































































- **FLUENZ TETRA** (AstraZeneca) podawana u dzieci i młodzieży od 24 miesiąca w dawce 0,2 ml (podanie do nosa); dzieciom które uprzednio nie były szczepione, należy podać drugą dawkę po co najmniej 4 tyg.
- **FLUARIX TETRA** (GlaxoSmithKline) podawana w dawce 0,5 ml (wstrzyknięcie domięśniowe lub podskórne) dzieciom od ukończenia 6. miesiąca życia; dzieciom w wieku poniżej 9 lat, które nie były uprzednio szczepione, należy podać drugą dawkę po upływie co najmniej 4 tyg.).

Wszystkie powyżej wymienione leki należy stosować zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych, w grupach wiekowych, dla których dana technologia jest przeznaczona. U dzieci wcześniej nieszczepionych konieczne jest podanie dwóch dawek w odstępie 4 tyg.

**Zaktualizuj:** Jakie szczepionki przeciw grypie są dostępne w Polsce w danym sezonie?

<http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/>

Zgodnie z wytycznymi u dzieci w celu profilaktyki grypy i jej powikłań stosuje się szczepionki trój- lub czterowalentne inaktywowane. Żywa szczepionka czterowalentna atenuowana zalecana jest u dzieci, u których nie można zastosować innej szczepionki (odmowa przyjęcia, nieodpowiedni wiek, obecność przeciwwskazań). [25] W sytuacji gdy dostępne są zarówno szczepionki trój- i czterowalentne, u dzieci po ukończeniu 6 miesiąca życia zaleca się stosowanie szczepionek czterowalentnych, co wynika z szerszej ochrony oraz ich porównywalnego bezpieczeństwa. Taki wybór jest zgodny z aktualnymi zalecaniami Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), zgodnie z którymi szczepionki trójwalentne mają z czasem być zastąpione przez inaktywowane czterowalentne szczepionki przeciw grypie. Podobny wybór sugerują rekomendacje brytyjskiego Joint Committee on Vaccination and Immunisation, JCVI stwierdzając, że szczepionka trójwalentna zawiera szczep wirusa grypy z jednej linii typu B, a częściej mamy do czynienia z niedopasowaniem między szczepionką a krążącym szczepem typu B. Stosowanie czterowalentnych szczepionek przeciw grypie, zawierających szczep z każdej linii typu B powinno w przyszłości poprawić dopasowanie szczepionek. [44] W tej sytuacji Wspólny Komitet ds. Szczepień i Immunizacji zaleca, aby wybierać inaktywowaną czterowalentną szczepionkę przeciw grypie, zamiast inaktywowanych szczepionek trójwalentnych. [44]

Na skuteczność szczepień przeciw grypie mają wpływ następujące czynniki:

- rzeczywista skuteczność szczepionki zależy od jej dopasowania do szczepu wirusa, który będzie aktywny w danym sezonie epidemicznym,
- skuteczność szczepionki przeciwko grypie jest różna w zależności od tego jakim grupom pacjentów jest ona podawana. Największą skuteczność szczepionki obserwuje się u dorosłych zdrowych osób. W przypadku osób należących do grup ryzyka skuteczność

szczepień jest na ogół niższa i różni się pomiędzy poszczególnymi grupami ryzyka, w zależności od kryterium zakwalifikowania do określonej grupy ryzyka.

W tym miejscu można dodatkowo opisać dane wskazujące na skuteczność szczepienia w danej grupie ryzyka.

Ciekawy zbiór literatury w języku polskim można znaleźć tutaj:

