



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 216/2017 z dnia 21 sierpnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie
osób powyżej 60 r.ż. zamieszkałych w mieście Jastrzębie-Zdrój”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób powyżej 60 r.ż. zamieszkałych w mieście Jastrzębie-Zdrój” 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.

Cele szczegółowe zaproponowane w programie wymagają przekonstruowania. Oczekiwane efekty i mierniki efektywności w większości zaplanowano poprawnie i powinny one umożliwić ocenę skutków programu.

Populacja docelowa oraz interwencje przewidziane w ramach programu są zgodne z wytycznymi. Niemniej jednak warto rozwiązać wątpliwości dotyczące liczebności populacji docelowej w odniesieniu do planowanych działań. Dodatkowo, w ramach planowanych interwencji, warto uszczegółowić opis dotyczący edukacji zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają doprecyzowania, szczególnie pod kątem oceny efektywności programu.

Budżet należy zweryfikować pod kątem przyjętej liczebności populacji docelowej. Ponadto należy pamiętać, że zaplanowany kosztorys może ulec modyfikacji po otrzymaniu z NFZ decyzji o wysokości/braku dofinansowania programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej, dotyczący zapobiegania grypie. Budżet zaplanowany na realizację programu wynosi 2 272 500 zł. Okres realizacji to lata 2017-2021.

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 MZ z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz.1126): „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom”. Tematyka programu odnosi się do zagadnienia zapobiegania zachorowaniom na grypę w populacji osób z grup ryzyka (osoby powyżej 65 r.ż.). W projekcie programu opisano problem zdrowotny oraz odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zachorowalności oraz śmiertelności z powodu grypy w skali ogólnoswiatowej i krajowej. Warto byłoby uwzględnić także dane regionalne.

Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia na świecie co roku choruje na grypę ok. 5-10% dorosłych oraz 20-30% dzieci, a umiera ok. 250-500 tys. osób. W Polsce w 2015 r. zgłoszono największą zapadalność na grypę i choroby grypopodobne (ok. 9,99 tys./100 tys. osób).

Dodatkowo można wskazać, że w okresie od 23 do 30 czerwca 2017 r. średnia dzienna zapadalność na grypę w woj. śląskim, na terenie którego znajduje się miasto Jastrzębie-Zdrój, wynosiła 12,16/100 tys. mieszkańców (5,15 dla osób powyżej 65 r.ż.), przy średniej dla kraju wynoszącej 15,76/100 tys. mieszkańców (7,60 dla osób powyżej 65 r.ż.). W woj. śląskim odnotowano spadek zapadalności na grypę o 2,16 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

Celem głównym programu jest zwiększenie o 30% liczby osób powyżej 60 r.ż. zaszczepionych przeciwko grypie, zamieszkujących miasto Jastrzębie-Zdrój. Dodatkowo wskazano 6 celów szczegółowych. Zaproponowane cele programowe wymagają przeformułowania. Cele szczegółowe są mylone lub powielane z oczekiwanymi efektami (np. celem szczegółowym jest zmniejszenie umieralności na grupę wśród mieszkańców miasta, a oczekiwanym efektem ma być zmniejszenie wśród osób powyżej 60 r.ż. liczby zgonów na skutek powikłań pogrypowych). Przykładowy cel szczegółowy mógłby uzyskać brzmienie: zwiększenie liczby osób powyżej 60 r.ż. zaszczepionych przeciwko grypie o x% czy też zwiększenie liczby osób, u których przeprowadzona zostanie edukacja zdrowotna z zakresu profilaktyki grypy o x% (zgodnie z planowanymi do wdrożenia interwencjami) w danym czasie. Wówczas oczekiwanymi efektami programu byłyby w perspektywie krótkofalowej: wzrost osób powyżej 60 r.ż. zaszczepionych przeciwko grypie oraz wzrost wiedzy uczestników programu na temat profilaktyki grypy. Efektami długofalowymi mogłyby być wówczas: obniżenie zachorowalności/ hospitalizacji/ umieralności z powodu grypy i powikłań pogrypowych w populacji docelowej programu. Zastanawia także niewspółmierność celu głównego i jednego z celów szczegółowych tj. przewiduje się zwiększenie o 30% liczby osób zaszczepionych przy planowanym 50% zwiększeniu dostępności do szczepień. Powyższe kwestie wymagają doprecyzowania. Ponadto warto 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, jednak, jak wspomniano powyżej, pokrywają się one z celami programowymi. Warto zaznaczyć, że oczekiwane efekty powinny opisywać stan, jaki spodziewa się osiągnąć w ramach działań realizowanych w programie.

Zaproponowane w projekcie mierniki efektywności są poprawne. Dodatkowo można by uwzględnić liczbę osób, których nie zaszczepiono w powodu przeciwwskazań, a także liczbę osób, u których stwierdzono występowanie odczynów poszczepiennych. Należy pamiętać, że mierniki efektywności są wskaźnikami, które powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji zaplanowanych działań. Warto także zwrócić uwagę, aby wartości mierników 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 powyżej 60 r.ż. zamieszkałe w mieście Jastrzębie-Zdrój. W projekcie wskazano liczbę adresatów programu na 21 430 osób. Dane demograficzne przedstawione w projekcie są prawidłowe. Niemniej jednak w projekcie zaznaczono, iż planowany jest 50% udział populacji docelowej w programie. Argumentowano to zjawiskiem starzenia się społeczeństwa, a także określoną chęcią uczestnictwa osób w programie. Przyjęty algorytm postępowania wymaga wyjaśnienia. Wspomniany fakt starzenia się społeczeństwa sugerowałby raczej dążenie do możliwie jak największego udziału osób powyżej 60 r.ż. w programie. Niewiadomym pozostaje również, w jaki sposób oceniono chęć wzięcia udziału w programie jego potencjalnych uczestników (np. czy przeprowadzono w tym celu ankietę, czy też wynika to z przeprowadzonych rozmów w losowo wybranej grupie potencjalnych uczestników programu). Zaistniałe wątpliwości należy wyjaśnić.

