

**UCHWAŁA NR LIII/392/14
RADY MIASTA GRAJEWO**

z dnia 29 września 2014 r.

w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego w zakresie szczepień ochronnych przeciwko grypie.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2013r. poz. 594, poz. 645, poz. 1318, z 2014r. poz. 379) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164 poz. 1927 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program zdrowotny w zakresie profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie, który obejmuje mieszkańców miasta Grajewo w wieku powyżej 65 roku życia, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Grajewo.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta

mgr Grzegorz Curyło

Załącznik do Uchwały Nr LIII/392/14
Rady Miasta Grajewo
z dnia 29 września 2014 r.

**SZCZEPIENIA OCHRONNE PRZECIWKO GRYPIE
DLA OSÓB POWYŻEJ 65 ROKU ŻYCIA**

Gmina: MIASTO GRAJEWO

Adres: ul. Strażacka 6A, 19-200 Grajewo, woj. podlaskie

Spis treści :

Strona tytułowa.

1. Opis i zdefiniowanie problemu zdrowotnego.

2. Cele programu.

3. Adresaci programu (populacja programu).

4. Organizacja programu.

5. Koszty.

6. Monitorowanie i ewaluacja.

7. Okres realizacji programu.

1. Opis i zdefiniowanie problemu zdrowotnego.

Program szczepień przeciw grypie wychodzi naprzeciw potrzebom zdrowotnym mieszkańców Gminy – Miasta Grajewo w wieku powyżej 65 roku życia. Grypa jest wirusową chorobą zakaźną, rozpowszechnioną na całym świecie, na którą każdego roku zapada miliony osób. Jediną i skuteczną metodą walki z grypą są szczepienia ochronne. Zgodnie z wymogami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) stwierdza się celowość corocznych szczepień osób z tzw. grup wysokiego ryzyka.

Grypa stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia osób starszych oraz osób chorujących przewlekłe. Inwazyjna grypa wywołuje infekcje i często powodują zaostrzenie objawów współistniejących chorób przewlekłych ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia, w tym niewydolności serca, układu oddechowego, w tym niewydolności oddechowej spowodowanej przez astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Przebieg grypy u osób w podeszłym wieku często jest bardzo ciężki i wymagający wielodobowej hospitalizacji.

Grypa to wirusowa choroba zakaźna układu oddechowego. Przenoszona drogą kropelkową. Jej przebieg jest zazwyczaj ostry, powodujący obłożną chorobę, uniemożliwiającą wykonywanie zawodu. Dziś wirus grypy przeważnie nie jest śmiertelny, jednak ignorowanie objawów, niedoleczenie, lub powikłania choroby mogą mieć skutki śmiertelne.

Zgodnie z najnowszymi statystykami, przeprowadzonymi na zlecenie Komitetu Pandemicznego, liczba chorych w okresie od 16 do 22 listopada 2009 na grypę sezonową oraz wywołaną wirusem A/H1N1 w Polsce wyniosła 97 tys. 53 osób (ok. 1120 A/H1N1, śmiertelnych 22) osób, zaś w analogicznym okresie roku 2008, zachorowań było 3 tys. 179 pacjentów.

Duży wzrost zachorowań spowodowany jest pojawieniem się wirusa A/H1N1, oraz małym rozpowszechnieniem szczepionek.

Światowe statystyki dotyczące grypy sezonowej prezentują się znacznie gorzej, wedle danych WHO, w ostatnich latach na grypę sezonową chorowało ok. 1miliarda ludzi, z czego umierał aż 1 mln.

Wedle statystyk Polskiego Resortu Zdrowia na grypę corocznie szczepi się ok. 8%(polskiej) populacji. Wynik ten nie poraża, szczególnie, jeśli zderzy się go ze statystykami USA (ok. 50%). Statystyki te niepokoją WHO, i w związku z nową rezolucją, co najmniej 75% pacjentów grup wysokiego ryzyka (do 23 roku życia, oraz powyżej 65) powinno być zaszczepionych.

Epidemie grypy występują corocznie, ze względu na zmienność i plastyczność wirusa grypy.

Szczepienia przeciw grypie osób wysokiego ryzyka są skuteczną metodą zapobiegania tej chorobie, a przede wszystkim groźnym powikłaniom, jakie ona wywołuje.