<https://www.mp.pl/szczepienia/przeglad/grypa.html>

Zgodnie z wynikami metaanalizy 41 badań prowadzonych w populacji zdrowych dzieci, wykazano, że zastosowanie żywych atenuowanych szczepionek przeciw grypie u dzieci w wieku poniżej 6 lat zmniejsza ryzyko zachorowań na grypę o 78% (RR = 0,22 [95% CI 0,12; 0,39]) oraz ryzyko zachorowań na choroby grypopodobne o 33% (RR = 0,67 [95% CI 0,57; 0,77]). Z kolei zastosowanie inaktywowanych szczepionek wykazuje jedynie trend w kierunku redukcji ryzyka grypy (RR = 0,61 [95% CI 0,34; 1,08]), przy czym cechuje się istotną 61-procentową redukcją zachorowań na choroby grypopodobne.[45] Ponadto wyniki innej metaanalizy (11 badań), w której ocenie poddano ponad 17 tys. dzieci w wieku 6 miesięcy do 6 lat wykazały redukcję częstości stosowania antybiotyków (RR=0,70; 95%CI: 0,59; 0,83) u dzieci zaszczepionych przeciw grypie. [46] W kolejnym przeglądzie systematycznym, skuteczność szczepionki przeciwko grypie oszacowano na 7-52% wśród dzieci w wieku 6-59 miesięcy podczas dwóch sezonów grypowych. [47] Wyniki przeprowadzonej metaanalizy wskazują także, że szczepienie przeciw grypie jest bezpieczne i nie wiąże się z ryzykiem wystąpienia ciężkich zdarzeń niepożądanych. U dzieci w wieku 6 miesięcy do 6 lat zaszczepionych przeciwko grypie wykazano jedynie wyższe ryzyko wystąpienia gorączki (RR=1,15; 95%CI: 1,06; 1,24), co może wiązać się z samym faktem podania szczepionki i jest naturalną reakcją organizmu, oraz wycieku z nosa (RR=1,17; 95%CI: 1,07; 1,29). Skuteczność szczepień ochronnych wykazano również względem redukcji ryzyka hospitalizacji z powodu laboratoryjnie potwierdzonej grypy, która w badaniu populacji dzieci w wieku 6–59 miesięcy wyniosła 60% dla pełnego szczepienia i 39% dla częściowego szczepienia. Najwyższy spadek ryzyka hospitalizacji u dzieci w pełni zaszczepionych odnotowano w grupie 24-59 m.ż. [48]

W trakcie realizacji programu zaszczepione zostaną wyłącznie osoby spełniające kryteria określone w programie. Wyboru szczepionki dokonają podmioty lecznicze realizujące program. Szczepienia wykonywane będą w ciągu sezonu grypowego tj. od 1 września danego roku do 31 marca roku kolejnego.

## **Edukacja**

Na poziomie JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA zostanie opracowana strategia komunikacyjna oraz materiały edukacyjne – do wykorzystania w szkołach rodzenia, żłobkach, przedszkolach

finansowanych ze środków JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA, na stronie internetowej Urzędu JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA oraz w mediach społecznościowych.

JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA przygotuje również komunikat dla personelu medycznego edukujący w zakresie zasad i korzyści szczepienia przeciw grypie W GRUPIE DOCELOWEJ.

Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej będzie prowadzona bezpośrednia i pośrednia edukacja pacjenta. Edukacja bezpośrednia realizowana będzie przez rozmowę z lekarzem i pielęgniarką, a także z odpowiednio przeszkolonym pozostałym personelem, np. rejestratorkami medycznymi. Edukacja pośrednia będzie oparta o ulotki informacyjne, plakaty, informacje zamieszczone na stronach internetowych Urzędu JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA oraz w mediach społecznościowych.

W ramach edukacji poruszane powinny być tematy:

W ramach edukacji poruszane powinny być tematy:

- definicja grypy,
- jak rozpoznawać grypę,
- jak można zapobiegać wystąpieniu grypy, w tym działania codziennej profilaktyki,
- co to są odczyny poszczepienne, gdzie i do kogo powinny być zgłaszane,
- jakie są korzyści z zaszczepienia przeciw grypie dla beneficjentów,
- informacje na temat niebezpieczeństw jakie niosą ze sobą infekcje wywołane wirusem grypy i ich powikłaniami,
- popularyzacja prawidłowych postaw i zachowań przyczyniających się do ograniczenia częstości zachorowań, tj. zasad higieny (częste mycie/dezynfekcja rąk), unikanie miejsc publicznych oraz kontaktu z osobami chorymi.

Istotnym elementem programu jest dotarcie do populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji (min. 8%; patrz cel główny). Aby osiągnąć taki poziom niezbędne jest przeprowadzenie kampanii medialno-informacyjnej skierowanej do mieszkańców JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA, realizowanej zarówno z poziomu JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA jak i podmiotów leczniczych realizujących Program.

