



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

173/2014 z dnia 21 lipca 2014 r.

o projekcie programu „Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie osób powyżej 60 roku życia” miasta i gminy Czarniejewo

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie osób powyżej 60 roku życia” miasta i gminy Czarniejewo.

Uzasadnienie

Celem programu zdrowotnego Gminy Czarniejewo jest zapobieganie zakażeniom spowodowanych wirusem grypy poprzez realizację szczepień ochronnych u mieszkańców gminy powyżej 60 roku życia. Jest to cel zgodny z założeniami aktualnego Programu Szczepień Ochronnych na 2014 r rekomendującego szczepienie osób powyżej 55 roku życia (ze wskazań epidemiologicznych).

Program spotyka się z ograniczeniami dotyczącymi zaleceń AOTM. Projekt wymagałby wzięcia pod uwagę poniższych kwestii w celu uznania go za spełniający wszystkie wymagane kryteria.

Wnioskodawca określił budżet całkowity i koszt jednostkowy szczepienia. Należy jednak odnotować, że przy zabezpieczonych środkach finansowych Wnioskodawca będzie w stanie zaszcześcić od 9 do 12% populacji docelowej programu tymczasem, aby zwiększyć szansę nabycia odporności populacyjnej wskazane jest objęcie szczepieniami co najmniej 75% populacji osób starszych.

U chorych, u których istnieją medyczne wskazania do uodpornienia przeciw grypie szczepionkę należy podawać w okresie od września do połowy listopada. W projekcie programu określono czas jego realizacji na sierpień-listopad 2014 r. Zgodnie z rekomendacjami sugeruje się zatem skrócenie harmonogramu szczepień od września do połowy listopada 2014 r.

W projekcie programu nie uwzględnia się działań edukacyjnych, które są zalecane w tego typu programach zdrowotnych przez ekspertów i towarzystwa naukowe. Zintensyfikowana edukacja zdrowotna w profilaktyce grypy i jej powikłań może powodować znaczące korzyści dla zdrowia populacji oraz jej aktywne uczestnictwo w szczepieniach ochronnych. W projekcie przewidziano monitorowanie i ewaluację programu, opisano dokładnie w jaki sposób będzie się odbywało monitorowanie zgłaszalności.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Gminy Czarniejewo w zakresie zapobiegania zakażeniom spowodowanych wirusem grypy poprzez realizację szczepień ochronnych. Program adresowany jest do mieszkańców gminy powyżej 60 roku życia.



Wnioskodawca określił budżet całkowity na 4000 zł. Oszacowano również koszt jednostkowy szczepienia na poziomie 25-35 zł. Program jest jednoroczny.

Problem zdrowotny

Wśród chorób zakaźnych grypa jest schorzeniem związanym z największą liczbą zachorowań. Zachorowalność największa jest wśród osób młodych natomiast zgony z powodu grypy występują głównie w populacji osób powyżej 60 r.ż. (ponad 80% zgonów z powodu grypy w niektórych sezonach). Zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia należy do priorytetów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 oraz jest zgodne z dwoma priorytetami zdrowotnymi.

Alternatywne świadczenia

Brak świadczeń alternatywnych. Szczepienia przeciw grypie znajdują się w grupie szczepień zalecanych, ale niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Aktualny stan rekomendacji praktyki klinicznej w odniesieniu do rozpatrywanych populacji przedstawia się następująco:

Osoby w podeszłym wieku:

Wytyczne organizacji światowych (WHO), ogólrnoeuropejskich (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 powyżej 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 na 2014 r., 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 lat (ze wskazań medycznych i społecznych) oraz powyżej 65 roku życia (ze wskazań medycznych).

W wytycznych ACIP CDC 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. W części z odnalezionych dokumentów stosowano klasyfikacje 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.