Szczepienie przeciw grypie.

Wskazane jest jednoczasowe szczepienie przeciw grypie sezonowej. W badaniu przeprowadzonym w Szwecji wśród osób 65+, osoby zaszczepione szczepionkami, które zapadły na inwazyjną chorobę, w porównaniu do osób, które się nie zaszczepiły przeciw grypie nie musiały być tak często hospitalizowane, a jeżeli hospitalizacja była konieczna, to była ona krótsza. W roku 2003 w sezonie infekcji grypowych nie zanotowano żadnej hospitalizacji osoby w wieku poniżej 80 lat. Zauważono także 68% redukcję zgłoszeń do szpitala i 40% redukcję przypadków przyjętych do szpitala. Ilość zgłoszeń szpitalnych i hospitalizacji była niższa, a pobyt liczony w dniach skrócił się o 38%.

Niezaprzeczalnie jednoczasowe szczepienie przeciw grypie jest efektywne i korzystne dla osób starszych i osób chorujących przewlekłe.

W Polsce dostępne są inaktywowane szczepionki przeciw grypie. Na sezon 2010/2011 w skład szczepionki wchodziły następujące szczepki wirusa grypy: AH1N1, AH3N2 i typ B. Jest dostępna także szczepionka przeciw zakażeniom pneumokokowym dla dorosłych.

2. Cele programu.

Liczne badania farmakoekonomiczne, analizujące korzyści ekonomiczne wynikające ze szczepień przeciw grypie wykazują, że jest to postępowanie o wysokim współczynniku kosztu / efektywności, szczególnie w populacji osób starszych >65 roku życia. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że ta grupa społeczna powinna szczepić się co roku.

Cele:

- uniknięcie zachorowania, ale przede wszystkim uniknięcie poważnych powikłań pogrypowych takich jak: zapalenie oskrzeli, płuc, zapalenie mięśnia sercowego, czy zapalenie mózgu, które stanowią bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta,
- zwiększenie dostępności do świadczeń, które nie są refundowane przez NFZ,
- obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu powikłań w przebiegu grypy i chorób grypopodobnych,
- podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie.

Cel strategiczny – zaszczepienie przeciw grypie sezonowej osób zdrowych w wieku 65 lat i więcej oraz osób chorujących na przewlekłe choroby układu krążenia i oddechowego oraz na cukrzycę, a także osób pozostających z wyżej wymienionymi chorymi w jednym gospodarstwie domowym. Poprzez objęcie szczepieniem także tych ostatnich, program spełni warunek kompleksowości w podejściu do problemu zdrowotnego.

Cele pośrednie:

1. Polepszenie stanu zdrowia lokalnej ludności poprzez zapobieżenie wzrostowi zachorowalności na grype, a przez to zmniejszenie kosztów terapii i usług medycznych związanych z tymi schorzeniami.
2. Profilaktyka pogorszenia się stanu zdrowia na skutek zachorowania na grype osób chorujących na przewlekłe choroby związane z / lub prowadzące do niewydolności krążenia, niewydolności oddechowej i / lub na cukrzycę.
3. Zwiększenie świadomości społecznej w zakresie aktywnego uczestnictwa pacjenta w kreowaniu i kontrolowaniu własnego stanu zdrowotnego oraz w procesie podejmowania decyzji zdrowotnych.
4. Ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa grypy sezonowej wśród mieszkańców gminy.
5. Upowszechnienie wiedzy na temat zagrożeń dla zdrowia i życia wynikających z zakażeń grypowych.

EFEKTY ZDROWOTNE:

Oczekuje się, że szczepienie przeciw grypie przyniesie efekty już podczas najbliższego okresu zwiększonej zachorowalności na grype.

Zaplanowane działanie w postaci szczepień przeciw grypie jest uznane jako działanie o udowodnionej skuteczności. Szczepienia określone są jako najefektywniejszy sposób eliminowania chorób na świecie.

Ocenia się, że szczepienia przeciw grypie są podstawową metodą zapobiegania zachorowaniu na grype sezonową.