### **3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

Świadczenie w postaci wykonania szczepienia przeciw grypie otrzyma każda osoba, która została zakwalifikowana do Programu. Świadczenia będą udzielane nieodpłatnie.

Szczepienia realizowane będą przez podmioty lecznicze, które zgłoszą się do konkursu i zostaną wybrane do realizacji programu. Badanie lekarskie jest wykonywane w ramach programu, lecz nie jest

finansowane z budżetu programu – badania lekarskie oraz podanie szczepionki jest finansowane w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ – w ramach wizyty POZ lub wizyty w poradni.

Program ma charakter ciągły i będzie odbywał się w cyklu sezonowym. W przypadku dzieci wcześniej nieszczepionych przeciw grypie obejmować będzie podanie dwóch dawek szczepionki w jednym sezonie. W trakcie trwania programu, w kolejnych sezonach, będą do niego włączane kolejne dzieci kwalifikujące się

Dotyczy wyłącznie Programów rozpisanych na kilka sezonów.  
Zwróć uwagę, że schemat szczepienia dzieci jest inny niż szczepienia osób dorosłych.

### 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Pełne uczestnictwo w Programie polega na zrealizowaniu schematu szczepień szczepionką przeciw grypie zgodnie z wytycznymi producenta dotyczącymi dawkowania wraz z przeprowadzeniem przez podmiot leczniczy realizujący Program części edukacyjnej.

Zakończenie udziału w Programie jest możliwe na każdym etapie na życzenie uczestnika. Zakończenie udziału w Programie bez wykonania szczepienia następuje poprzez ustne lub pisemne zgłoszenie rezygnacji przez uczestnika programu oraz odnotowanie tego faktu przez podmiot leczniczy realizujący program. Może nastąpić również usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia.



## 4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

### 4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Program zdrowotny w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie realizowany będzie w następujących etapach:

1. przeprowadzenie konkursu ofert w celu wybrania podmiotów leczniczych realizujących Program,
2. zakup szczepionek przez podmioty lecznicze wyłonione w konkursie,
3. opracowanie strategii komunikacyjnej i materiałów edukacyjnych dla wszystkich interesariuszy oraz przygotowanie kampanii społecznej przez JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA,
4. przygotowanie i przeprowadzenie działań promocyjno-edukacyjnych dla przedstawicieli podmiotów leczniczych realizujących Program;
5. przygotowanie przez podmioty lecznicze realizujące program materiałów edukacyjnych dla lekarzy, pielęgniarek oraz osób zaangażowanych w Program (każdy podmiot leczniczy musi wykonać własne materiały edukacyjne wg zaleceń; patrz Rozdz.3.3),
6. przygotowanie kampanii społecznej na rzecz propagowania idei szczepień przeciwko grypie,
7. prowadzenie kampanii społecznej na rzecz prewencji grypy,
8. Edukacja rodziców/opiekunów dzieci;
9. Prowadzenie szczepień wśród dzieci z grupy docelowej – w przypadku dzieci wcześniej nieszczepionych konieczne jest ustalenie terminu drugiej wizyty w celu podania drugiej dawki szczepionki po ok. 4 tyg. od podania pierwszej dawki,;
10. zbieranie danych o efektywności Programu (patrz Rozdz. 4.2), monitorowanie realizacji Programu,
11. rozliczenie finansowe Programu (comiesięczne),
12. opracowanie sprawozdania (raportu końcowego) z realizacji Programu.

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

Szczepienia mogą być realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, które na podstawie umów zawartych z WŁAŚCIWYM TERYTORIALNIE Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia mają prawo udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – w zakresie zgodnym z przedmiotem Programu i jednocześnie posiadające miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (zakłady lecznicze, jednostki lub komórki organizacyjne udzielające tych świadczeń) na terenie JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA.

