



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 258/2017 z dnia 11 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie
osób od 60 roku życia zamieszkałych w gminie Świętochłowice”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych w gminie Świętochłowice” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program może stanowić uzupełnienie obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie zapobiegania zachorowaniom na gripę. W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę rozważyć uwzględnienie poniższych uwag.

Zaproponowane w projekcie cele programowe warto doprecyzować. Oczekiwane efekty działań realizowanych w ramach projektu korespondują z założeniami programowymi. Jednakże warto uzupełnić mierniki efektywności, aby zapewnić prawidłową ocenę skutków programu.

Populacja docelowa oraz interwencje przewidziane w ramach programu są zgodne z wytycznymi. Niemniej jednak warto uszczegółowić opis dotyczący edukacji zdrowotnej pod kątem wskazania osób odpowiedzialnych za realizację działań edukacyjnych oraz określić ich kompetencje i zadania.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają doprecyzowania, w szczególności w zakresie oceny efektywności programu.

Budżet należy doprecyzować w odniesieniu do kosztów zaszczepienia zaplanowanej populacji. Warto także odnieść się do kosztów przewidzianych działań edukacyjnych. Ponadto kosztorys programu może wymagać weryfikacji po uzyskaniu decyzji o wysokości/braku dofinansowania z NFZ.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej, dotyczący zapobiegania grypie. Budżet zaplanowany na realizację programu oszacowano na 53 000 zł. Okres realizacji obejmuje miesiące od lipca do grudnia 2018 r.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej



Znaczenie problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126): „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom”. W projekcie programu opisano problem zdrowotny. Odniesiono się także do sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zachorowalności z powodu grypy w skali globalnej, krajowej i regionalnej.

Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia na świecie co roku choruje na grypę od 0,33 mld do 1,76 mld, a umiera nawet ok. 0,5 mln osób. W Polsce w 2015 r. zgłoszono największą zapadalność na grypę i choroby grypopodobne (ok. 9,99 tys./100 tys. osób).

Według informacji zawartych w raporcie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w 2016 r. w woj. śląskim odnotowano 287 108 zachorowań na grypę, co stanowiło wzrost o ok. 964 przypadki w stosunku do roku 2015. Wskaźnik zapadalności wyniósł ok. 6,3 tys. przypadków na 100 tys. mieszkańców. Blisko 3-krotnie wzrosła również liczba skierowań do szpitala z powodu grypy w woj. śląskim w stosunku do roku 2015.

Ogólny poziom wyszczepialności przeciwko grypie sezonowej w Polsce jest niski i wynosi ok. 3,4%. Wyszczepialność populacji powyżej 65 r.ż. jest znacznie większa niż wyszczepialność ogólna i wynosi ok. 13,2% rocznie. Wciąż jednak odbiega od zaleceń unijnych, które wskazują, że aby zwiększyć szansę nabycia odporności populacyjnej należy objąć szczepieniami co najmniej 75% populacji.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest zmniejszenie zachorowalności na grypę o 20% oraz redukcja powikłań pogrypowych o 30%, wśród mieszkańców gminy Świętochłowice. Należy jednak zaznaczyć, że dobrze zaplanowany i przygotowany program polityki zdrowotnej dotyczący szczepień ochronnych przeciw grypie powinien przyczyniać się do zwiększenia odporności populacyjnej na działanie wirusa grypy, jak również do zmniejszenia zapadalności na daną jednostkę chorobową w perspektywie długoterminowej oraz do redukcji powikłań pogrypowych. Dodatkowo wskazano 3 cele szczegółowe. Zarówno w przypadku założenia głównego, jak i celów szczegółowych warto uzasadnić wybór wartości procentowych oczekiwanych zmian. Ponadto należy pamiętać, aby definiować cele programowe zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Opiniowany projekt zawiera odniesienie do oczekiwanych efektów programu. Warto zaznaczyć, że oczekiwane efekty powinny opisywać stan, jaki spodziewa się osiągnąć w ramach działań realizowanych w programie.