Dzieci i dorośli chorzy przewlekłe:

Rekomendacje międzynarodowe i krajów zagranicznych odnoszą się pozytywnie w stosunku do szczepienia przeciwko grypie osób z chorobami przewlekłymi. WHO jako wskazania do szczepienia wymienia przewlekłe choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), niewydolność nerek, choroby układu krążenia, moczowego i oddechowego. ECDPC wymienia choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego oraz nerek i wątroby, przy czym skuteczność szczepień w populacji chorych przewlekłe ocenia jako wykazaną „w pewnym stopniu”. Według ECDPC kraje UE są w zasadzie zgodne co do zasadności szczepień osób chorych przewlekłe (jakkolwiek występują pomiędzy nimi różnice w zakresie kryteriów włączenia do tej populacji, tj. jako wskazania do szczepień wymieniane są różne choroby przewlekłe). W wytycznych dla USA jako grupy docelowe wymieniono dwie grupy chorych: ICSI (cierpiących na choroby przewlekłe serca, płuc, cukrzycę, chorobę nerek, hemoglobinopatie i astmę) i ACIP CDC (przewlekłe choroby układu oddechowego, w tym astma, układu krążenia, z wyjątkiem nadciśnienia tętniczego, przewlekłe choroby nerek, wątroby, układu nerwowego i nerwowo-mięśniowe, układu krwiotwórczego i metaboliczne). AHA i ACC rekomendują szczepienia przeciw grypie szczepionką inaktywowaną osobom z chorobą wieńcową i innymi zmianami miażdżycowymi (w tym po incydentach mózgowo-naczyniowych) jako jeden z rodzajów prewencji wtórnej. W wytycznych AAP szczegółowo wymieniono schorzenia stanowiące wskazania do szczepienia przeciwko grypie przewlekłe chorych dzieci powyżej 6 miesiąca życia.

Analizując zalecenia poszczególnych instytucji należy zauważyć, że niektóre wytyczne włączają osoby w stanach upośledzonej odporności do kategorii „chorych przewlekłe”, a inne, w tym polski Program Szczepień Ochronnych, klasyfikują tę grupę odrębnie. Podobna niejasność występuje w przypadku chorych ze schorzeniami mogącymi prowadzić do upośledzenia funkcji oddechowych powodującego utrudnienia w usuwaniu wydzieliny z dróg oddechowych lub zwiększającego ryzyko zachłyśnięcia (np. zaburzenia poznawcze, urazy rdzenia kręgowego, schorzenia padaczkowe i inne) – w niektórych wytycznych grupa ta jest rozpatrywana w kategorii osób przewlekłe chorych.

W polskim Programie Szczepień Ochronnych jako wskazania medyczne wymienia się astmę, cukrzycę, niewydolność układu krążenia, oddychania i nerek. Polskie Kolegium Lekarzy zaleca objęcie szczepieniami osoby z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego i układu krążenia. Zalecenie szczepienia wszystkich chorych z cukrzycą zgodne jest również ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Dzieci między 6 a 24 miesiącem życia:

Zidentyfikowane zalecenia nie są zgodne w odniesieniu do rutynowych szczepień dzieci zdrowych. WHO zaleca szczepienie przeciwko grypie sezonowej dzieci w wieku 6-23 miesięcy, w zależności od warunków lokalnych (sytuacji epidemiologicznej i możliwości danego kraju), jednocześnie jednak określa skuteczność szczepień w grupie poniżej 2 roku życia jako niską. ECDPC nie zalicza dzieci do dwóch najważniejszych grup ryzyka powikłań grypy, natomiast stwierdza, że istnieją pewne dane uzasadniające szczepienia dzieci (najczęściej wyodrębniane grupy wiekowe to poniżej 2 lub poniżej 5 lat), niemniej jednak dane europejskie dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa szczepień dzieci są ograniczone. Ponadto poszczególne kraje europejskie nie są zgodne w zaleceniach w odniesieniu do prowadzenia szczepień w tej populacji. Powszechne szczepienia zdrowych dzieci nie są zalecane m.in. we Francji i Belgii. Z kolei wytyczne amerykańskie, w tym American Academy

of Pediatrics (AAP), zgodnie rekomendują rutynowe coroczne szczepienia przeciwko grypie wszystkich dzieci w wieku od 6 miesięcy do 18 roku życia, a kanadyjska agencja zdrowia publicznego – szczepienie zdrowych dzieci w wieku 6–23 miesiąca życia.

