



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 138/2013 z dnia 27 maja 2013 r.**  
**o projekcie programu „Szczepienia ochronne”**  
**powiatu Olkuskiego**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Szczepienia ochronne” powiatu olkuskiego.

**Uzasadnienie**

Program tylko częściowo- w odniesieniu do szczepień przeciwko HPV- został opracowany prawidłowo. W części dotyczącej szczepień osób starszych nie zawarto natomiast wielu istotnych informacji (nie zdefiniowano m in. przedziału wiekowego pacjentów, metod monitoringu i ewaluacji, oczekiwanych efektów planowanych interwencji, nie przedstawiono oszacowania budżetu na realizację programu).

**Przedmiot wniosku**

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego powiatu olkuskiego „Szczepienia ochronne” z zakresu szczepień profilaktycznych przeciwko zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, human papilloma virus), grypie, pneumokokom, błonicy, tężcowi, krztuścowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B). W części dotyczącej HPV projekt programu obejmuje młodzież gimnazjalną (13-letnie dziewczynki, ok. 504) oraz ich rodziców. Druga część projektu adresowana jest do osób starszych (szczepienia przeciw grypie, pneumokokom, błonicy, tężcowi, krztuścowi, WZW B). Planowane interwencje mają polegać na prowadzeniu szczepień. Nie określono czasu realizacji programu. Projekt programu uwzględnia koszty jednostkowe i całkowite szczepienia przeciwko HPV, nie określono w nim jednak kosztów szczepień osób starszych przeciwko grypie, pneumokokom, błonicy-tężcowi-krztuścowi i WZW B.

Nie jest także jasne, czy samorządy gminne zostały powiadomione o planowanym projekcie i czy będą gotowe na pokrycie kosztów szczepień, w wysokości 302 400 zł.

**Problem zdrowotny**

Projekt programu odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego jakim są choroby zakaźne. Szczepienia ochronne stanowią skuteczną metodę profilaktyki.

Uważa się, że w etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie HPV. Transmisja zakażenia odbywa się głównie drogą płciową. Najczęściej zakażenie HPV przebiega bezobjawowo i dochodzi do samowyleczenia. U kobiet do 25 roku życia większość infekcji ulega regresji w ciągu 12–18 miesięcy. Utrzymywanie się zakażenia powyżej 24 miesięcy jest związane z zakażeniem wirusami wysokoonkogennymi. Przewlekłe zakażenie wysokoonkogennymi typami HPV jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju raka szyjki macicy.



Grypa jest ostrą chorobą zakaźną wywoływaną przez wirusy grypy typu A, B lub C z rodziny Orthomyxoviridae, charakteryzującą się dużą zakaźnością. Wirusy choroby charakteryzują się dużą zmiennością. Wirusy grypy typu C powodują u ludzi łagodne zachorowania, najpoważniejsze są zakażenia wirusami typu A. Zakażenie następuje drogą kropelkową. Okres inkubacji trwa ok. 3 – 7 dni. Kliniczny przebieg choroby zależy m.in. od właściwości wirusa, wieku pacjenta, statusu immunologicznego, współistnienia innych chorób. Objawy chorobowe występują nagle i są to najczęściej: gorączka, bóle mięśniowo-stawowe, bóle głowy, dreszcze, objawy ze strony ukł. oddechowego, zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Powikłania pogrypowe niejednokrotnie uwiadcniają się dopiero po pewnym czasie od przebytej infekcji i są szczególnie groźne dla osób starszych.

Zakażenia *Streptococcus pneumoniae* jest najczęstszą przyczyną pozaszpitalnego zapalenia płuc u osób starszych w wieku powyżej 65 roku życia. Choroba niesie ze sobą ryzyko śmierci, ok. 10% przypadków kończy się zgonem. Według innego źródła zakażenia *Streptococcus pneumoniae* mogą kończyć się śmiercią w 16-37% przypadków. Ryzyko śmiertelności znacznie zwiększa się w wypadku pacjentów starszych i tych z chorobami współistniejącymi. Szczególne znaczenie ma wiek powyżej 65 roku życia.