Mierniki efektywności określone w projekcie korespondują z założeniami programowymi. Zgodnie z definicją są to wskaźnikami, które powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Jednak wskaźniki dotyczące liczby osób, które zgłosiły chęć przystąpienia do programu oraz liczby działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki programu wydają się być bardziej adekwatne do monitorowania działań w programie niż samej ewaluacji. Ponadto warto dopracować miernik dotyczący edukacji pod kątem poprawności stylistycznej. Dodatkowo zasadnym wydaje się rozszerzenie zakresu mierników efektywności. Oprócz wymienionych w projekcie mierników warto uwzględnić np. pomiar poziomu wiedzy populacji docelowej sprzed udziału w programie i po jego realizacji, a także wskaźniki zapadalności na grypę przed programem i po jego zakończeniu. Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią osoby w wieku powyżej 60 r.ż. zameldowane w Świętochłowicach. W projekcie oszacowano liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie na ok. 11 818 osób. Dane demograficzne przedstawione w projekcie różnią się od danych GUS z 2016 r., zgodnie z którymi gminę miejską Świętochłowice zamieszkiwało 12 941 osób w wieku adresatów programu.

Liczbę potencjalnych uczestników programu w 2017 r. określono na ok. 2400 osób, tj. ok. 20% wszystkich mieszkańców powyżej 60 r.ż. Warto określić, na jakiej podstawie przyjęto przewidywaną 20% frekwencję uczestnictwa w programie.

Należy pamiętać, że w przypadku programów dotyczących szczepień, warunkiem uzyskania efektu populacyjnego jest wykonanie szczepień u jak największej liczby osób (min. 75% populacji docelowej). Do takiego poziomu wyszczepialności należy dążyć w grupach ryzyka, w tym w populacjach osób starszych. Wydaje się zatem, że zaplanowany w projekcie odsetek osób, które mają zostać zaszczepione, nie przełoży się w istotny sposób na uzyskanie trwałego efektu zdrowotnego. Warto także wziąć pod uwagę, aby w pierwszej kolejności objąć szczepieniami osoby jak najbardziej potrzebujące (w tym niepełnosprawne, przewlekle chore, przebywające w placówkach opiekuńczo-leczniczych), o niskim statusie ekonomicznym.

Zaproponowana populacja w odniesieniu do wieku pokrywa się z zaleceniami Kolegium Lekarzy Rodzinnych z 2016 r., które wskazują, że szczepieniami powinny zostać objęte osoby w wieku od 50 lat. Należy zaznaczyć, że część rekomendacji wskazuje na zasadność przeprowadzania szczepień przeciwko grypie dopiero po 65 r.ż. (m. in. Światowa Organizacja Zdrowia, ang. World Health Organization - WHO 2012).

Warto także podkreślić, iż konsensus ekspercki Raising Awareness of Influenza Strategies in Europe (RAISE 2016) wskazuje, że realizatorzy programów szczepień powinni współpracować z zarządem domów opieki i innymi świadczeniodawcami usług długotrwałego pobytu w placówkach opiekuńczo-leczniczych, aby zapewnić oferowanie szczepień mieszkańcom oraz personelowi tych placówek.

Interwencja

W ramach programu planuje się wykonanie szczepień przeciwko wirusowi grypy. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2016) wskazują także, że wykonywanie szczepień przeciwko grypie powinno odbywać się przez cały sezon jej występowania, najlepiej jednak przeprowadzić szczepienia na początku sezonu epidemiologicznego, tj. w okresie od września do połowy listopada, co zostało uwzględnione w projekcie. Wyboru szczepionki dokonywać będzie realizator programu. Szczepienia zaplanowane w ramach programu, zostaną poprzedzone kwalifikacją lekarską, co pozostaje w zgodzie z wytycznymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych (KLR 2016).

Projekt programu zakłada także przeprowadzenie działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki grypy. Zasadnym wydaje się wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację tych działań oraz określenie ich kompetencji i zakresu przewidzianych do wykonania zadań. Należy zaznaczyć, że zarówno eksperci kliniczni, jak i rekomendacje podkreślają istotną rolę edukacji w programach polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki grypy. Edukacja zdrowotna stanowi obecnie istotny element polityki zdrowia publicznego i jedno z zadań samorządów lokalnych możliwych do realizacji przy niewielkim nakładzie finansowym.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację programu. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników dotyczących liczby mieszkańców, którzy zgłosili się do programu oraz liczby mieszkańców, którzy zrezygnowali z udziału w programie. Należy także uwzględnić regularne monitorowanie zgłaszalności do programu np. w formie comiesięcznych raportów.