Wytyczne polskie są bliskie zaleceniom amerykańskim. Polski Program Szczepień Ochronnych uwzględnia wśród szczepień zalecanych zaszczepienie przeciwko grypie dzieci zdrowych w wieku od 6 miesiąca do 18 roku życia, ze wskazań epidemiologicznych. Z kolei Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce rekomenduje szczepienie dzieci od 6 do 23 miesiąca życia ze wskazań medycznych (oraz dzieci starszych – uczęszczających do szkół, przedszkoli – ze względów epidemiologicznych).

Opinie ekspertów:

Eksperci kliniczni poproszeni o opinię w sprawie programów jednostek samorządowych przewidujących szczepienie przeciwko grypie sezonowej uznali szczepienie w grupach ryzyka, w szczególności osób w podeszłym wieku i z licznymi chorobami przewlekłymi, za zasadne. Żaden z ekspertów nie odniósł się w sposób bezpośredni do zasadności szczepień w grupie dzieci w wieku od 6 do 24 miesiąca życia, ponadto nie otrzymano opinii eksperta klinicznego w dziedzinie pediatrii.

Skuteczność szczepień oraz koszty zależne są od takich czynników jak: dopasowanie antygenowe szczepionki do krążącego wirusa, inwazyjność wirusa, stan epidemiologiczny oraz stopień wyszczepialności. Rzeczywista skuteczność szczepień, przede wszystkim w zapobieganiu hospitalizacjom i zgonom, pozostaje niepewna.

Często występujące działania niepożądane to bóle głowy, potliwość, ból mięśni/stawów, gorączka, złe samopoczucie, dreszcze, uczucie zmęczenia, reakcje w miejscu podania (obrzęk, ból, wybroczyny, stwardnienie). W wytycznych praktyki klinicznej szczepienia szczepionkami inaktywowanymi określa się jako bezpieczne.

Aspekty organizacyjne: Efektywne programy szczepień przeciwko grypie powinny uwzględniać m.in. precyzyjny plan identyfikacji i wzywania osób kwalifikujących się do udziału w programie oraz elementy informacyjne (m.in. powinno się informować o niezakaźności wirusów zawartych w szczepionce inaktywowanej oraz o możliwości wystąpienia niepożądanych objawów ze strony układu oddechowego nie mających związku ze szczepieniem).

Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia: Szacując konsekwencje grypy, należy uwzględnić zarówno ich wymiar medyczny, jak i ekonomiczny. Koszty bezpośrednie leczenia grypy stanowią tylko niewielką część łącznych kosztów ponoszonych przez społeczeństwo w związku z zachorowaniami na grypę oraz ich powikłaniami i wynoszą w sezonie bez epidemii ok. 43,5 mln PLN. Bardzo ważną kategorię kosztów stanowią tzw. koszty pośrednie. W przeprowadzonym badaniu oszacowano, że w sezonach bez epidemii koszty pośrednie związane z grypą wynoszą w Polsce ok. 836 mln PLN rocznie. W przypadku wystąpienia epidemii mogą być kilkakrotnie wyższe i stanowią jeszcze poważniejszą stratę dla gospodarki. Ponieważ grypa wywoływana jest przez wirusy, jej leczenie odbywa się głównie objawowo. Profilaktyka zdrowotna pod postacią prowadzonych szczepień ochronnych jest zatem głównym narzędziem pozwalającym na minimalizację negatywnych skutków wywołanych przez chorobę. Wyniki symulacji wskazują, że skuteczność szczepień na poziomie całej populacji istotnie zależy od zasięgu programu szczepień. Wraz z rosnącym odsetkiem zaszczepionej populacji liczba zachorowań początkowo spada niemal liniowo. Jednak przy dalszym zwiększaniu wyszczepialności liczba zachorowań maleje coraz szybciej. Kumulują się bowiem efekty związane ze spowolnioną transmisją wirusa i rosnącym udziałem kontaktów osób zakażonych z osobami zaszczepionymi. Po przekroczeniu pewnego