W krajach uprzemysłowionych szczepionki zapewniają 70% - 90% ochronę przed gripą. Im większa zbieżność antygenów zawartych w szczepionce z występującymi w czasie epidemii wirusami, tym większa jest skuteczność szczepionki. W populacji osób starszych, nie mieszkających w instytucjach typu domy opieki lub domy spokojnej starości, szczepienie zmniejsza o 25% - 39% liczbę hospitalizacji oraz redukuje śmiertelność o 39% - 75% w czasie jednego sezonu grypowego. Wśród osób przebywających w instytucjach typu domy opieki lub domy spokojnej starości, szczepienie zmniejsza liczbę hospitalizacji o 50%, ryzyko wystąpienia zapalenia płuc o 60% i ryzyko zgonu o 68%. Światowa Organizacja Zdrowia zalecała w roku 2005, zwiększenie zakresu szczepień przeciw grypie w populacji osób starszych do 50% w roku 2006 i 75% w roku 2010.

W badaniu „Determinanty szczepień przeciwgrypowych wśród osób w starszym wieku” oszacowano, że 36% osób, które się zaszczepiły przeciw grypie, zrobiło to ponownie, a 64% zaszczepiło się po raz pierwszy. 75% badanych zauważyło istotną różnicę w zachorowalności na grype, a 93% respondentów uznało, że zmniejszyła

się liczba infekcji grypowych, a te, które się wydarzyły trwały krócej i były mniej uciążliwe. Decyzja o szczepieniu została podjęta wskutek namowy innej osoby (82%), głównie członka rodziny (53%) i lekarza rodzinnego (40%). Większość badanych 71% zadeklarowało chęć skorzystania ze szczepień również w roku następnym. Z osób, które nie zgłosiły chęci ponownego zaszczepienia się przeciw grypie, 42% uznało, że cena za szczepionkę jest zbyt wysoka. Respondenci wskazali na istotne czynniki, które przyczyniają się do podjęcia negatywnej decyzji o szczepieniu: osobiste przekonanie dotyczące zbyt wysokiego kosztu szczepionki, brak wystarczającej wiedzy na temat grypy i szczepień, brak objęcia osób starszych systemem szczepień obowiązkowych, informacji przekazywanej przez lekarza rodzinnego na temat choroby, jej powikłań i zaletach szczepień. Ocenia się, że aktywna postawa pracownika medycznego może przyczynić się do zwiększenia wyszczepialności nawet do 75%.

Badania w zakresie efektywności szczepień przeciw grypie sezonowej pokazują, że standardowa szczepionka przeciw grypie może zmniejszyć ryzyko wystąpienia infekcji grypowej o 58%. Meta-analiza 20-u badań przeprowadzonych w Europie pomiędzy rokiem 1965 i 1991 wykazała, że szczepienie przeciw grypie osób starszych zmniejsza ryzyko wystąpienia zapalenia płuc, hospitalizacji z powodu zapalenia płuc i śmierci z powodu zapalenia płuc lub grypy. Ponadto badania wykazały, że szczepienie przeciw grypie jest nie tylko efektywne kosztowo, ale także pozwala na poczynienie oszczędności, np. brak wydatków na hospitalizację powikłań grypy i przeznaczenie tych środków na inne wydatki medyczne.

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że szczepienie osób 65+ powinno objąć 75% populacji. W sezonie 2006-2007 przeprowadzono analizę mającą wykazać jaki procent populacji osób starszych został zaszczepiony przeciw grypie. Badaniem objęto kraje będące członkami Unii Europejskiej, Norwegię i Islandię. Najmniej osób starszych zaszczepiło się w Austrii 32,1%, a najwięcej w Holandii 82,1%. W większości krajów zachodnioeuropejskich zaszczepiło się przynajmniej 50% osób starszych.

3. Adresaci programu (populacja programu).

CHARAKTERYSTYKA GRUPY DOCELOWEJ

Na terenie miasta Grajewo liczba osób powyżej 65 roku życia (z podziałem na kobiety / mężczyzn), stale zamieszkujących na terenie miasta dla całego obszaru adresowego na dzień 04.07.2014r. wynosi:

- Kobiety: 1781;
- Mężczyźni: 1082.