W ramach oceny jakości świadczeń udzielanych w programie przewidziano możliwość zgłaszania przez uczestników pisemnych uwag dotyczących realizacji programu. Zaplanowano także przeprowadzenie wśród uczestników programu ankiety satysfakcji ze świadczonych usług. Jednak do projektu nie załączono wzoru ww. ankiety, co warto uzupełnić.

Opis ewaluacji w projekcie został przedstawiony w sposób zdawkowy. Ocena efektywności programu ma zostać oparta o wskaźniki obejmujące: zmniejszenie ilości zachorowań na grypę wśród mieszkańców gminy Świętochłowice; zmniejszenie ilości przypadków powikłań pogrypowych, liczby wystąpień odczynów poszczepiennych; analizę bezpośrednich kosztów medycznych, jak i kosztów pośrednich związanych z absencją w pracy i ograniczoną wydajnością; liczbę hospitalizacji z powodu grypy i przypadków grypopochodnych. Należy zaznaczyć, że niektóre elementy uwzględnione w ewaluacji tj. zmniejszenie ilości zachorowań na grypę wśród mieszkańców gminy Świętochłowice oraz zmniejszenie ilości przypadków powikłań pogrypowych, liczby wystąpień odczynów poszczepiennych nie stanowią mierników efektywności. Ponadto analiza kosztów pośrednich związanych z absencją w pracy i ograniczoną wydajnością w przypadku osób w wieku starszym, szczególnie w okresie emerytalnym nie wydaje się być istotnym wskaźnikiem efektywności danego programu. Warto podkreślić, ewaluacja programu powinna rozpocząć się po zakończeniu realizacji programu i opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu. Zasadnym wydaje się określenie, które efekty zdrowotne będą wygasać wraz z czasem i do nich dostosować sposób przygotowywania raportów końcowych. W przypadku programów szczepień przeciwko grypie ewaluacja powinna także uwzględniać określenie wpływu działań edukacyjnych na zgłaszalność na szczepienia poza programem czy kształtowanie zachowań zdrowotnych w populacji. Istotne są także wskaźniki związane z poszczepiennymi działaniami niepożądanymi.

Warto także pamiętać o utrzymaniu trwałości uzyskanych efektów zdrowotnych, co w programach szczepionkowych możliwe jest np. poprzez cykliczne prowadzenie szczepień w danej populacji, co nie zostało uwzględnione w opiniowanym projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono skrócony harmonogram działań organizacyjnych uwzględnionych w programie. Wybór realizatora programu nastąpi w drodze otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu.

W ramach zapraszania do udziału w programie przewidziano przeprowadzenie akcji informacyjnej za pośrednictwem lokalnych mediów i dostępnych środków przekazu. Należy pamiętać, że prawidłowo przeprowadzona kampania informacyjna nt. działań podejmowanych w programie powinna pozwolić na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu, a także może być jednym z wyznaczników równego dostępu do oferowanych świadczeń zdrowotnych.

O zakwalifikowaniu do udziału w programie, oprócz spełnionych kryteriów wiekowych i miejsca zameldowania, decydować będzie również kolejność zgłoszeń, co może stanowić swego rodzaju ograniczenie programu. Przewidziano także uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na udział w programie, jednak wzór dokumentu nie został dołączony do projektu, co warto uzupełnić.

W projekcie określono sposób zakończenia udziału w programie i wskazano, że rezygnacja z uczestnictwa w programie będzie możliwa na każdym etapie jego trwania.

Warto także dodać, że eksperci (RAISE 2016) sugerują, że realizator/organizator programu szczepień powinien umożliwić szczepienia pacjentom, którzy nie mogą samodzielnie wychodzić z domu. W Polsce przepisy prawa ograniczają przeprowadzanie szczepień poza punktem szczepień. Zatem być może warto rozważyć umożliwienie transportu ww. pacjentom do poszczególnych punktów szczepień w ramach programu.