poziomu wyszczepialności efekty szczepienia kolejnych osób są już coraz mniejsze, co wiąże się z osiągnięciem tzw. progu odporności populacyjnej (ang. herd immunity), która osłabia transmisję epidemii. Przy założeniu jednostkowego kosztu szczepienia na poziomie ok. 25-35 PLN (im większy zasięg szczepienia, tym jednostkowy koszt mniejszy) oraz przeciętnej skuteczności szczepień zgodnej z wnioskami z przeglądu badań, z punktu widzenia ekonomicznego, szczepienia przeciw grypie okazują się korzystne dla niemal każdego poziomu wyszczepialności. Wyniki przeprowadzonej symulacji wskazują, że w sezonie epidemicznym z typową liczbą zachorowań na grypę największe korzyści netto dla gospodarki osiągane są dla wyszczepialności na poziomie około 45%, kiedy to sięgają niemal 500 mln PLN.

Wnioski z oceny projektu programu zdrowotnego Gminy Czarniejewo:

Projekt ten został przygotowany częściowo w oparciu o schemat programu zdrowotnego zaproponowanego przez AOTM.

Dot. problemu zdrowotnego:

Przedmiotowy Program odnosi się do istotnego i bardzo powszechnego problemu zdrowotnego w Polsce, jakim są zakażenia wirusem grypy. Zakres programu jest również zgodny z Rozporządzeniem MZ w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 – cel strategiczny: zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.

W projekcie programu odniesiono się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej grypy sezonowej w woj. wielkopolskim. Przywoływane informacje dot. epidemiologii grypy powinny odzwierciedlać w jak największym stopniu lokalną sytuację epidemiologiczną (np. dane z gminy, powiatu, województwa) lub w przypadku ich braku, odwoływać się do danych krajowych. Wnioskodawca zamieszczając ryciny czy tabele dotyczące epidemiologii grypy mógł się również do nich ustosunkować, skomentować pod względem treści całego programu zdrowotnego.

Dot. celów programu i populacji:

Cel główny programu stanowi zwiększenie dostępności do świadczeń, które nie są refundowane przez NFZ. Założenie to wydaje się być bardzo obszerne i zbyt ogólne, może dotyczyć jednocześnie wielu innych jednostek chorobowych oraz interwencji w nich stosowanych. Przy tworzeniu celu głównego warto odnieść się do teorii S.M.A.R.T., która określa 5 podstawowych zasad jego formułowania. Mianowicie czy cel jest: szczegółowy, mierzalny, ambitny, realistyczny i terminowy (określony w czasie). Uzupełnieniem do głównego założenia programu jest cel szczegółowy określający obniżenie zachorowań na grypę oraz powikłań pogrypowych wśród osób starszych. Oczekiwany efekt nie jest do końca jasny, gdyż zainteresowanie populacji docelowej szczepieniami ochronnymi nie jest równoznaczne z aktywnym uczestnictwem w danej interwencji medycznej. Z kolei w punkcie dot. monitorowania i ewaluacji Wnioskodawca ponownie wymienia oczekiwane efekty programu, które są już bardziej spójne z jego założeniami. Mierniki efektywności wydają się być również zbyt ogólnie określone. Według ekspertów stwierdza się, że ważna jest nie tylko ocena efektywności programu poprzez liczbę osób uczestniczącą w programach, ale również porównanie częstości występowania grypy i jej powikłań w populacji zaszczepionej i niezaszczepionej z uwzględnieniem możliwości czynników różniących te grupy (np. liczebność z chorobami przewlekłymi). Zasadnym więc byłoby ustosunkowanie się również do liczby wizyt ambulatoryjnych bądź hospitalizacji, liczby powikłań pogrypowych czy też zachorowań na grypę.

