



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 270/2017 z dnia 26 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień
ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców miasta i gminy
Torzym z grup szczególnego ryzyka na lata 2018-2019”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców miasta i gminy Torzym z grup szczególnego ryzyka na lata 2018-2019” 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 przeformułować zgodnie z regułą SMART. Należy także określić oczekiwane efekty programu oraz uzupełnić mierniki efektywności, aby odpowiadały celom programowym.

Populacja docelowa wymaga uściślenia odnośnie przyjętych założeń, dotyczących wskazanych grup wiekowych i ich liczebności. Interwencje przewidziane w ramach programu są zgodne z wytycznymi. Niemniej jednak, mając na uwadze istotny element programu, jaki stanowi edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki grypy, warto uszczegółowić jej opis pod kątem zakresu i sposobu realizacji działań edukacyjnych.

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

Budżet powinien uwzględniać wszystkie lata realizacji programu. Warto go zweryfikować po dokonaniu analizy założeń dotyczących liczebności populacji, która ma zostać objęta programem.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej, dotyczący zapobiegania grypie. Budżet zaplanowany na realizację programu nie został oszacowany. Okres realizacji obejmuje lata 2018-2019.

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 i lokalnej.

Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia na świecie co roku choruje na grypę od 0,33 mld do 1,5 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).

W projekcie przedstawiono dane Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sulęcinie, według których, w 2016 r. na terenie gminy Torzym zaszczepiono łącznie 78 osób, co stanowiło zaledwie 1,13% populacji gminy oraz 0,22% populacji powiatu sulęcińskiego, na którego terenie znajduje się Torzym. Łącznie na terenie powiatu sulęcińskiego w 2016 r. odnotowano 1 572 przypadki grypy oraz zachorowań grypopodobnych.

Dodatkowo, zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH), można wskazać, że w woj. lubuskim, na terenie którego znajduje się gmina Torzym, w okresie od 23 do 30 czerwca 2017 r. średnia dzienna zapadalność na grypę wynosiła 5,26/100 tys. mieszkańców (1,19 dla osób powyżej 65 r.ż.), przy średniej dla kraju wynoszącej 15,76 (7,60 dla osób powyżej 65 r.ż.). W województwie tym odnotowano ogólny spadek zapadalności o 0,15 w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego.

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

Sformułowano trzy cele główne programu: „zapobieganie zachorowaniom na grypę wśród mieszkańców miasta i gminy Torzym; zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych jakimi są szczepienia przeciwko grypie, nier refundowanych przez NFZ dla osób powyżej 65 r.ż.; popularyzacja szczepień przeciwko grypie wśród wszystkich mieszkańców miasta i gminy Torzym”. Dodatkowo wskazano 3 cele szczegółowe. Zaproponowane cele programowe wymagają przekonstruowania. Sugeruje się określenie jednego celu głównego, który ma być możliwy do osiągnięcia podczas trwania programu. Natomiast cele szczegółowe powinny stanowić uzupełnienie głównego założenia programu i odnosić się do skutków zastosowania danych interwencji w określonej populacji. Przykładowo, jeśli cel główny odnosi się do poprawy stanu zdrowia wybranych mieszkańców gminy poprzez prowadzenie odpowiednich działań z zakresu profilaktyki grypy, wówczas cel szczegółowy powinien dotyczyć zwiększenia liczby osób powyżej 65 r.ż. zaszczepionych przeciwko grypie. Z kolei oczekiwanymi efektami programu mogłyby być w perspektywie krótkofalowej - wzrost osób powyżej 66 r.ż. zaszczepionych przeciwko grypie; zaś w perspektywie długofalowej - obniżenie zachorowalności/ hospitalizacji/ umieralności z powodu grypy/powikłań pogrypowych w populacji docelowej programu. Ponadto należy pamiętać, aby definiować cele programowe zgodnie z regułą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Nie określono oczekiwanych efektów programu, korespondujących z celami programu, co należy uzupełnić. Warto zaznaczyć, że oczekiwane efekty powinny opisywać stan, jaki spodziewa się osiągnąć w ramach działań realizowanych w programie.