Błonica, tężec i krztusiec dotyczą głównie noworodków i małych dzieci. Częstość występowania zakażeń podlega fluktuacjom. Szczepienia są szczególnie istotne w populacji noworodków i małych dzieci, jednak osoby starsze mogą stać się źródłem zakażenia. Zarówno błonica, tężec jak i krztusiec są chorobami śmiertelnymi. Krztusiec uznawany jest za jedną z głównych przyczyn zgonów wśród noworodków. Błonica i krztusiec, przenoszone są drogą kropelkową, co zwiększa ryzyko wystąpienia epidemii. W Polsce, w roku 2011 odnotowano 1669 przypadków krztuśca. Alarmujące dane dotyczące roku 2012, opublikowane przez PZH wskazują, iż liczba przypadków choroby wzrosła trzykrotnie.

Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że ok. 2 mld ludzi na całym świecie zostało zarażonych HBV, a 350 mln żyje z chroniczną infekcją. Rocznie ok. 600.000 ludzi umiera z powodu konsekwencji WZW B, a 25% z osób, które w dzieciństwie zostały przewlekle zakażone, umiera z powodu raka wątroby lub jej marskości. WHO podaje również, że HBV jest 50 do 100 razy bardziej zakaźnym wirusem od HIV, a wirusowe zapalenie wątroby wywołane przez HBV jest najpoważniejszym typem tego schorzenia.

### **Alternatywne świadczenia**

Świadczenia zaproponowane przez autorów nie są gwarantowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w określonych grupach pacjentów.

### **Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję**

#### **Główne wnioski z oceny problemu zdrowotnego**

**HPV:** Przeciwdziałanie chorobom nowotworowym, w tym nowotworom szyjki macicy, mieści się w obszarze działań celu 8. przyjętej w 1998r. przez WHO strategii „Zdrowie dla Wszystkich w XXI Wieku”, dotyczącego redukcji chorób niezakaźnych, zgodnie z którym, do roku 2020 powinna zostać maksymalnie ograniczona chorobowość, niepełnosprawność i przedwczesna umieralność z powodu ważniejszych chorób przewlekłych.

Edukacja zdrowotna jest niezbędnym elementem działań profilaktycznych. Obniżenie wieku inicjacji seksualnej i liberalizacja kontaktów erotycznych stwarzają potrzebę intensyfikowania edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodzieży, szczególnie że jest to obszar pomijany najczęściej w edukacji rodzicielskiej. Z punktu widzenia profilaktyki raka szyjki macicy niezbędne są oddziaływania mające na celu wzrost świadomości dotyczącej czynników ryzyka i odpowiedzialności młodych ludzi za swoje zdrowie i życie.

Wszystkie odnalezione zalecenia kliniczne rekomendują szczepienia młodych dziewcząt przeciw HPV jako przeciwdziałanie zmianom przednowotworowym oraz nowotworom szyjki macicy (obie szczepionki), a także raka pochwy oraz sromu, jak również kłykcin kończystych (szczepionka czterowalentna).

We wszystkich rekomendacjach podkreśla się, że najbardziej optymalne byłoby szczepienie jeszcze przed ekspozycją na wirusa HPV przez kontakt seksualny. Wiele krajów włączyło szczepienia młodych dziewcząt przeciw HPV do narodowych programów szczepień.

W Polsce szczepienia przeciwko wirusowi HPV zostały wpisane przez Głównego Inspektora Sanitarnego do Programu Szczepień Ochronnych w części „II Szczepienia zalecane – niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia”.

Badania kliniczne z randomizacją wykazały, że obie szczepionki są wysoce skuteczne w zapobieganiu zmianom przedrakowym w populacji kobiet nie zakażonych wirusem HPV (populacja odpowiadająca definicji populacji PPE w badaniach klinicznych), przy znacznie niższej skuteczności u kobiet już zakażonych (populacja odpowiadająca populacji ITT w badaniach). Okres obserwacji badań (do 5 lat) jest zbyt krótki by zaobserwować rzeczywisty wpływ zapadalność i śmiertelność z powodu raka szyjki macicy.

