skorzystanie z zakresu usług zdrowotnych szczepienia przeciw grypie w ramach finansowania przez NFZ.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń, uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych ofertach. Program obejmie wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany czas realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w terminie od 2019 do końca 2021 roku.

Planowane interwencje

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

Wizyta związana z podaniem szczepionki będzie rozpoczynała się konsultacją lekarską (w celu wykluczenia przeciwwskazań) i zakwalifikowaniem pacjenta do szczepienia. W przypadku wystąpienia czasowych przeciwwskazań związanych np. z chorobą zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty.

Ponadto przy okazji badania lekarskiego związanego z podaniem szczepionki personel biorący udział w interwencji przeprowadzi działania z zakresu promocji zdrowia. Każdemu uczestnikowi programu zostaną przedstawione informacje na temat dróg szerzenia, objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki grypy sezonowej. Szczególną uwagę realizator programu zwróci na edukację w zakresie takich zagadnień, jak: zachowania reżimu sanitarnego w przypadku kontaktów z osobami zainfekowanymi oraz postępowanie w przypadku wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, przestrzeganie zasad

higieny, unikanie miejsc szczególnego ryzyka rozprzestrzeniania choroby i postępowanie w sytuacji podejrzenia lub zakażenia grypą.

Ponadto w trakcie konsultacji lekarskiej każdy uczestnik programu zostanie poinformowany o zagrożeniach związanych z zakażeniami grypowymi, powikłaniach, o samym szczepieniu oraz możliwej reakcji organizmu na podaną szczepionkę. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie świadomej zgody na udział w szczepieniu (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta.

Uczestnicy programu zostaną także poinstruowani o sposobie postępowania w razie pojawienia się niepożądanego odczynu poszczepiennego – otrzymają informację o tym, gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych (już poza programem, w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ)⁴⁴.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora lub realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)⁴⁵.

Szczepienie prowadzone będzie na terenie Gminy Miasto Marki w miejscu wskazanym przez realizatora. W akcji szczepień zostaną wykorzystane dostępne, dopuszczone do użytkowania preparaty wybrane przez realizatora, odpowiednie i rekomendowane dla danego sezonu grypowego.

Zgodnie z wytycznymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, szczepionka przeciw grypie może być podawana przez cały sezon występowania grypy. Jednak u osób należących do grup zwiększonego ryzyka powikłań pogrypowych, a więc u tych, u których istnieją medyczne wskazania do uodpornienia przeciw grypie, szczepionkę należy podawać w okresie od września do połowy listopada.

Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany

⁴⁴ 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.

⁴⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.

do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa⁴⁶.

Sposób udzielania świadczeń

Ze względu na charakter programu – szczepienie osób w konkretnym przedziale wiekowym oraz podawanie dawki szczepionki – akcja będzie miała charakter ciągły. Mieszkańcy Gminy Miasto Marki będą przyjmowani w trakcie trwania programu – w latach 2019–2021, ze szczególnym uwzględnieniem sezonów grypowych. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków przekazu.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zakupione szczepionki oraz zabezpieczone inne wymagane, pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku). W akcji szczepień będą wykorzystane dostępne, dopuszczone do użytkowania preparaty wybrane przez realizatora. Tego typu działania organizacyjne zapewnią optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na realizację programu.

Program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

W odniesieniu do omawianej interwencji świadczeniem alternatywnym jest brak szczepień. Szczepienia przeciw grypie znajdują się w grupie szczepień zalecanych, ale niefinansowanych ze środków publicznych. Należy zaznaczyć, że od 1 lipca 2018 roku na liście leków refundowanych, zgodnie z załącznikiem do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 roku w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2018 roku, znajduje się czterowalentna szczepionka Vaxigrip Tetra. Urzędowa cena zbytu została określona na

⁴⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

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; Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679; Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381., z późn. zm.

35,83 zł, natomiast wysokość limitu finansowania – na 45,76 zł. Poziom odpłatności dla pacjenta wynosi 50%. Tym samym wysokość dopłaty świadczeniobiorcy to 22,88 zł.

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

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad, świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a) działania edukacyjne programu mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie;
- b) świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa⁴⁷;
- c) świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje⁴⁸;
- d) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych⁴⁹.

Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu szczepienia szczepionką przeciw grypie zgodnie z wytycznymi producenta dotyczącymi dawkowania wraz z przeprowadzeniem przez realizatora części edukacyjnej z zakresu promocji zdrowia. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie owego faktu na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

⁴⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., *op. cit.*

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., *op. cit.*

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu, w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu beneficjent obligatoryjnie musi przeprowadzić:

- 1) akcję informacyjną,
- 2) działania edukacyjne;
- 3) rekrutację uczestników;
- 4) interwencję terapeutyczną:
 - a) lekarskie badanie kwalifikacyjne,
 - b) podanie preparatu szczepionkowego,
- 5) monitoring działań w ramach programu.

Ad 1. Akcja informacyjna

Skierowana jest do mieszkańców Gminy Miasto Marki. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów, jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego.

Mieszkańcy Gminy Miasto Marki, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z zakażeniami wirusem grypy, zagrożeniami wynikającymi z faktu niezaszczepienia oraz o ramach organizacyjnych akcji.

Ad 2. Działania edukacyjne

Skierowane są do mieszkańców Gminy Miasto Marki, zwłaszcza do osób powyżej 60. roku życia. Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury itp. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące specyfiki wirusa grypy, wywoływanych przez niego infekcji, ich następstw zdrowotnych, skuteczności wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia powikłań, konsekwencji zaniedbań higienicznych i bagatelizowania objawów chorobowych.

W programie, w ramach edukacji, zostanie poruszony temat ryzyka i korzyści wynikających z wykonywania szczepień ochronnych. Edukator powinien przekazać informacje na temat szczepienia, wyjaśnić niepewności, ryzyka i potencjalne korzyści związane z wykonaniem lub niewykonaniem tej procedury. Celem edukacji powinno być umożliwienie uczestnikom programu rozważenia własnych preferencji, ustalenia stopnia udziału w podejmowaniu decyzji

(po ewentualnej konsultacji z lekarzem) oraz podjęcie (lub odroczenie) decyzji na temat realizacji programu. Udział w kolejnej części programu powinien być decyzją świadomą, podjętą przez uczestnika.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Przygotowanie i przeprowadzenie testu leży po stronie realizatora programu (przykładowa treść testu w załączniku). Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez beneficjenta, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych beneficjenta. Edukacja powinna następować przed sezonem grypowym.

Podczas działań edukacyjnych beneficjenci mogą wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i tym podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Działania edukacyjne:

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o szczepieniu, jego korzyściach, ale i zagrożeniach;
- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ, dla osób powyżej 65. roku życia.

[Ad 3. rekrutacja do programu](#)

Beneficjenci wybrani w procedurze konkursowej i realizujący program będą zobowiązani do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Podstawowe kryteria formalne to status mieszkańca

Gminy Miasto Marki, wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody), wiek od 60 roku życia oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych. Kryteria szczegółowe zostały opisane wcześniej, w stosownej części tego dokumentu.

Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu, ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Ad 4. interwencja terapeutyczna

Każdy mieszkaniec z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z interwencji terapeutycznej w ramach programu.

Składają się na nią:

- a) lekarskie badanie kwalifikacyjne;
- b) podanie preparatu szczepionkowego.

Wizyta związana z podaniem szczepionki będzie rozpoczynała się konsultacją lekarską (w celu wykluczenia przeciwwskazań) i zakwalifikowaniem pacjenta do szczepienia.

W jej trakcie zostanie wykonane badanie lekarskie, a także będzie przeprowadzony wywiad uwzględniający aktualny stan zdrowia oraz historię choroby dotyczącą zachorowań ostrych i przewlekłych oraz stosowanych z tego powodu leków. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań związanych np. z chorobą zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty i ponowna kwalifikacja medyczna do interwencji w ramach programu. Ponadto w trakcie konsultacji lekarskiej każdy uczestnik zostanie poinformowany o zagrożeniach związanych z zakażeniami grypowymi, powikłaniach, o samym szczepieniu oraz możliwej reakcji organizmu na podaną szczepionkę.

Uczestnicy programu będą ponadto poinstruowani o sposobie postępowania w razie pojawienia się niepożądanego odczynu poszczepiennego – otrzymają informację o tym, gdzie można się zgłosić, już poza programem, w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ⁵⁰.

Podmiot potwierdzający wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego zobowiązany jest przekazać niezwłocznie tę informację do realizatora programu.