W opinii ekspertów bardzo istotny dla maksymalizacji efektów programów szczepień jest też wybór odpowiedniej grupy ryzyka. W projekcie programu populację docelową stanowią osoby po 60 r.ż., co jest zgodne z założeniami aktualnego Programu Szczepień Ochronnych na 2014 r. (ze wskazań epidemiologicznych). Wnioskodawca informuje, że w gminie Czarniejewo jest ok. 1315 osób w rozważanej grupie wiekowej, prawdopodobnie dana liczba osób będzie stanowić populację kwalifikującą się do udziału w programie. Zgodnie z danymi GUS za 2013 r. populację mieszkańców gminy Czarniejewo ≥ 60 roku życia stanowi ok. 1231 osób, wynik ten jest zbliżony do liczby podanej w projekcie programu.

Tryb zapraszania uczestników w omawianym projekcie stanowi akcja informacyjna w postaci informacji zamieszczanych w lokalnym miesięczniku, stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Czarniejewo oraz na tablicach ogłoszeń lokalnych parafii czy też jednostek pomocniczych (np. sołectwa). Dobrze zorganizowana akcja promocyjna programu jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń.

Dot. interwencji:

Program przewiduje przeprowadzenie szczepień przeciwko grypie sezonowej w populacji osób powyżej 60 roku życia, bez wskazania konkretnego produktu leczniczego. Wnioskodawca wskazuje, że rodzaj szczepionki zostanie wybrany przez Realizatora programu. Szczepienia przeciw grypie są uznawane za ogólnie bezpieczne dla zdrowia, ale w znikomych przypadkach występują działania niepożądane – odczyny poszczepienne (NOP). Autor nie odnosi się jednak do tej kwestii. Informuje natomiast, że przed każdym szczepieniem zapewniona będzie konsultacja lekarska, a w razie wystąpienia przeciwwskazań beneficjent nie będzie mógł uczestniczyć w programie.

W projekcie programu nie uwzględnia się działań edukacyjnych, które co raz częściej są zalecane w tego typu programach zdrowotnych przez ekspertów i towarzystwa naukowe. Zintensyfikowana edukacja zdrowotna w profilaktyce grypy i jej powikłań może powodować znaczące korzyści dla zdrowia populacji oraz jej aktywne uczestnictwo w szczepieniach ochronnych.

Dot. organizacji programu:

Wybór Realizatora programu odbędzie się na zasadach otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Do obowiązków danego realizatora będzie należeć między innymi wybór szczepionki, realizacja świadczeń przewidzianych w ramach założeń programu oraz comiesięczne sprawozdania nt. wdrażania programu. Wnioskodawca precyzyjnie określa, że każda osoba, która ukończyła 60 r.ż. i zgłosi się do siedziby Realizatora programu zostanie poddana kwalifikującemu badaniu lekarskiemu, a po wykluczeniu przeciwwskazań zostanie zaszczepiona.

W kontekście programu dotyczącego szczepień przeciwko grypie ważny jest także termin podawania szczepionki. Zgodnie z wytycznymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce szczepionka przeciw grypie może być podawana przez cały sezon występowania grypy. Jednak u osób należących do grup zwiększonego ryzyka powikłań pogrypowych, a więc u tych, u których istnieją medyczne wskazania do uodpornienia przeciw grypie szczepionkę należy podawać w okresie od września do połowy listopada. W projekcie programu określono czas jego realizacji na sierpień-listopad 2014 r. Zgodnie z rekomendacjami sugeruje się skrócenie harmonogramu szczepień od września do połowy listopada 2014 r. Warto również pamiętać, że programy szczepień ochronnych p/grypie nie powinny mieć charakteru jednorazowego, gdyż ważna jest dla uzyskania odporności kokonowej cykliczność szczepień w każdym kolejnym sezonie epidemiologicznym. Wnioskodawca nie wspomina o możliwości dalszej kontynuacji danego programu zdrowotnego.