Mierniki efektywności wymagają uzupełnienia o wskaźniki odnoszące się do liczby osób, których nie zaszczepiono z powodu przeciwwskazań do szczepienia oraz u których występowały odczyny poszczepienne. Zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów programu. Należy pamiętać, aby były określane przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie ich wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Program jest adresowany do trzech grup mieszkańców miasta i gminy Torzym, tj.: osób powyżej 65 r.ż., dzieci do 18 r.ż. chorujących na schorzenia przewlekłe i nowotworowe oraz dzieci uczęszczających do przedszkoli na terenie gminy Torzym. Zgodnie z informacją podaną w treści projektu, miasto i gminę Torzym zamieszkują 904 osoby powyżej 65 r.ż. oraz 1 353 dzieci w wieku od 0-18 lat, co pozostaje zgodne z danymi GUS. Liczba dzieci uczęszczająca do przedszkoli w gminie Torzym wynosi 221.

Niejasne pozostaje sformułowanie dotyczące oszacowania populacji, która zostanie zaproszona do uczestnictwa w programie: „szacuje się, że w pierwszym roku realizacji programu możliwe będzie włączenie do programu ok 430 osób po 65 r.ż. i dzieci chore na choroby przewlekłe (kwalifikujące się do podania 1 dawki szczepionki) oraz ok 100 dzieci (2 dawki szczepionki)”. Po pierwsze, nie podano, w jaki sposób oszacowano akurat taką liczbę osób zaproszoną do programu, ponieważ liczebność tej populacji nie pozostaje spójna z danymi ewidencyjnymi przedstawionymi w projekcie. Po drugie, wątpliwości budzi podział dzieci w kontekście liczby planowanych do podania dawek szczepionki. Zgodnie z informacjami NIZP-PZH należy wnioskować, iż szczepionki podawane domięśniowo podaje się według następującego schematu: dzieci w wieku 6-35 miesięcy – 1 lub 2 dawki (po 0,25 ml każda), dzieci w wieku 3-8 lat – 1 lub 2 dawki (po 0,5 ml każda), dzieci od 9 r.ż. i dorośli – 1 dawka (po 0,5 ml). Jeżeli dziecko nigdy nie było szczepione, podaje się 2 dawki szczepionki w odstępie co najmniej 4 tygodni. Jeżeli dziecko było szczepione przeciw grypie w poprzednim sezonie podaje się 1 dawkę szczepionki. Szczepionki podawane śródskórnie podaje się według następującego schematu: dorośli w wieku 18-59 lat – 1 dawka (0,1 ml), dorośli w wieku ≥ 60 lat – 1 dawka (0,1 ml). Ponadto wskazano, że 5% populacji osób w wieku od 0-18 lat to dzieci chorujące na choroby przewlekłe, a więc ok. 68 dzieci. Jednakże nie przedstawiono, na jakiej podstawie przyjęto powyższe założenie.

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. Na podstawie danych przedstawionych w projekcie nie jest możliwe jednoznaczne określenie odsetka osób, które mają zostać zaszczepione. Tym samym nie będzie możliwa ocena, czy zaplanowane działania przełożą 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, przewlekłe chore, przebywające w placówkach opiekuńczo-leczniczych), o niskim statusie ekonomicznym.

W wytycznych praktyki klinicznej zaznacza się, że dla najwyższej skuteczności i odporności populacyjnej należy szczepić dzieci w 6-59 m.ż. oraz osoby starsze powyżej 50 r.ż., ze szczególnym uwzględnieniem osób z grup podwyższonego ryzyka o zaniżonej odporności immunologicznej. 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). Zgodnie z PSO 2017 dolną granicą wieku dla szczepień przeciwko grypie wśród osób starszych jest właśnie 55 rok życia. Ponadto, w zaleceniach PSO 2017 dzieci uczęszczające do przedszkoli nie zostały uwzględnione w wymienionych przez PSO grupach ryzyka. Z kolei wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych (KLR) z 2016 r., wskazują, że szczepieniami powinny zostać objęte osoby w wieku od 50 lat.