Szczepienia będą realizowane w podmiotach leczniczych spełniających warunki wykonywania szczepień ochronnych, w tym:

- do szczepienia kwalifikuje lekarz po uprzednim zbadaniu dziecka;
- lekarz informuje pacjenta lub jego opiekuna prawnego o rodzaju podejmowanych czynności;
- obowiązkiem lekarza jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na leczenie (szczepienie zalecane w PSO);
- osoba przeprowadzająca szczepienie przygotowuje szczepionkę do podania oraz informuje pacjenta lub jego rodziców/opiekunów o tym jaką szczepionkę będzie podawać.
- pacjent przebywa w gabinecie zabiegowym z rodzicami/opiekunami przez cały czas przygotowania szczepionki i podczas podawania szczepionki,
- osoba przeprowadzająca szczepienie, przed podaniem szczepionki powinna umyć i zdezynfekować ręce, a następnie założyć jednorazowe rękawiczki,
- osoba przeprowadzająca szczepienie powinna zdezynfekować miejsce podania,
- pacjent lub rodzice/opiekunowie pozostają z dzieckiem na terenie placówki przez ok. 30 min po wykonaniu szczepienia, w celu obserwacji zachowania pod kątem wystąpienia odczynu poszczepiennego;
- osoba przeprowadzająca szczepienie na bieżąco uzupełnia w karcie szczepień lub książeczce dziecka dane o szczepionce: nazwa, numer serii, data szczepienia, podpis osoby przeprowadzającej szczepienie – zazwyczaj jest to przyklejenie naklejki znajdującej się na opakowaniu produktu lub wpisanie ręczne.

Program szczepień ochronnych przeciwko grypie powinien być realizowany w pomieszczeniach podmiotu leczniczego realizującego program, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone przepisami o praca.

Podmiot leczniczy realizujący Program jest zobowiązany zebrać wywiad telefoniczny z opiekunem beneficjenta Programu w okresie do 3 miesięcy od zakończenia sezonu grypowego, w celu zebrania informacji na temat wystąpienia grypy lub infekcji grypopodobnej, hospitalizacji z powodu grypy i powikłań pogrypowych oraz wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) w okresie od momentu zaszczepienia do zakończenia sezonu grypowego, tj. do 31 marca każdego roku.

Bardzo istotny fragment – pozwala na pomiar efektywności Programu.

Pomiar następuje po zakończeniu sezonu grypowego.

## 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

### 5.1. Monitorowanie

#### 5.1.1. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności uczestników będzie na bieżąco monitorowana przez podmioty lecznicze realizujące Program. Podmioty lecznicze, z którymi JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA zawrze umowy na realizację Programu obowiązywać będzie comiesięczna sprawozdawczość i rozliczenia finansowe.

Zgłaszalność do Programu zostanie oceniona na podstawie rejestrów osób uczestniczących w Programie oraz liczby osób zaszczepionych i liczby osób zainteresowanych udziałem w Programie, lecz wykluczonych ze szczepienia z przyczyn medycznych, w odniesieniu do liczby uprawnionych do skorzystania ze świadczenia w ramach Programu.

#### 5.1.2. Ocena jakości świadczeń w programie

W celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń określone zostaną w warunkach konkursowych wymagania niezbędne do realizacji programu.

Każdy rodzic/opiekun dzieci uczestniczących w Programie będzie proszony o wyrażenie swojej opinii na temat Programu, jego prowadzenia oraz promocji w formie anonimowej ankiety, wypełnianej w trakcie trwania interwencji). Ankieta będzie załącznikiem do umowy z podmiotem leczniczym realizującym Program.

#### 5.1.3. Bieżąca ocena efektywności programu

W celu bieżącej oceny efektywności Programu każdy podmiot leczniczy realizujący Program zobowiązany będzie do przeprowadzenia wywiadu telefonicznego z opiekunem beneficjenta Programu w okresie do 3 mies. od zakończenia sezonu grypowego. W ramach wywiadu zbierane będą informacje na temat: wystąpienia grypy lub infekcji grypopodobnej, hospitalizacji z powodu grypy i powikłań pogrypowych oraz wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) w okresie od momentu zaszczepienia do zakończenia sezonu grypowego, tj. do 31 marca każdego roku.

## 5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu każdego sezonu grypowego, a także finalnie po zakończeniu realizacji Programu. Opiera się ona na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu i stanu po jego zakończeniu.

Po ocenie wyników programu w pierwszym sezonie zostanie zweryfikowana kwestia budżetu na następne sezony.

Program będzie wymagał modyfikacji również ze względu na to, że pewien odsetek dzieci w drugim i kolejnych sezonach grypowych będzie poddawana szczepieniu kolejny raz, a to wymaga podania jedynie jednej dawki szczepionki.