Dot. monitorowania i ewaluacji:

W projekcie przewidziano monitorowanie i ewaluację programu, opisano dokładnie w jaki sposób będzie się odbywało monitorowanie zgłaszalności. Zasadnym byłoby aby uwzględniono także liczbę zachorowań na grypę oraz liczbę i rodzaj powikłań pogrypowych, liczbę hospitalizacji, wizyt ambulatoryjnych w populacji, do której skierowany jest program. W celu oceny jakości świadczeń w programie zasadnym byłoby przeprowadzenie ankiety wśród beneficjentów oceniającej ich zadowolenie z uczestnictwa w programie.

Warto wspomnieć, że podobny program był przedmiotem oceny RP i Prezesa Agencji w roku 2013, gdzie otrzymał pozytywną opinię (nr 102/2013). Wnioskodawca nie odwołuje się jednak do efektów poprzedniej edycji programu zdrowotnego.

Dot. planowanych kosztów:

Wnioskodawca określa koszt całkowity realizacji programu zdrowotnego na 4 tys. zł. Oszacowuje dodatkowo koszt jednostkowy szczepienia na 25-35zł. Jednak nie precyzuje czy w podanym koszcie jednostkowym zawiera się cena szczepionki, zaszczepienia pacjenta oraz koszt badania lekarskiego.

Biorąc pod uwagę podaną cenę szczepienia oraz budżet całkowity przeznaczony do realizacji celu, Wnioskodawca będzie w stanie zaszczepić:

Wariant 1: 4000 zł / 25 zł = 160 osób

Wariant 2: 4000 zł / 35 zł = ok. 114 osób

Przy zabezpieczonych środkach finansowych Wnioskodawca będzie w stanie zaszczepić od 9 do 12% populacji docelowej programu.

Wszystkie wydatki będą pokrywane z środków zabezpieczonych w budżecie Gminy.

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

- I. Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim jest grypa oraz związane z nią powikłania.
- II. Dostępność działań programów dla beneficjentów – zaplanowano akcję informacyjną (ogłoszenia, plakaty informacyjne, strona internetowa).
- III. Skuteczność szczepień przeciwko grypie w grupie osób w podeszłym wieku wg wytycznych praktyki klinicznej, uważana jest za dowiedzioną, a korzyści przeważają nad potencjalnym ryzykiem związanym z podawaniem szczepionki. Zarówno skuteczność, jak i efektywność kosztowa szczepień w danym roku zależna jest od wielu czynników, takich jak dopasowanie antygenowe szczepionki do krążącego wirusa, inwazyjność wirusa, stan epidemiologiczny oraz odsetek zaszczepionych osób w populacji.
- IV. W projekcie podjęto próbę oszacowania kosztów jednostkowych realizacji Programu, tj. kosztu szczepienia - 25-35 zł. Budżet całkowity programu wynosi 4 tys. zł. Program ma być finansowany całkowicie z budżetu Gminy.
- V. Monitorowanie i ewaluacja w danym projekcie programu zostały częściowo określone. Brakuje odniesienia do oceny jakości świadczeń przez beneficjenta i szczegółowej oceny efektywności programu.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-137/2014 „Szczepienie profilaktyczne przeciwko grypie osób powyżej 60 roku życia” realizowany przez: Gmina Czerniejewo, Warszawa, lipiec 2014 oraz aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktycznych szczepień przeciwko grypie w wybranych grupach ryzyka – wspólne podstawy oceny” Warszawa, luty 2014.