Liczne analizy efektywności kosztowej, mimo zróżnicowania w metodologii oraz wybranych parametrów wejściowych sugerują, że wprowadzenie populacyjnych szczepień młodych dziewcząt przeciwko HPV jest potencjalnie efektywne kosztowo, jeśli obecne praktyki skriningu będą kontynuowane.

Edukacja dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy musi też podkreślać znaczenie cytologicznych badań przesiewowych jako nadal najważniejszej metody wczesnego wykrywania zmian przedrakowych. Ponieważ niepewność dotycząca czasu trwania odporności jaką gwarantują szczepienia, jak również rzeczywistego efektu na zapobieganie zmian przedrakowych, może znacząco wpływać na dowody efektywności kosztowej niezbędny jest skrupulatny monitoring skuteczności i bezpieczeństwa programu.

Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego może prowadzić do redukcji liczby przypadków raka szyjki macicy. Jednakże programowi szczepień powinny towarzyszyć badania ich długoterminowej skuteczności oraz bezpieczeństwa w celu optymalizacji sposobu realizacji programu.

Wysoki poziom uczestnictwa w programie jest w przypadku szczepień szczególnie istotny. Program taki, w celu zoptymalizowania efektów, powinien być jednakże prowadzony równoległe do programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Ponieważ szczepionki nie zapewniają ochrony przed wszystkimi onkogennymi typami wirusa HPV, konieczne jest informowanie zaszczepionych o tym, że szczepienia te nie zapewniają 100% ochrony przed rakiem szyjki macicy. Uczestnictwo w programie skriningowym opartym o cytologię od 21–25 roku życia lub w 3 lata od rozpoczęcia życia płciowego, pozostaje absolutnie konieczne. Przesiewowe badania cytologiczne powinny odbywać się regularnie co 3 lata.

**Grypa:** Wytyczne organizacji światowych (WHO), ogólnoeuropejskich (ECDPC), poszczególnych krajów UE oraz państw Ameryki Północnej w większości rekomendują coroczne szczepienia przeciwko grypie osób w podeszłym wieku, natomiast różnią się co do dolnej granicy wieku wyznaczającej korzyść z powszechnych szczepień w tej grupie.

W większości krajów europejskich i w Kanadzie szczepienia rekomendowane są osobom w wieku  $\geq 65$  lat, natomiast w USA coroczne rutynowe szczepienia zaleca się już od 50 roku życia. ECDPC podkreśla, że państwa UE stosują zróżnicowane kryteria wiekowe, a przyjmowana wartość graniczna pozostaje w zasadzie kwestią umowną. ECDPC uważa korzyści z prowadzenia szczepień osób w podeszłym wieku za naukowo dowiedzione, nie

podano jednak informacji umożliwiających weryfikację metodologii doboru źródeł (sposób wyszukiwania, selekcji i syntezy danych źródłowych nie został opisany).

W polskim Programie Szczepień Ochronnych szczepienia zaleca się osobom powyżej 55 roku życia (ze wskazań klinicznych i indywidualnych), 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 wytycznych ACIP CDC (Amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych) dokładnie raportowano źródła dotyczące efektywności klinicznej szczepionek, jednak informacje zawarte w metodyce nie pozwalają z całą pewnością stwierdzić, czy podstawę zaleceń stanowił systematyczny przegląd dowodów naukowych. Tylko w części odnalezionych dokumentów stosowano klasyfikację jakości dowodów naukowych, w tym – w wytycznych ICSI przy zaleceniu dotyczącym szczepienia dorosłych od 50 r.ż. nie podano siły dowodów stanowiących podstawę zalecenia, a w wytycznych MQIC siłę dowodów określono jako B (badania z grupą kontrolną bez randomizacji). Organizacje państw Ameryki Północnej (ICSI, ACIP CDC, Canadian Task Force on Preventive Health) rekomendują szczepienie przeciwko grypie sezonowej wszystkim osobom dorosłym, które wyrażą taką wolę, a wspomniane zalecenie oparte jest na dowodach naukowych z poziomu A (RCT) – jednak osoby w starszym wieku stanowią szczególną subpopulację osób dorosłych i dane naukowe odnoszące się do ogólnej populacji dorosłych nie mogą być uogólniane na tę subpopulację.