### 5.2.1. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu prowadzona będzie w oparciu o wskaźniki:

- liczbę dzieci zaszczepionych w stosunku do wszystkich dzieci włączonych do programu (zaszczepionych + osoby z przeciwwskazaniami + osoby nie udzielające zgody na szczepienie);
- liczbę dzieci z rozpoznaną klinicznie i/lub laboratoryjnie grypą lub chorobą grypopodobną w stosunku do całej populacji zaszczepionej w ramach Programu;
- liczbę dzieci z rozpoznaną klinicznie i/lub laboratoryjnie grypą lub chorobą grypopodobną w stosunku do analogicznej populacji dzieci nie zaszczepionych zamieszkałych na terenie JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA;
- liczbę wizyt ambulatoryjnych z powodu grypy lub choroby grypopodobnej dzieci zaszczepionych w ramach programu w stosunku do analogicznej populacji dzieci nie zaszczepionej zamieszkałej na terenie JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA;;
- liczbę hospitalizacji z powodu grypy lub choroby grypopodobnej dzieci zaszczepionych w ramach programu w stosunku do analogicznej populacji dzieci nie zaszczepionej zamieszkałej na terenie JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA;;
- liczbę NOP w populacji zaszczepionej;
- ocenę subiektywnej oceny poprawy wiedzy pacjentów poprzez ankietę osób włączonych do programu;
- ocenę wiedzy o zapobieganiu grypy w życiu codziennej pacjentów przed programem i po edukacji pacjentów za pomocą ankiety.

### **5.2.2. Ocena trwałości efektów programu**

Program powinien być realizowany co sezon i poszerzany o większy odsetek osób zaszczepionych w danej grupie ryzyka lub o nowe populacje ryzyka. W celu wprowadzenia trwałości Programu konieczne jest stałe informowanie wszystkich mieszkańców samorządu o szczepieniach przeciwgrypowych poprzez lokalne media i personel medyczny.

## 6. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 6.1. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy wykonania szczepienia przeciwko grypie dla jednej osoby obejmuje:

- koszt zakupu szczepionki przez podmiot leczniczy realizujący Program oraz wykonania szczepienia (w tym sprzętu i materiałów jednorazowego użytku),
- prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach Programu oraz sporządzanie sprawozdań z jego realizacji,
- edukację na temat zachorowań na grypę oraz szczepień profilaktycznych przeciwko grypie,
- koszty kampanii medialno-społecznej.

Nie rezygnuj! Tylko w ten sposób dotrzesz do grupy docelowej. Rozważ nowoczesne nośniki – media społecznościowe, reklamę.

Koszt kwalifikacji do szczepienia w ramach wizyty lekarskiej oraz wydanie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonania szczepienia powinny być finansowane ze środków NFZ, a nie przez samorząd.

Uwzględnij specyfikę twojego samorządu, zbadaj ceny właściwe dla twojego otoczenia (skorzystaj z opcji zapytań ofertowych, zasobów Internetu)

Biorąc pod uwagę rekomendowane dawkowanie u dzieci wcześniej nieszczepionych konieczne będzie podanie dwóch dawek w odstępie 4 tygodniowym. Koszt jednostkowy uczestnictwa w programie został oszacowany na ok. 110 zł/osobę w pierwszym sezonie programu i ok. 85 zł/osobę u kolejnych sezonach. Ze względu na nikłą ilość zaszczepionych dotychczas dzieci w wieku 6-60 miesięcy, dla szacowania kosztów założono, że w pierwszym sezonie wszystkie dzieci otrzymają dwie dawki szczepionki. Szczegółowe zestawienie kosztów realizacji Programu przedstawiono poniżej.