Dodatkowo, przy okazji szczepienia personel biorący udział w interwencji przeprowadzi indywidualne działania z zakresu promocji zdrowia. Każdemu uczestnikowi programu zostaną

⁵⁰ 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; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., *op. cit.*.

przedstawione informacje na temat dróg szerzenia, objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki grypy sezonowej. Będzie to uzupełnieniem syntetycznej wiedzy przekazanej w drugim etapie programu – działaniach edukacyjnych.

Zaplanowane interwencje będą przeprowadzone przez realizatora lub realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)⁵¹.

Szczepienie prowadzone będzie na terenie Gminy Miasto Marki w miejscu wskazanym przez realizatora/realizatorów, z zaznaczeniem, że nie później niż do 24 godzin od wykonania badania kwalifikacyjnego. Najlepiej, aby oba elementy interwencji zostały wykonane tego samego dnia, podczas jednej wizyty w siedzibie realizatora.

W akcji szczepień będą wykorzystane dostępne, dopuszczone do użytkowania preparaty wybrane przez realizatora. Istotne jest to, aby przechowywano i stosowano je zgodnie ze wskazaniami producenta określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego (szczególnie dotyczy to zasad transportu i przechowywania z zachowaniem łańcucha chłodniczego).

W nadchodzącym sezonie grypowym (2018/2019) zgodnie z zaleceniami WHO w składzie szczepionek przeciw grypie na półkuli północnej znajdować się będą następujące szczepy wirusa grypy:

- W **szczepionkach trójwalentnych** przeciw grypie:
 - A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09 – wirus podobny;
 - A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2) – wirus podobny;
 - B/Colorado/06/2017 – wirus podobny (B/Victoria/2/87 lineage).
- Dodatkowo w **szczepionkach czterowalentnych**:
 - B/Phuket/3073/2013 – wirus podobny (B/Yamagata/16/88 lineage).

Zgodnie z wytycznymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, szczepionka przeciw grypie może być podawana przez cały sezon występowania grypy. Jednak u osób należących do grup zwiększonego ryzyka powikłań pogrypowych, a więc u tych, u których istnieją medyczne

⁵¹ *Tamże.*

wskazania do uodpornienia przeciw grypie, szczepionkę należy podawać w okresie od września do połowy listopada.

Realizator powinien 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 prawa⁵².

Ad 5. monitoring działań

Ostatnim elementem w ramach programu będzie monitoring działań obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy jego uczestnik po wykonaniu szczepienia zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży opracowaniu przez beneficjenta raportu rocznego dla instytucji zarządzającej programem.

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Miasto Marki przez beneficjenta wybranego w konkursie.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

W siedzibie realizatora muszą być także stosowane rutynowe procedury, zgodnie z którymi każda partia preparatów szczepionkowych jest sprawdzana przy odbiorze pod kątem ewentualnych uszkodzeń mechanicznych lub termicznych, powstałych podczas transportu, a także pod względem terminu przydatności do użycia, co jest następnie okresowo powtarzane.

⁵² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., *op. cit.*; 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; Ustawa z dnia 6 września 2001 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r., *op. cit.*

Szczepionki przechowuje się w lodówkach wyposażonych w termometry oraz urządzenia zapewniające stały monitoring i automatyczną rejestrację dobowych wahań temperatury wewnątrz komór chłodniczych oraz spadków napięcia. Wyniki wskazań termometru, mechaniczne uszkodzenia sprzętu oraz wyłączenie zasilania powinny być dokumentowane w specjalnej książce kontroli.

Beneficjent zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Beneficjenci zapewnią kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń⁵³.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe⁵⁴. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizowaniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych⁵⁵.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń – osobami, które odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia bądź uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu polityki zdrowotnej realizowane będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie. Wymagane jest, aby osoby prowadzące działania edukacyjne miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego). Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grup odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do wieku i stanu psychicznego odbiorców.

⁵³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. *op. cit.*

⁵⁴ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, *op. cit.*; Ustawa z dnia 6 września 2001 r., *op. cit.*

⁵⁵ 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.

Beneficjent jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Monitoring

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

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu. Wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości udzielonych świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie wakcynologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać będzie całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez beneficjenta programu, natomiast jakość świadczeń – za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom akcji, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Jest ona zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom i uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana instytucja zarządzająca na podstawie raportów przygotowanych przez beneficjentów.