**Pneumokoki:** Szczepienia przeciwko *Streptococcus pneumoniae* u osób starszych należą do szczepień zalecanych, niefinansowanych z budżetu państwa. Szczepionka skoniugowana przeciwko pneumokokom, 13-walentna, zalecana jest osobom w wieku 50 lat i starszym.

Szczepionka nieskoniugowana (polisacharydowa) osobom w wieku powyżej 65 roku życia, dzieciom powyżej 2 roku życia oraz osobom dorosłym z grup ryzyka (wrodzone lub nabyte niedobory odporności, anemia sierpowata, HIV, przewlekła choroba: serca, płuc (w tym astma i POChP), nerek, wątroby, choroba nowotworowa, wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego, cukrzyca, choroba alkoholowa, nikotynizm, przeszczep narządów lub szpiku kostnego, wszczepienie implantu ślimakowego, osoby starsze przebywające w domach opieki). Amerykańskie wytyczne zalecają szczepienia 23-walentną szczepionką polisacharydową pacjentów  $\geq 65$  r. ż. i pacjentów w wieku 12-64 lata z czynnikami ryzyka zakażeń pneumokokowych. Pacjenci, którzy zostali zaszczepieni przed 65 r.ż. powinni otrzymać kolejną dawkę szczepionki w wieku 65 lat, jeśli od wcześniejszego szczepienia upłynęło co najmniej 5 lat. W wieku  $\geq 65$  r.ż. należy podawać szczepionkę jednorazowo.

Metaanaliza Cochrane Collaboration potwierdza zalecenia światowe dotyczące szczepień przeciwko pneumokokom wśród osób starszych. Dowody naukowe wskazują na wysoką immunogenność szczepionek.

**Błonica, tężec, krztusiec:** Samorządowe programy zdrowotne mające na celu szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi wśród osób starszych realizują priorytet zdrowotny Ministra Zdrowia, „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom” oraz „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego” a także „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym”.

Mimo, iż populacją najbardziej zagrożoną błonicy i krztuścem są noworodki i małe dzieci, szczepienie osób starszych znacznie zmniejsza ryzyko zakażeń. Szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi w grupie osób starszych nie są finansowane z budżetu NFZ, należą jednak do szczepień zalecanych. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia określono, iż szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi są zalecane osobom starszym, które ze względu na wykonywane zajęcia są narażone na zakażenie. Szczepionki monowalentne

przeciwno błonicy, monowalentne przeciwno tężcowi lub skojarzone przeciwno błonicy i tężcowi nie są zalecane wszystkim pacjentom w podeszłym wieku. Zalecenia do ich stosowania zależą od sytuacji epidemiologicznej lub indywidualnej sytuacji pacjenta.

W opinii eksperta, szczepienia przeciwno błonicy, tężcowi, krztuścowi są jedyną formą profilaktyki tych chorób. Szczepienia powinny być finansowane z budżetu państwa w ramach programu szczepień obowiązkowych. Szczepienia osób starszych przeciwno zakażeniom epidemicznym, które do tej pory dotyczyły głównie dzieci, stają się istotnym sposobem zapobiegania zakażeniom ze względu na zmieniającą się epidemiologię zakażeń na świecie i także w Polsce (choć brak jest solidnych danych z Polski, należy przyjąć, że zjawisko dotyczy także naszego kraju). Obniżenie się poziomu odporności w starszym wieku powoduje, że z jednej strony osoby starsze same chorują na choroby zakaźne wieku dziecięcego, ale także, co ważniejsze z epidemiologicznego punktu widzenia, stają się rezerwuarem patogennych drobnoustrojów przeciwno którym powinny być szczepione dzieci zgodnie z programem. Ponieważ cechą obecnej cywilizacji jest znaczne zwiększenie kontaktów pomiędzy ludźmi z powodu zagęszczenia populacji i jej mobilności, zakażenia przenoszą się wtórnie z osób starszych na narażone, nieszczepione dzieci. To zjawisko wykazano dla krztuśca, ale może dotyczyć innych chorób zakaźnych.