Tabela 5.\*\*\*  
Koszty realizacji Programu

Pozycja budżetowa	Koszt roczny (w 1. sezonie)*	Ilość w 1. sezonie	Koszt na osobę (w 1. sezonie) *	Źródło (objaśnienie)
Koszt szczepienia (zakup szczepionki, szczepienie, obsługa administracyjna, wywiad telefoniczny)	856 030,00 zł	8735**	98,00 zł	Koszt szczepienia+ obsługi x populacja docelowa
Koszt działań promocyjno-edukacyjnych dla personelu/ przedstawicieli podmiotu leczniczego realizującego program	6 500,00 zł	1	0,75 zł	Kwota wskazana przez Samorząd

Pozycja budżetowa	Koszt roczny (w 1. sezonie)*	Ilość w 1. sezonie	Koszt na osobę (w 1. sezonie) *	Źródło (objaśnienie)
Koszt działań promocyjno-edukacyjnych dla adresatów programu	56 500,00 zł	1**	6,47 zł	Kwota wskazana przez Samorząd
<b>SUMA</b>	<b>919 030,00 zł</b>	<b>-</b>	<b>105,22 zł</b>	

\* Koszty w pierwszym sezonie są najwyższe ze względu na konieczność podania wszystkim dzieciom dwóch dawek szczepionki.

\*\* W kolejnych sezonach zakłada się wzrost ilości zaszczepionych dzieci kolejno do 9% i 10% populacji dzieci w wieku 6-60 miesięcy zamieszkałych na terenie JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA

\*\*\* - podano przykład tabeli kosztowej dla populacji 8735 osób z przykładowym budżetem na promocję i edukację

## 6.2. Koszty całkowite

### Kalkulacja dla programów rozpisanych na kilka sezonów

W celu wyliczenia planowanego całkowitego kosztu realizacji programu przyjęto, że w pierwszym sezonie programem zostanie objęta populacja ok. 8 735 dzieci w wieku 6-60 miesięcy, w drugim sezonie zostanie ona zwiększona do ok. 9 828 dzieci, a w trzecim sezonie do ok. 10 920 dzieci. Przy określonych kosztach jednostkowych Programu i założeniu, że 50% dzieci zaszczepionych w kolejnych sezonach stanowić będą dzieci zaszczepione w sezonie poprzednim, koszty całkowite realizacji programu będą wynosić:

- w sezonie 2019/2020 – 919 030 zł
- całościowy koszt Programu w sezonach 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022 – 2 598 504 zł.

Tabela 6.  
Całkowite koszty realizacji Programu

Pozycja budżetowa	Koszt na osobę /sezon*	Koszt całkowity/sezon*	Całkowity koszt programu (3 sezony)**
Koszt szczepienia (zakup szczepionki, szczepienie, obsługa administracyjna, wywiad telefoniczny)	98,00 zł	856 030,00 zł	2 422 504,00 zł
Koszt działań promocyjno-edukacyjnych dla personelu/ przedstawicieli podmiotów leczniczych realizujących Program	0,75 zł	6 500,00 zł	6 500,00 zł
Koszt działań promocyjno-edukacyjnych dla adresatów Programu	6,47 zł	56 500,00 zł	169 500,00 zł
<b>SUMA</b>	<b>105,22 zł</b>	<b>919 030,00 zł</b>	<b>2 598 504,00 zł</b>

\* Koszt dla pierwszego sezonu.

\*\* Koszty w sezonie drugim i trzecim są nieco niższe niż w sezonie pierwszym - konferencja dla przedstawicieli podmiotów leczniczych realizujących Program organizowana będzie jednorazowo (wraz z rozpoczęciem Programu).

## 6.3. Źródła finansowania

Program polityki zdrowotnej finansowany będzie w całości ze środków budżetowych **JEDNOSTKA SAMORZĄDOWA**.