Aktualne procesy zachodzące w polskim społeczeństwie prowadzą do jego starzenia się, co oznacza, że zwiększa się liczba osób w podeszłym wieku w stosunku do osób młodszych. Według danych GUS w 1999 roku osoby w wieku 65+ stanowiły 12,1% całego polskiego społeczeństwa, z czego osoby w wieku 70+ stanowiły 7,9%; w roku 2003 osoby w wieku 65+ stanowiły 13,0%, z czego osoby w wieku 70+ - 8,9%, a w roku 2008 osoby w wieku 65+ stanowiły 13,5%, z czego osoby w wieku 70+ - 9,8%. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że pomiędzy 2008 i 1999 rokiem nastąpiło zmniejszenie populacji polskiego społeczeństwa o 127,4 tysiąca osób, tj. o 0,3%, liczba osób w wieku 65+ zwiększyła się o ponad 502 tysiące osób, tj. o prawie 11%. Odsetek osób w wieku 65+ wzrósł w ciągu 10 lat o 1,4 punktów procentowych, a odsetek osób 70+ wzrósł w tym samym czasie o 1,9 punktów procentowych.

Według badania dotyczącego charakterystyki osób w podeszłym wieku, którym objęto 1 910 osób w wieku 65 lat i starszych, 50% osób oceniło swój stan zdrowia jako mierny, 28% negatywnie, a 23% jako dobry i bardzo dobry; aż 96% osób zgłosiło przynajmniej jedną chorobę przewlekłą. Większość badanych stwierdziła, że stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu w wieku 63-64 lat. Można było także zauważyć zależność, że wraz ze wzrostem wieku zmniejszał się odsetek osób zdrowych. Do najczęściej występujących chorób przewlekłych należą: schorzenia układu krążenia 87%, choroby narządów ruchu 63% i choroby płuc 25%. Tylko 4% osób nie zgłosiło żadnej choroby. Wśród chorób układu krążenia istotny udział miały: choroby naczyń obwodowych 67%, choroby serca 59% i nadciśnienie tętnicze 51%. Wśród chorób serca najwięcej osób zgłaszało chorobę niedokrwienną serca 29% i arytmie 26%. Badani uzyskiwali ambulatoryjną pomoc medyczną w przychodniach rejonowych 68%, poradniach specjalistycznych 25%, w domach opieki 20% i w lecznictwie otwartym 15%. W ciągu ostatnich 5 lat przed badaniem połowa seniorów była hospitalizowana, zwykle

z powodu zaostrzenia choroby przewlekłej (61%). Hospitalizowani mieli przeciętnie 65-89 lat i większość stanowili mężczyźni.

Choroby przewlekłe postrzegane są jako jeden z elementów starości. Starzenie się jest postrzegane jako czas naznaczony większą ilością problemów (84%), takich jak mniejszy zasób energii i zmniejszone chęci do działania (ponad 50%), trudności finansowe (40%), trudności związane z prowadzeniem domu 34%, trudności z nawiązywaniem nowych kontaktów 12%, problemy w kontaktach z otoczeniem 10%. Najbardziej pożądanymi pragnieniami okazały się pomoc udzielana w codziennych obowiązkach (56%) i zapewnione poczucie bezpieczeństwa (53%). Pragnienia te są tym ważniejsze, że 88% seniorów podejmowało różną aktywność fizyczną, z czego 6% podejmowało aktywność o lekkim natężeniu, taką jak: lekkie prace domowe, zakupy, spacer, 39% o średnim natężeniu: samodzielne wykonywanie prac domowych, sporadycznie podejmowane ćwiczenia fizyczne, uprawianie działki lub ogródka; 43% o ciężkim natężeniu, między innymi regularne uprawianie sportów; 36% zadeklarowało aktywność społeczną. Należy zauważyć, że osoby aktywne znacznie lepiej oceniali swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry (32%) i były znacznie rzadziej hospitalizowane niż osoby nieaktywne (ryzyko hospitalizacji jest 1,6 razy większe dla osób nieaktywnych). Ponadto okazało się, że niesprawność fizyczna (poza I-ą grupą inwalidzką) nie jest dla seniorów przeszkodą do podejmowania aktywności, choć z pewnością niesprawności mogą ją ograniczyć.