Całkowity koszt programu oszacowano na kwotę 53 000 zł, w tym koszt zaszczepienia populacji – 49 000 zł, koszt akcji informacyjnej – 2 500 zł, koszty monitorowania i ewaluacji – 500 zł oraz koszty administracyjne – 1 000 zł). Koszt zaszczepienia jedną dawką szczepionki określono na ok. 20 zł. Obejmuje on koszt zakupu szczepionki, koszt badania kwalifikującego oraz koszt prowadzenia dokumentacji medycznej. Wątpliwości budzi koszt zaszczepienia populacji. Kwota ta powinna wynosić 48 000 zł, gdyż stanowi iloczyn liczby osób, które zamierza się objąć szczepieniami (2 400 osób) i kosztu zaszczepienia jedną dawką szczepionki (20 zł). Tymczasem w projekcie koszt

zaszczepienia zaplanowanej liczby uczestników określono na kwotę o 1 000 zł większą. Zaistniałą rozbieżność należy wyjaśnić. Warto także uwzględnić w budżecie koszty działań edukacyjnych. Program ma być finansowany z budżetu gminy. Jednak założono także możliwość dofinansowania programu ze środków NFZ, co pozostaje w zgodzie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mając na uwadze obowiązujące przepisy maksymalna wysokość dofinansowania nie może przekroczyć 40% środków przewidzianych na realizację programu. Budżet powinien zostać zaktualizowany po otrzymaniu decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia o przyznaniu dofinansowania bądź jego braku.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Grypa to ostra choroba wirusowa charakteryzująca się dużą zakaźnością. Zakażenie następuje drogą kropelkową. Okres inkubacji trwa ok. 3-7 dni. Objawy chorobowe występują nagle i do najczęstszych należą: gorączka, bóle mięśniowo-stawowe, bóle głowy, dreszcze, objawy ze strony układu oddechowego, zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

W grypie niebezpieczne są jej powikłania, do których należą m. in.: zapalenie oskrzeli i płuc zapalenie ucha środkowego oraz zapalenia mięśnia sercowego.

Do metod diagnostycznych grypy należy głównie rozpoznanie na podstawie objawów. W okresie zmniejszonego ryzyka wystąpienia zachorowania można postawić rozpoznanie na podstawie badań laboratoryjnych.

Alternatywne świadczenia

W odniesieniu do omawianej interwencji świadczeniem alternatywnym jest brak szczepień. Szczepienia przeciw grypie znajdują się w grupie szczepień zalecanych, ale niefinansowanych ze środków publicznych.

Ocena technologii medycznej

Szczepienie p/grypie ma znaczenie w zapobieganiu występowania grypy sezonowej. Zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia szczepieniom powinny być poddawane osoby z grup ryzyka, do których zaliczają się:

- osoby w wieku podeszłym,
- osoby powyżej 6 m. ż. (w tym osoby dorosłe) u których stwierdza się: choroby przewlekłe, choroby metaboliczne w tym cukrzycę i niewydolność nerek, choroby układu sercowo-naczyniowego, moczowego, oddechowego, lub z obniżoną odpornością, w tym osoby chorujące na AIDS i po przeszczepie organu.

W przypadku osób starszych w polskim Programie Szczepień Ochronnych szczepienia zaleca się osobom powyżej 55 roku życia (ze wskazań epidemiologicznych), a Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce zaleca objęcie szczepieniami osób w wieku 50-64 r. ż. ze wskazań medycznych i społecznych oraz powyżej 65 r. ż. ze wskazań medycznych.

W polskim Programie Szczepień Ochronnych również uwzględniono inne niż wiek czynniki ryzyka. Ze względów medycznych szczepienia powinny być wykonywane u osób chorych na astmę, cukrzycę, niewydolność układu krążenia, układu oddechowego i niewydolność nerek.

W opinii ekspertów szczepienia ochronne na grypę powinny być realizowane w grupach wiekowych od 6 m. ż. do 18 r. ż. (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku wczesnoszkolnym), ale i wśród kobiet w ciąży, osób starszych, pacjentów z grup podwyższonego ryzyka oraz w miarę możliwości finansowych poszerzane o pracowników służb publicznych (ze szczególnym uwzględnieniem pracowników służby zdrowia).