## 7. Bibliografia

1. Scholtissek C. (1996) Molecular evolution of influenza viruses. *Virus Genes* 11:209–215.
2. Tong S, Zhu X, Li Y, Shi M, Zhang J, Bourgeois M, Yang H, Chen X, Recuenco S, Gomez J, Chen L-M, Johnson A, Tao Y, Dreyfus C, Yu W, i in. (2013) New World Bats Harbor Diverse Influenza A Viruses. *PLoS Pathog.* 9(10):e1003657.
3. Li Q, Sun X, Li Z, Liu Y, Vavricka CJ, Qi J, Gao GF. (2012) Structural and functional characterization of neuraminidase-like molecule N10 derived from bat influenza A virus. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 109(46):18897–18902.
4. WHO Influenza Factsheet 211: Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics. Światowa Organizacja Zdrowia, 2012.
5. Canadian Immunization Guide Chapter on Influenza and Statement on Seasonal Influenza Vaccine for 2016–2017. Dostęp: <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/flu-2016-grippe-eng.php>.
6. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Charakterystyka wirusa grypy, maj 2013. Dostęp: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-virus-characterisation-may-2013.pdf>.
7. Kuchar E, Mrukowicz J, Gładysz A, Sawiec P. Grypa. Choroby zakaźne. D. Wybrane choroby wirusowe *Interna Szczeklika* Kraków 2016.
8. Harrison Choroby zakaźne T.II - red. polska 2012.
9. WHO. Dostęp: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/flu/en/>.
10. Grohskopf LA, Sokolow LZ, Broder KR, Walter EB, Fry AM, Jernigan DB. (2018) ACIP. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices—United States, 2018–19 Influenza Season. *MMWR Recomm. Rep.* 67(03):1–20.
11. Makowiec-Dyrda M, Tomasik T, Windak A, Kochan P, Drzewiecki A, Garlicki A. (2016) Profilaktyka i leczenie grypy. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce. Dostęp: <http://www.klrwp.pl/strona/226/profilaktyka-i-leczenie-grypy-2016/pl>.
12. Cieślak K, Szymański K, Kowalczyk D, Brydak LB. Influenza and Influenza-like Viruses in Children in the Epidemic Season 2015/2016 in Poland [w:] Pokorski M (red.). *Influenza Respir. Care* Tom 968. Cham 2017.
13. Brydak LB. (2019) Grypa – profilaktyka i leczenie u dzieci i młodzieży. *Stand. Med.* 16:162–171.
14. Shang M, Blanton L, Brammer L, Olsen SJ, Fry AM. (2018) Influenza-Associated Pediatric Deaths in the United States, 2010–2016. *Pediatrics* 141(4):e20172918.
15. WHO. Data and statistic. Dostęp: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/data-and-statistics>.
16. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa. Grypa w Sezonie epidemicznym 2018/2019 w Polsce i Europie. Dostęp: <https://rcb.gov.pl/grypa-w-sezonie-epidemicznym-2018-2019-w-polsce-i-europie/>.
17. ECDC Factsheet about seasonal influenza. Dostęp: <https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts/factsheet>.
18. WSSE w Warszawie, Dane z dnia 15.04.2019. Dostęp: <http://wsse.waw.pl/aktualnosci-i-komunikaty/aktualnosci/podsumowanie-sezonu-epidemicznego-grypy-2018-2019-w-województwie-mazowieckim>.
19. PZH Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Meldunki o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę. Dostęp: <http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/index.htm>.
20. (2012) Zapobieganie zachorowaniom na grypę za pomocą szczepień. Aktualne (2012) zalecenia ACIP.
21. Grypa. Dostęp: <https://www.mp.pl/pacjent/grypa/grypasezonowa/79643,grypa>.
22. Podsumowanie sezonu epidemicznego grypy 2018/2019 w województwie mazowieckim. Dostęp: <http://wsse.waw.pl/aktualnosci-i-komunikaty/aktualnosci/podsumowanie-sezonu-epidemicznego-grypy-2018-2019-w-województwie-mazowieckim>.
23. Zbadano przyczyny niechęci Polaków do szczepień przeciw grypie. Dostęp: <https://www.medexpress.pl/zbadano-przyczyny-niecheci-polakow-do-szczepien-przeciw-grypie/71702>.
24. Antczak A. Rekomendacje ekspertów Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy dotyczące profilaktyki grypy w sezonie epidemicznym 2017/2018. Dostęp: [https://www.ump.edu.pl/media/uid/60a792\\_-6b0-\\_4\\_be\\_f6/b3fa50.pdf](https://www.ump.edu.pl/media/uid/60a792_-6b0-_4_be_f6/b3fa50.pdf).
25. (142)n.e. Wytyczne AAP.2018. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2018–2019.
26. Wytyczne AAP. 2019. Dostęp: <https://www.aappublications.org/news/2019/03/14/flu vaccine031419>.