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji:

- liczba przypadków grypy sezonowej w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany spadek o minimum 2%;
- wzrost wiedzy minimum 15% uczestników programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej;
- liczba wizyt ambulatoryjnych z powodu zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne, a także wartości w odniesieniu do lat poprzednich – spadek o minimum 2%;
- liczba hospitalizacji z powodu zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne, również w odniesieniu do lat poprzednich – spadek o minimum 2%;
- wskaźniki wystąpienia poszczeniennych działań niepożądanych – liczba bezwzględna, odsetek przypadków, przyczyny wystąpienia.

W przypadku programów szczepiennych istotne jest to, aby mierniki efektywności odnosiły się głównie do zachorowalności na wskazaną chorobę oraz występowania niepożądanych

odczynów poszczepiennych. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania szczepionki. Regularne, cykliczne szczepienia pozwalają na uzyskanie odporności populacyjnej. Natomiast skuteczna edukacja społeczeństwa zapewnia trwałość efektów zdrowotnych.

Powyższe analizowane będzie przez narzędzia – odpowiednie kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów.

6. Koszty

Zgodnie z założeniami instytucji zarządzającej dotyczącymi finansowania na realizację „Programu profilaktyki zachorowań na grypę sezonową dla mieszkańców Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021” została przeznaczona kwota ok. 20 000 zł rocznie, co daje ok. 60 000 zł na cały okres trwania programu.

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

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia. W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych wydatków dostępne środki będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada 3-letni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja zarządzająca zmieni poziom finansowania lub też zmienią się koszty preparatów używanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

Przy realizacji programu szczepionkowego założono liczbę uczestniczących osób w wieku od 60 roku życia, uwzględniając dostępne zasoby finansowe.

a. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje m.in. koszt: badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia, zakupu szczepionki, podania szczepionki (w tym sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, działań promocyjno-edukacyjnych oraz inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją programu). Ministerstwo Zdrowia wpisało na listę leków refundowanych szczepionkę przeciw grypie Vaxigrip Tetra z ceną 45,76 zł. Cena urzędowa, po jakiej sprzedaje ją do aptek producent, firma Sanofi, to 35,83 zł. Koszt katalogowy szczepionki wynosi 49,90 zł.

Zakładając dodatkowe marże apteczne, a także wydatki dodatkowe, koszt jednostkowy uczestnictwa w programie ustalono na poziomie **około 50 zł/osobę**.

b. Planowane koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty roczne organizacyjne po stronie instytucji zarządzającej:

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych;
- zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej dedykowanej programowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie);
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji realizatorów;
- koszty monitoringu i ewaluacji;
- koszty administracyjno-biurowe.

Całkowite roczne koszty organizacyjne przewidziane na czas trwania programu według założeń nie powinny przekroczyć 1.000 zł.

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie beneficjenta

- działania edukacyjne;
- wykonanie badania kwalifikacyjnego i szczepienia wraz z zakupem szczepionek;
- koszty zarządzania programem.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej. Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru realizatora. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie beneficjenta zakłada się na poziomie ok. 18.000 zł.

Powyższa kwota obejmuje:

- koszt działań edukacyjnych –

maksymalna kwota przeznaczona na wynagrodzenia prelegentów, a także przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań nie powinna przekroczyć **1.500 zł**;

- wykonanie badania kwalifikacyjnego, szczepienia oraz zakup szczepionek – obejmują koszty badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia, zakupu szczepionki, podania szczepionki (w tym sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów; zakłada się je na poziomie **15.000 zł**;

- koszty zarządzania programem – maksymalna kwota przeznaczona na koszty administracyjne, wydruki ankiet, przygotowanie raportów i sprawozdań, usług kurierskich, transport materiałów, koszty marketingu, nie powinna przekroczyć **1.500 zł**.

Koszty roczne ogólne programu

Składowe – **rezerwa budżetowa**: zakłada się ją na poziomie do **1.000 zł**.

Rezerwę będzie można wykorzystać na monitoring i ewaluację, zwiększenie wyszczepienia populacji, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

Tabela 7. Planowany roczny budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
1 Koszty organizacyjne	1 000 zł
2. Koszty interwencji	18 000 zł
3. Koszty ogólne programu	1 000 zł
Razem	20 000 zł

Źródło: opracowanie własne.