Nie istnieją polskie rekomendacje co do szczepień przeciwno błonicy, tężcowi i krztuścowi w populacji osób starszych. Odnalezione rekomendacje amerykańskich towarzystw zwracają uwagę na wielkość problemu. Celem szczepień dorosłych w wieku 65 lat i starszych jest uchronienie ich przed zachorowaniem na błonicę i krztusiec oraz ochrona niemowląt przed zakażeniem od osób starszych. Jak wykazują badania, ok. 35% dzieci w wieku 0-3 lat pozostaje pod opieką dziadków. Rekomenduje się szczepienia u pacjentów w wieku 65 lat i starszych pozostających w kontakcie z noworodkami. Także pozostałe osoby w wieku powyżej 65 r.ż. mogą otrzymywać szczepionkę Tdap (szczepionka zawierająca toksoid tężcowy, zmniejszoną dawkę toksoidu błoniczego i bezkomórkowe komponenty krztuśca). Stosowanie szczepionki Tdap może być kosztowo-efektywne w grupie pacjentów  $\geq 65$  r.ż. Toksoid tężcowo- błonicy jako szczepienie przypominające jest zalecany co 10 lat wszystkim pacjentom, którzy byli wcześniej szczepieni i tym, którzy nie byli szczepieni. Pacjenci z brudnymi lub rozległymi ranami, u których od ostatniej immunizacji minęło więcej niż 5 lat, powinni zostać doszczepieni.

Szczepionki przeciwno błonicy, tężcowi i krztuścowi charakteryzują się wysokim poziomem bezpieczeństwa. Zakres działań niepożądanych w populacji osób starszych jest porównywalny do działań występujących w młodszych populacjach. Większość z nich to nieciężkie działania niepożądane. Najczęstszym z nich jest odczyn zapalny w miejscu wkłucia.

**WZW B:** Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w opracowaniu na temat stanu sanitarnego Polski, autorstwa Głównego Inspektoratu Sanitarnego zachorowalność na WZW typu B obniża się stopniowo od lat 90-tych XX w, co zbiega się z datą wprowadzenia obowiązkowych szczepień przeciwno HBV w Polsce (dla osób poniżej 19 roku życia, uczniów uczelni medycznych lub innych uczelni, w których prowadzone jest kształcenie na kierunkach medycznych, studentów uczelni medycznych lub innych uczelni, w których prowadzone jest kształcenie na kierunkach medycznych, osób szczególnie narażonych na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, osób zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C, osób wykonujących zawód medyczny narażonych na zakażenie). W 2011 r. zgłoszone zostały 1584 przypadki zachorowania na WZW B. Populację osób młodych (do 25 roku życia) uznaje się za uodpornioną przed zakażeniem. Skuteczność szczepionki ocenia się na 95% i jest ona według WHO główną metodą prewencji zakażeń HBV.

Zalecenia wynikające z odnalezionych wytycznych:

Do grup ryzyka zaliczone zostały: osoby urodzone w rejonach o chorobowości HBsAg >2%, osoby mieszkające, dzielące igły oraz utrzymujące kontakty seksualne z osobami HBsAg-pozytywnymi, osoby, które kiedykolwiek przyjmowały dożylnie narkotyki, osoby, które miały wielu partnerów seksualnych lub z chorobami przenoszonymi drogą płciową w historii, mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami, osoby osadzone w zakładach karnych, osoby zarażone HIV lub HCV, prostytutki, ofiary przemocy seksualnej, osoby przyjmujące leki cytotoksyczne lub immunosupresyjne, osoby z chorobą wątroby o nieznannej etiologii, osoby z chronicznie podwyższonym poziomem aminotransferazy alaninowej lub asparaginianowej, osoby ze zwłóknieniem lub marskością wątroby, chorzy na raka wątrobowo komórkowego, pacjenci poddawani hemodializom, dawcy krwi, plazmy, organów, tkanek lub nasienia, osoby po przeszczepach organów (przed i po transplantacji), kobiety ciężarne, noworodki, których matka była HBsAg-pozytywna i/lub anti-HBc-pozytywna, personel medyczny oraz pacjenci szpitali psychiatrycznych. U tych osób zalecane jest wykonanie badań w kierunku zakażenia HBV.