27. Harper SA, Bradley JS, Englund JA, File TM, Gravenstein S, Hayden FG, McGeer AJ, Neuzil KM, Pavia AT, Tapper ML, Uyeki TM, Zimmerman RK. (2009) Seasonal Influenza in Adults and Children—Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management: Clinical Practice Guidelines of the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 48(8):1003–1032.
28. Abraham MK, Perkins J, Vilke GM, Coyne CJ. (2016) Wytyczne AAEM. Influenza in the Emergency Department: Vaccination, Diagnosis, and Treatment: Clinical Practice Paper Approved by American Academy of Emergency Medicine Clinical Guidelines Committee. *J. Emerg. Med.* 50(3):536–542.
29. (2018) ACOG Committee Opinion No. 732: Influenza Vaccination During Pregnancy. *Obstet Gynecol* 131(4):e109–e114.
30. Wytyczne JCVI. Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Advice on influenza vaccines for 2019/20. Dostęp: <https://app.box.com/s/t5ockz9bb6xw6t2mrrzb144njplimfo0/file/334815965677>.
31. National Advisory Committee on Immunization (NACI), Zhao L, Young K, Gemmill I. (2019) Wytyczne NACI. Summary of the NACI Seasonal Influenza Vaccine Statement for 2019–2020. *Can. Commun. Dis. Rep.* 45(6):149–155.
32. PZH. Którą szczepionkę przeciw grypie można podać małym dzieciom? Dostęp: <http://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/ktora-szczepionke-przeciw-grypie-mozna-podac-malym-dzieciom/>.
33. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2019.
34. PZH. Grypa. Dostęp: <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/10/#kiedy-najlepiej-zaszczepic-sie-przeciw-grypie>.
35. Uhart M, Bricout H, Clay E, Largeron N. (2016) Public health and economic impact of seasonal influenza vaccination with quadrivalent influenza vaccines compared to trivalent influenza vaccines in Europe. *Hum. Vaccines Immunother.* 12(9):2259–2268.
36. Wspólny Komitet ds. Szczepień i Immunizacji (Joint Committee on Vaccination and Immunisation, JCVI). Dostęp: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/456568/2904394\\_Green\\_Book\\_Chapter\\_19\\_v10\\_0.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/456568/2904394_Green_Book_Chapter_19_v10_0.pdf).
37. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2019 r.
38. ECDC SIIP Team. Priority risk groups for Influenza vaccination. Dostęp: [https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0808\\_GUI\\_Priority\\_Risk\\_Groups\\_for\\_Influenza\\_Vaccination.pdf](https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0808_GUI_Priority_Risk_Groups_for_Influenza_Vaccination.pdf).
39. Nartodowy Program Zwalczenia Grypy. Dostęp: <http://www.wp.npzg.pl/>.
40. Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy. Dostęp: <http://www.mp.pl/opzg/>.
41. Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy - Raport Czerwiec 2013. Dostęp: [http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Raport\\_II\\_Ogolnopolski\\_Program\\_Zwalczenia\\_Grypy.pdf](http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Raport_II_Ogolnopolski_Program_Zwalczenia_Grypy.pdf).
42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.
43. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.
44. Dostęp: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/796886/Green\\_Book\\_Chapter\\_19\\_Influenza\\_April\\_2019.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/796886/Green_Book_Chapter_19_Influenza_April_2019.pdf).
45. Jefferson T, Rivetti A, Pietrantonj C. (2018) Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev* 2(CD004879):.
46. Norhayati MN, Ho JJ, Azman MY. (2017) Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children. *Cochrane Database Syst. Rev.*
47. Restivo V, Costantino C, Bono S, Maniglia M, Marchese V, Ventura G, Casuccio A, Tramuto F, Vitale F. (2018) Influenza vaccine effectiveness among high-risk groups: A systematic literature review and meta-analysis of case-control and cohort studies. *Hum. Vaccines Immunother.* 14(3):724–735.
48. Buchan SA, Chung H, Campitelli MA, Crowcroft NS, Gubbay JB, Karnauchow T, Katz K, McGeer AJ, McNally JD, Richardson D, Richardson SE, Rosella LC, Simor A, Smieja M, Tran D, i in. (2017) Vaccine effectiveness against laboratory-confirmed influenza hospitalizations among young children during the 2010-11 to 2013-14 influenza seasons in Ontario, Canada. *PLOS ONE* 12(11):e0187834.