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez instytucję zarządzającą programem na lata 2019–2021. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programów.

Całkowite koszty realizacji zadania planuje się zamknąć kwotą 20 000 zł w roku 2019; docelowo będzie ona odnawiana corocznie przez cały okres trwania programu, co daje 60 000 zł przez cały 3-letni okres trwania programu.

Źródła finansowania, partnerstwo

Program zdrowotny mieszkańców Gminy Miasto Marki sfinansowany zostanie w całości ze środków budżetu Gminy Miasto Marki w ramach Funduszu Programy Polityki Zdrowotnej, Dz. 851, rozdz. 85149. Miasto zabezpieczy uchwałą Rady Miasta kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji projektu.

7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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.*

b. Zgoda na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej odpisany(-a).....oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.).

Uczestnik programu:

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

.....
Podpis i data złożenia podpisu

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

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

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

.....
Podpis i data złożenia podpisu

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez XXXXXXXXXXXX jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

Pacjent biorący udział w badaniu:

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

.....
Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ/KOPIA

c. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ

*Program profilaktyki zachorowań na grypę sezonową dla mieszkańców Gminy Miasto Marki
na lata 2019–2021*

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

d. **Ankieta ewaluacyjna dotycząca poziomu wiedzy uczestnika programu**

Ankieta ewaluacyjna dotycząca wiedzy uczestników programu polityki zdrowotnej

Program profilaktyki zachorowań na grypę sezonową dla mieszkańców Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021

1. **Grypa to choroba:**
- bakteryjna
 - wirusowa
 - pasożytnicza
 - nie wiem/nie pamiętam
2. **Do najczęstszych objawów grypy należą:**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
- wysoka gorączka
 - dreszcze
 - biegunka
 - suchy kaszel
 - katar
 - halucynacje
 - ból głowy
 - ból mięśni
 - ogólne „rozbitcie” organizmu
3. **Grypą można się zakazić drogą:**
- powietrzno-kropelkową
 - pokarmową
 - zadrapanie/ugryzienie
 - wodną
 - brudnych rąk
 - nie wiem/nie pamiętam
4. **Leczenie grypy polega na:**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
- stosowaniu antybiotyków
 - stosowaniu leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (np. paracetamol, ibuprofen)
 - stosowaniu witamin
 - inne
- jakie?.....
5. **Do najczęstszych powikłań grypy należą:**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
- zapalenie oskrzeli
 - zapalenie pęcherza moczowego
 - zapalenie płuc
 - zapalenie ucha środkowego
 - kamica nerkowa
6. **Zachorowania na grypę są szczególnie niebezpieczne dla**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
- dzieci
 - młodzieży
 - dorosłych
 - osób w wieku podeszłym
 - osób chorujących na wszelkie choroby przewlekłe
 - nie wiem/nie pamiętam
7. **Jak często należy się szczepić przeciwko grypie?**
- co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dekadę
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamiętam
8. **Jak często szczepisz się przeciwko grypie?**
- co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dekadę
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamiętam
9. **Jak często szczepią się członkowie twojej rodziny przeciwko grypie?**
- co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dekadę
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamiętam

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.

Uzasadnienie

Uchwała dotyczy programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw grypie skierowanego do mieszkańców Gminy Miasto Marki w wieku powyżej 60 roku życia (biorąc pod uwagę rok urodzenia).

W Gminie Miasto Marki akcje szczepień ochronnych przeciw grypie dla tej grupy wiekowej Mieszkańców realizowane są od kilku lat, jednak nie było programu dotyczącego tych działań.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) umożliwia gminom tworzenie programów i realizowanie ich z własnych środków budżetowych.

Program ma na celu zmniejszenie liczby zachorowań na grypę, oraz powikłań pogrypowych w grupie szczególnego ryzyka.

Środki na realizację programu zostały zabezpieczone w Wieloletniej Prognozie Finansowej Gminy Miasto Marki w dziale 851, rozdziale 85149, §4300 w wysokości:

- na rok 2019 - 20.000,00 zł.,
- na rok 2020 - 20.000,00 zł.,
- na rok 2021 - 20.000,00 zł.

Program zyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.

BURMISTRZ

Jacek Grych