Zgodnie z zaleceniami WHO szczepienia ochronne powinny być oferowane co sezon epidemiczny wszystkim osobom zainteresowanym.

Wśród zdrowych dorosłych szczepienia mogą zapobiegać zachorowaniom w 70–90% przypadków. Wśród starszych osób szczepienia zapobiegają poważnym zachorowaniom i powikłaniom w ok. 60% przypadków, a zgonom – do 80%. Szczególnie ważne jest szczepienie osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia poważnych powikłań oraz ich opiekunów.

W zapobieganiu zakażeniom grypy duże znaczenie mają działania profilaktyczne, w tym edukacyjne. Odpowiednio prowadzona edukacja może kształtować prawidłowe postawy i zachowania, które przyczynią się do ograniczenia częstości zachorowań. Dotyczy to przede wszystkim zachowania zasad higieny (częstego mycia i dezynfekcji rąk), unikania miejsc publicznych oraz kontaktu z osobami chorymi.

Jak wskazują badania (m.in. *The Cost-Effectiveness of Influenza Vaccination for People Aged 50 to 64 Years 2007, Influenza vaccination: health impact and cost effectiveness among adults aged 50 to 64 and 65 and older, 2006*) działania profilaktyczne przeciwko grypie charakteryzują się dużą efektywnością i relatywnie niskimi kosztami. Według niektórych doniesień bardziej opłacalne kosztowo mogą być działania profilaktyczne niż samo leczenie choroby i jej powikłań.

Należy również podkreślić, że zgodnie z wynikami badania *Lu PJ 2015* nie wszystkie osoby kwalifikujące się do szczepień przyjmą szczepionkę. Z badania wynika, że wyższe prawdopodobieństwo poddaniu się szczepieniom mają m.in. osoby starsze, kobiety, osoby pozostające pod stałą opieką lekarską oraz osoby posiadające ubezpieczenie zdrowotne. Niższe prawdopodobieństwo poddania się szczepieniom przeciwko grypie występuje wśród osób samotnych (rozwidzionych, wdowców, pozostających w separacji oraz nigdy nie żonatych/zamężnych) oraz bezrobotnych.

W polskim badaniu (*Health economic impact of viral respiratory infections and pneumonia diseases on the elderly population in Poland, Karina Jahnz-Rózyk; Pol. Merk. Lek., 2010*) wykazano, że w 2009 roku średni koszt przeciętnej infekcji leczonej ambulatoryjnie wyniósł 101 zł, a w przypadku leczonego ambulatoryjnie zapalenia płuc wzrósł do 186 zł. Infekcja powikłana, zakończona hospitalizacją, kosztowała powyżej 7 000 zł. Koszty pośrednie grypy są niedocenianym problemem, mającym jednocześnie niezwykle istotne znaczenie społeczne. Wiążą się one bowiem z utratą produktywności wynikającej z zachorowań lub umieralności. Pomiary kosztów pośrednich są najczęściej wykonywane z perspektywy kapitału ludzkiego (*human capital approach*) lub metodą kosztów frykcyjnych (*friction cost method*). Ocena kosztów pośrednich obejmuje też absencję chorobową (*absenteeism*), zmniejszoną produktywność w pracy (*presenteeism*), niepełnosprawność związaną z trwającym procesem chorobowym lub trwałymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Według danych ZUS w 2010 roku na 205 478 500 dni absencji chorobowej, choroby układu oddechowego stanowiły 27 207 300 dni (13%). Wydatki ZUS z powodu absencji chorobowej wyniosły 11 140 243 000 zł, w tym z powodu chorób układu oddechowego 1 527 516 000 zł (14%).

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.243.2017 „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych w gminie Świętochłowie” realizowany przez: miasto Świętochłowie, Warszawa, wrzesień 2017, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktycznych szczepień przeciwko grypie w wybranych grupach ryzyka – wspólne podstawy oceny”, z listopada 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 299/2017 z dnia 11 września 2017 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych w gminie Świętochłowie”.