#### **Główne wnioski z oceny programu powiatu Olkuskiego:**

Projekt programu zdrowotnego powiatu olkuskiego dotyczy szerokiej gamy szczepień profilaktycznych w różnych grupach wiekowych. Na uznanie zasługuje uwzględnienie w projekcie edukacji prozdrowotnej jako elementu działań profilaktycznych. Ponadto, projekt programu zapewnia równy dostęp do szczepień w określonej populacji. Określono liczbę dziewczynek, które mają zostać objęte programem, oszacowano także koszty jednostkowe i całkowite.

Program nie zawiera jednak informacji na temat monitoringu i ewaluacji efektów podejmowanych działań.

Część dotycząca szczepień w grupie osób starszych została opracowana w sposób bardzo ogólny. Rekomendacje światowe zalecają immunizację osób starszych, jednak projekt programu nie doprecyzowuje problemu. Nie określono liczbowo populacji, jaka miałaby zostać objęta szczepieniami przeciwko grypie, pneumokokom, błonicy, tężcowi, krztuścowi i WZW B. Nie zdefiniowano, co oznacza pojęcie osoby starszej, w jakim przedziale wiekowym mieliby znajdować się pacjenci objęci szczepieniami. Nie uwzględniono metod monitoringu i ewaluacji programu, nie określono także oczekiwanych efektów planowanych interwencji. Dane epidemiologiczne zostały przedstawione w sposób cząstkowy.

Nie jest jasne, czy samorządy gminne zostały powiadomione o planowanym projekcie i są gotowe na pokrycie kosztów szczepień, które stanowią 302 400 zł. Nie określono kosztów jednostkowych i całkowitych szczepień wśród osób starszych przeciwko grypie, pneumokokom, błonicy-tężcowi-krztuścowi i WZW B.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, opierającego się na szczepieniach ochronnych.
- II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – program został prawidłowo zaprojektowany w części dotyczącej szczepień przeciwko HPV, określono populację i budżet, zapewniono równy dostęp do świadczeń. Część dotycząca szczepień osób starszych nie zawiera tych elementów.
- III. Skuteczność działań – w projekcie odniesiono się do skuteczności planowanych działań w zakresie szczepień przeciwko HPV. W zakresie szczepień osób starszych rekomendacje przedstawiono bardzo ogólnie.

IV. W projekcie przedstawiono budżet całkowity i koszty na 1 pacjenta w wypadku szczepień przeciwko HPV. Część dotycząca szczepień osób starszych nie zawiera informacji o budżecie.

V. W projekcie nie przedstawiono metod monitorowania w zakresie realizacji programu.

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem „Szczepienia ochronne” realizowany przez powiat Olkusz, AOTM-OT-441-231/2012, Warszawa, maj 2013 i aneksów: „Programy przeciwdziałania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz rakowi szyjki macicy – wspólne podstawy oceny”, lipiec 2012; „Programy profilaktycznych szczepień przeciwko grypie w wybranych grupach ryzyka – wspólne podstawy oceny”, październik 2012; „Programy profilaktyki zakażeń pneumokokowych – wspólne podstawy oceny”, maj 2013; „Programy profilaktycznych szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi u osób starszych – wspólne podstawy oceny”, maj 2013; „Profilaktyka i wykrywanie zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B - wspólne podstawy oceny”, maj 2013; Aneksy do raportów szczegółowych.