W innym badaniu dotyczącym zaniedbywania i samozaniedbywania wśród osób starszych w opinii pracowników socjalnych i medycznych wykazano, że zaburzenia zdrowotne i nieprawidłowości w opiece medycznej oraz nieprawidłowości społeczne prowadzą do długotrwałej hospitalizacji i wyższej umieralności osób starszych. Zaniedbanie osób starszych rozumiane jako odmowa lub niepowodzenie w wypełnieniu jakiegokolwiek obowiązku wobec osoby starszej, szczególnie zaniechanie dostarczenia środków potrzebnych do życia, włączając w to leki i poczucie bezpieczeństwa (według definicji National Center of Elder Abuse), jest postrzegane jako problem społeczny przez 55% pracowników opieki społecznej, 66% lekarzy, 59% pielęgniarek i 59% pracowników DPS'ów. Do czynników warunkujących samozaniedbanie zaliczono między innymi lęk związany z instytucjonalizacją, dysfunkcje i utratę określonych zdolności, sytuacje stresowe i nieumiejętność radzenia sobie ze stresem. Do czynników ryzyka zaliczono: zaawansowany wiek, brak wsparcia społecznego, izolację społeczną, przewlekłe choroby, korzystanie z usług pogotowia oraz doraźne hospitalizacje. Wśród przyczyn samozaniedbania istotną rolę odgrywa ignorowanie sygnałów i objawów choroby.

Grupa docelowa:

Osoby w wieku 65 lat i więcej.

Populacja objęta programem:

1. Kryteria udziału w programie:

- osoby, które na dzień ogłoszenia konkursu, ukończyły 65 roku życia,
- osoby zameldowane na pobyt stały na terenie Gminy: Miasta Grajewo.

2. Populacja na dzień 04.07.2014r. to 2863 osoby.

4. Organizacja programu.

DZIAŁANIA

W celu prawidłowego wykonania niniejszego programu zdrowotnego planuje się działania przedstawione poniżej.

Czynności przygotowawcze:

Dane populacyjne.

Oszacowanie wielkości grupy docelowej.

Określenie ilości szczepień niezbędnych do uzyskania założonych efektów zdrowotnych.

Świadczenie i świadczeniodawcy:

Stworzenie bazy danych świadczeniodawców.

Identyfikacja świadczeniodawców, którzy przeprowadzają szczepienia i mają zaplecze organizacyjne, techniczne i osobowe do świadczenia usługi szczepienia.

Zebranie ofert kosztowych na świadczenie szczepienia od zainteresowanych świadczeniodawców.

Określenie warunków wyboru świadczeniodawcy.

Określenie warunków, sposobu i formy raportowania i rozliczania wykonanych świadczeń.

Oszacowanie kosztu usługi szczepienia.

Szczepionki i ich rynek:

Zebranie ofert rynkowych na szczepionkę przeciw grypie.

Wstępne oszacowanie medycznych kosztów programu zdrowotnego.

Działania informacyjne:

Identyfikacja podmiotów mogących zorganizować działania informacyjne o programie zdrowotnym.

Zebranie ofert na działania informacyjne o programie zdrowotnym.

Wstępne oszacowanie pozamedycznych kosztów programu zdrowotnego.

Oszacowanie całkowitych kosztów programu zdrowotnego.

Harmonogram czasowy:

Określenie terminu rozpoczęcia i czasu trwania programu zdrowotnego.

Zabezpieczenie w budżecie jednostki środków na wykonanie programu zdrowotnego.

Sporządzenie harmonogramu finansowo-czasowego.

Sporządzenie grafiku organizacyjnego, przydzielenie zadań, delegacja uprawnień.

Wykonanie:

Świadczeniodawca:

Wybór świadczeniodawcy/świadczeniodawców realizującego program zdrowotny.

Podpisanie umowy ze świadczeniodawcą/świadczeniodawcami.

Dokonanie zakupu szczepionek przez świadczeniodawcę/świadczeniodawców.

Kampania informacyjna:

Przygotowanie grafiku organizacyjnego działań informacyjnych.

Inicjacja działań informacyjnych.

Rozpoczęcie kampanii informacyjnej.

Monitorowanie przebiegu i realizacji kampanii informacyjnej.

Realizacja programu:

Rozpoczęcie akcji szczepień.

Monitorowanie przebiegu realizacji programu.

Raportowanie i rozliczanie udzielonych świadczeń.

Okresowa ocena wykonywanych działań.

Okresowa analityka aktywności programu: ilość zgłoszeń, ilość kwalifikacji do szczepienia, ilość osób zaszczepionych, koszt dotychczas udzielonych świadczeń itp.

Zakończenie akcji szczepień.

Rozliczenie programu.