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).

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. Lista stosowanych szczepionek powinna być aktualizowana corocznie zgodnie z wytycznymi KLR.

Projekt programu zakłada także przeprowadzenie działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki grypy. 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. Zasadne wydaje się rozbudowanie tej części programu oraz dokładne opisanie zakresu i sposobu przeprowadzenia planowanych działań edukacyjnych.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada jego monitorowanie i ewaluację. 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.

W zakresie oceny zgłaszalności zostanie wzięta pod uwagę liczba osób przystępujących do programu w stosunku do populacji uprawnionej do udziału w programie. Dodatkowo warto uwzględnić liczbę osób, które nie wezmą udziału w programie ze względu na przeciwwskazania zdrowotne, a także liczbę osób biorących udział w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie przeprowadzona na podstawie ankiety satysfakcji uczestnika. Należy podkreślić, iż załączona ankieta satysfakcji dotyczy wyłącznie oceny działań z zakresu opieki medycznej, pomijając oferowane działania edukacyjne, co warto uzupełnić. Zasadnym wydaje się także wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za nadzór jakościowy nad świadczonymi usługami, której efekt pracy powinien być zakończony raportem. Dodatkowo warto umożliwić każdemu uczestnikowi programu zgłaszanie pisemnych uwag w zakresie jakości świadczeń.

W ramach programu w sposób niewłaściwy odniesiono się do oceny efektywności programu.. Zaleca się uwzględnienie mierników z zakresu szczepień ochronnych, w tym także danych statystycznych zapadalności na grypę według Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, liczby przeprowadzonych szczepień w ramach programu, wskaźników związanych z poszczepiennymi działaniami niepożądanymi. W ramach ewaluacji powinno się także określić wpływ działań edukacyjnych na zgłaszalność na szczepienia przeciw grypie. Ewaluacja powinna 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 uwzględniono w opiniowanym projekcie.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu.

W projekcie przedstawiono etapy realizacji programu. Projekt przewiduje przeprowadzenie akcji informacyjnej, jednak nie określono jej formy. Warto pamiętać, że kampania informacyjna nt. działań podejmowanych w programie może być jednym z wyznaczników równego dostępu do oferowanych świadczeń zdrowotnych. Wątpliwości budzi planowana edukacja zdrowotna. Nie została opisana w sposób szczegółowy. Ponadto w projekcie występują rozbieżności co do uczestników, którzy mają zostać objęci działaniami edukacyjnymi. W jednej części projektu wskazuje się, że edukacja będzie prowadzona tylko u tych pacjentów, którzy zakwalifikują się do udziału w szczepieniach ochronnych. Natomiast w innym punkcie programu można odnaleźć informację, iż w przypadku braku możliwości zaszczepienia uczestnika, obywateli zostanie poddany działaniom z zakresu edukacji zdrowotnej. Powyższe kwestie warto doprecyzować. Ponadto zasadnym wydaje się przygotowanie wzorów materiałów, które mogą zostać wykorzystane w akcji informacyjno-edukacyjnej.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie w większości zostały określone poprawnie. Dodatkowo należałoby wskazać, czy o udziale w programie będzie decydowała kolejność zgłoszeń, czy może inna metoda. W projekcie podano także informację, że zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym etapie jego trwania, na życzenie uczestnika lub ze wskazań medycznych. W razie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego planowana jest dodatkowa konsultacja medyczna.

Całkowite koszty programu oszacowano na kwotę 2 272 500 zł. Koszt szczepienia jednego pacjenta określono na 44 zł, a koszt jednostkowy akcji informacyjno-edukacyjnej na 1 zł. Aczkolwiek wątpliwości budzi oszacowanie kosztów całkowitych pod kątem liczebności populacji. W projekcie podano, że do etapu edukacji zdrowotnej przystąpią wszyscy uprawnieni, tj. 100% populacji docelowej, a więc powinno to być ok. 21 430 osób rocznie. Z kolei do etapu szczepień ma przystąpić 50% uprawnionych osób. Jednakże w tabeli kosztów realizacji programu podano informację, że etap udzielania świadczeń medycznych obejmie 80% uczestników programu. Natomiast w analizie kosztów i w obliczeniach uwzględniono w 2017 r. udział 10 500 osób i w latach 2018-2021 udział

10 000 osób rocznie zarówno w przypadku działań edukacyjnych jak i etapu szczepień. Powyższe rozbieżności wymagają wyjaśnienia.

W projekcie założono, że program będzie współfinansowany ze środków NFZ. Brakuje jednak informacji dotyczącej wysokości planowanego dofinansowania. Zgodnie z treścią ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016 poz. 1793, art. 48d) NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jst w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż określone w wykazach świadczeń gwarantowanych, w kwocie nieprzekraczającej: 80% środków przewidzianych na realizację programu jst o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys. lub 40% środków przewidzianych na realizację programu jst przekraczającej 5 tys. mieszkańców. Mając na uwadze powyższe zaproponowany budżet będzie wymagał weryfikacji po otrzymaniu decyzji o wysokości/braku dofinansowania z NFZ.

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-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.441.212.2017 „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób powyżej 60 r.ż. zamieszkałych w mieście Jastrzębie-Zdrój” realizowany przez: miasto Jastrzębie-Zdrój, Warszawa, sierpień 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 255/2017 z dnia 16 sierpnia 2017 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób powyżej 60 roku życia zamieszkałych w mieście Jastrzębie-Zdrój”.