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.

W projekcie przewidziano także działania edukacyjne, jednak nie wskazano dokładnie populacji, która ma podlegać tym działaniom, co należy uzupełnić aby w prawidłowy sposób zaplanować działania w tym zakresie.

Interwencja

W ramach programu planuje się wykonanie szczepień przeciwko wirusowi grypy. Wytyczne 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. Szczepienia zaplanowane w ramach programu, zostaną poprzedzone kwalifikacją lekarską, co pozostaje w zgodzie z wytycznymi KLR (2016).

Projekt programu zakłada także przeprowadzenie działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki grypy. W kontekście opiniowanego programu zasadnym wydaje się rozszerzenie i uzupełnienie tej części projektu o informacje dotyczące zakresu i sposobu realizacji działań edukacyjnych. 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, jednak warto je uzupełnić. 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 powinna również uwzględniać liczbę osób niezaszczepionych z powodu przeciwwskazań zdrowotnych lub z powodu braku zgody na wykonanie szczepienia.

W ramach oceny jakości świadczeń sugeruje się przeprowadzenie wśród uczestników programu ankiety satysfakcji ze świadczonych usług.

Opis ewaluacji także wymaga uzupełnienia. W zakresie oceny efektywności zaleca się m.in. uwzględnienie mierników z zakresu szczepień ochronnych, w tym wskaźników dotyczących danych statystycznych zapadalności na grypę wg PSSE i NIZP-PZH, liczby przeprowadzonych szczepień w ramach programu, a także wskaźników związanych z poszczepiennymi działaniami niepożądanymi. Ponadto w ramach ewaluacji powinno się określić wpływ działań informacyjnych na zgłaszalność na szczepienia przeciwko grypie. 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.

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 harmonogram działań organizacyjnych. 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. Wzory materiałów informacyjnych potrzebne do wykonania ww. zadania nie zostały dołączone do projektu programu, w związku z czym nie była możliwa weryfikacja ich treści.

O zakwalifikowaniu do udziału w programie, oprócz spełnionych kryteriów wiekowych i miejsca zameldowania, decydować będzie również brak przeciwwskazań lekarskich do wykonania szczepienia oraz konieczność uzyskania pisemnej zgody pacjenta na udział w programie.

W projekcie nie określono sposobu zakończenia udziału w programie. Należy podkreślić, że rezygnacja z uczestnictwa w programie powinna być możliwa na każdym etapie jego trwania, ze wskazań medycznych lub na życzenie uczestnika.

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.

Koszt całkowity programu nie został oszacowany. Wskazano jedynie, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w zakresie szczepień w pierwszym roku realizacji programu wyniesie 31 500 zł. Koszt jednostkowy szczepienia, obejmujący koszt podania 1 dawki szczepionki oraz kwalifikacji do szczepienia, oszacowano na kwotę 50 zł. W przypadku, gdy wymagane będzie podanie 2 dawek szczepionki, co dotyczy określonej w projekcie grupy dzieci, koszt ten ma wynieść 100 zł. Koszt przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej został określony na kwotę 6 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu miasta i gminy Torzym.

Należy podkreślić, że budżet powinien uwzględniać wszystkie lata realizacji programu. Ponadto warto zweryfikować kosztorys w zakresie liczebności populacji we wskazanych grupach wiekowych oraz liczby przewidzianych dawek szczepionki.

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 zapalenie 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 przyjmują 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-Różyk; 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. Pomiarów 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.441.262.2017 „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców miasta i gminy Torzym z grup szczególnego ryzyka na lata 2018-2019” realizowany przez: miasto Torzym, 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 311/2017 z dnia 18 września 2017 roku o projekcie programu „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców miasta i gminy Torzym z grup szczególnego ryzyka na lata 2018-2019”.