1. Każda osoba, która na dzień ogłoszenia konkursu ukończyła 65 rok życia i jest zameldowana na pobyt stały na terenie Gminy Miasta Grajewo.
2. Realizator programu, wybrany drogą konkursu, otrzymuje od Gminy listę osób upoważnionych do szczepienia.
3. Zapisy osób zainteresowanych udziałem w Programie, spełniających określone kryteria, przyjmowane będą osobiście w Urzędzie Miasta Grajewo.

Decyduje kolejność zgłoszeń.

4. Pacjenci spełniający określone kryteria wypełniają i podpisują oświadczenie o udziale w Programie szczepień przeciw grypie, oraz wyrażają zgodę na wykorzystanie danych osobowych.
5. Wstępne badania lekarskie, na podstawie których osoba jest kwalifikowana do szczepienia.
6. W przypadku stwierdzenia przeciwwskazań, pacjent nie będzie mógł uczestniczyć w Programie.
7. Miejsce realizacji programu:
Teren Gminy Miasta Grajewo.
8. Termin szczepień:
Szczepienia będą wykonywane, zgodnie z listą osób zapisanych, prowadzoną przez Urząd Miasta Grajewo w okresie od momentu podpisania umowy do 31.12.2014 r.
9. Szczepienia będą wykonywały zakład opieki zdrowotnej
lub podmioty uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych – wyłonione w konkursie.

5. Koszty.

Program będzie finansowany z budżetu Gminy Miasta Grajewo – dział 851 rozdział 85149 paragraf 4300 – programy polityki zdrowotnej (zakup usług pozostałych). Przewidywany koszt całkowity zaszczepienia jednej osoby wynosi ok. 40,00 zł (uwzględniono w tym: koszt szczepionki, konsultacji medycznej i koszt szczepienia).

Wysoka skłonność wirusa grypy do częstych mutacji powoduje, że niemożliwe jest leczenie przyczyn grypy ani podjęcie działań zmierzających do eliminacji tej choroby. Jednocześnie ta sama cecha wirusa jest powodem rosnących kosztów terapii objawów grypy i spowodowanych przez wirusa powikłań, włączając w to hospitalizację. W przypadku leczenia ambulatoryjnego koszty leków przeciwwirusowych, leków obniżających gorączkę i łagodzących objawy grypy, takie jak kaszel, katar, bóle mięśniowe, bóle głowy, dreszcze (np. leki z grupy paracetamolu, ibuprofenu, i takie jak aspiryna) są w 100% ponoszone przez pacjenta. Do wymiernych kosztów społecznych spowodowanych przez gripę zalicza się koszty absencji w pracy przez średnio 5 dni roboczych, zmniejszenie z tego tytułu przychodów gospodarstw domowych, konieczność zapłaty zasiłku chorobowego (w przypadku populacji osób 65+ dotyczy to emerytów świadczących pracę).

Wszystkie koszty grypy obejmują:

- Koszty wizyt lekarskich,

- Koszty leczenia,
- Koszty leczenia powikłań pogrypowych,
- Koszty badań specjalistycznych,
- Koszty hospitalizacji,
- Koszty zwolnień lekarskich, także opiekunów osób chorych,
- Spadek wydajności pracy,
- Zmniejszenie produkcji,
- Straty w dochodach spowodowane nieobecnością w pracy,
- Koszty związane z inwalidztwem stałym.

Dodatkowo koszty te znacznie wzrastają w przypadku leczenia powikłań pogrypowych, które nierzadko prowadzą do powstania chorób przewlekłych, których terapia musi być prowadzona do końca życia.

6. Monitorowanie i ewaluacja.

Wskaźniki do monitorowania oczekiwanych efektów:

1. liczba osób od 65 roku życia zgłoszonych do Programu.
2. liczba wykonanych szczepień u osób od 65 roku życia.

Oczekiwane efekty programu

Szczepienie przeciw grypie sezonowej skutkuje zmniejszeniem liczby osób zarażonych wirusem grypy, a w przypadku zachorowania złagodzi przebieg i skutki choroby.

7. Okres realizacji programu.

Program będzie realizowany w 2014 roku z zabezpieczonych środków w budżecie Gminy Miasta Grajewo. Czas trwania programu będzie obowiązywał od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2014r. W sytuacjach wymagających zmian organizacyjnych, Program może ulegać modyfikacjom.