



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 76/2016 z dnia 13 maja 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
zakażeń pneumokokowych w oparciu o szczepienia przeciwko
pneumokokom w województwie lubelskim w latach 2016-2021”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie lubelskim w latach 2016-2021” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej porusza kwestię zapobiegania zakażeniom pneumokokowym w populacji dzieci oraz osób dorosłych.

Postawione w projekcie cele główne warto określić w sposób zgodny z regułą SMART. Natomiast mierniki efektywności zostały określone poprawnie.

Populacja docelowa, która ma zostać objęta szczepieniami, obejmuje zarówno dzieci jak i osoby starsze. Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi warto jednak rozważyć zmianę kryterium kwalifikacji dotyczącego wieku dzieci na niższy, zaś dorosłych - na osoby powyżej 65 r. ż, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka.

W projekcie dokonuje się podziału populacji na 4 warianty, które nie zostały opisane w sposób jasny i przejrzysty. Opis wariantów utrudnia określenia odsetków populacji, jakie zostaną w ramach programu zaszczepione. Należy tą kwestię doprecyzować i uszczegółwić.

Zaplanowane interwencje znajdują odzwierciedlenie w dowodach naukowych. Ważne jest, że program stanowić będzie uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

W projekcie nie zaplanowano działań edukacyjnych. Warto rozważyć dołączenie edukacji do przewidzianej interwencji, gdyż może ona stanowić wartość dodaną programu oraz może wpłynąć na zachowania prozdrowotne populacji oraz jej stan zdrowia i sytuację społeczną.

Monitorowanie i ewaluacja zawiera niezbędne do oceny wskaźniki, które mogą umożliwić wiarygodną i obiektywną ocenę realizacji programu.

Przedstawiony budżet zawiera oszacowania jedynie dla roku 2016 dla populacji dzieci. Nie wskazano oszacowań dla populacji osób starszych. Dla kolejnych lat przedstawiono koszty dla obydwu populacji. W budżecie nie wskazano jednak czy są to oszacowania z uwzględnieniem wszystkich 4 wariantów populacji. Brakuje także oszacowań dotyczących kosztów wizyt kwalifikujących oraz działań informacyjnych. Ponadto zaplanowany budżet wydaje się być przeszacowany. Należy się do tych kwestii ustosunkować i przedstawić dokładny opis zaplanowanego wydatkowania środków.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń pneumokokowych. Okres realizacji to lata 2016-2021. Program został podzielony na 4 warianty realizacji. Koszt całkowity wykonania wariantu 1 (zaszczepienia 689 dzieci) oszacowano na 200 tys. zł. Całkowity koszt realizacji szczepień p/pneumokokom w kolejnych latach programu, w populacji dzieci to 5,8 mln zł, natomiast u osób starszych to 133,4 mln zł.

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

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy ważnego i dobrze zdefiniowanego problemu, jakim jest zakażenie pneumokokowe wśród dzieci. Program ten realizuje priorytety zdrowotne takie jak: „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom”, „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego” oraz „poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”.

W projekcie programu opisano problem zdrowotny oraz sytuację epidemiologiczną zakażeń pneumokokowych w skali światowej, krajowej i wojewódzkiej. Dane epidemiologiczne w Polsce nt. problemu zakażeń pneumokokowych gromadzone są głównie dla populacji dzieci poniżej 2 roku życia, najbardziej narażonej na infekcje wywoływane przez *S. pneumoniae*. Jednak zgodnie z szacunkami KOROUN z 2013 r. na podstawie izolatów grupy 351 osób w różnym wieku, stwierdzono, że najwyższy odsetek zgonów wśród przypadków IChP był w grupie wiekowej powyżej 75 roku życia (ponad 60% wskaźnik śmiertelności - CFR), nieco mniej (ale CFR powyżej 30%) w grupie 55-64 lat, a następnie 65-74 (ponad 20%). Zgodnie z danymi KOROUN w 2014 r. najwyższy współczynnik wykrywalności IChP odnotowano w grupie poniżej 2 r.ż. (5,61/100 tys.), następnie w populacji osób powyżej 65 r.ż. (3,24/100 tys.) i dzieci 2-4 r.ż. (2,89/100 tys.). W związku z tym, że statystyki dla osób starszych z zakażeniem pneumokokowym nie są zadowalające, prewencja w postaci szczepień ochronnych wydaje się być uzasadniona z epidemiologicznego punktu widzenia.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci i dorosłych zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego. Dodatkowo wskazano 4 cele szczegółowe. Proszę jednak zwrócić uwagę, że cel główny został określony w sposób ogólny i utrudniona może być jego realizacja. Warto cele programowe tworzyć zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być m. in. szczegółowy (zawierający czytelny przekaz), mierzalny (liczbowe określenie stopnia jego realizacji), realistyczny (możliwy do osiągnięcia), ambitny/atrakcyjny i terminowy (określony w czasie).

Oczekiwane efekty zostały określone poprawnie.

W projekcie wskazano mierniki efektywności, które odnoszą się zarówno do oceny zgłaszalności do programu jak również efektywności szczepień. Zaplanowane mierniki odpowiadają celom programu. W ramach oceny efektywności planuje się określenie współczynników zapadalności na choroby pneumokokowe oraz liczby hospitalizacji z ich powodu. Warto mieć na uwadze, aby wszystkie dane porównać z danymi z lat poprzednich, tak aby możliwe było określenie wpływu szczepień na sytuację epidemiologiczną w regionie.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią zarówno dzieci (od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 5 lat), jak i osoby starsze po 60 roku życia.

Głównymi kryteriami kwalifikacji do programu są wiek populacji, zameldowanie na terenie woj. lubelskiego, niezaszczepienie wcześniej p/zakażeniami pneumokokowym oraz nienależenie do

potencjalnych grup ryzyka choroby pneumokokowej. Ostatnie kryterium kwalifikacji może częściowo powodować powielanie świadczeń gwarantowanych, gdyż w określonych grupach ryzyka u dzieci szczepienia przeciw pneumokokom są finansowane. W odniesieniu do populacji osób dorosłych warto działania skierować w pierwszej kolejności do osób z grup ryzyka.

Odniesiono się do liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w programie (blisko 66 tys. dzieci i ponad 460 tys. osób starszych). Natomiast liczba potencjalnych uczestników programu pozostaje niejasna. W kosztorysie projektu programu wskazuje się na realizację szczepień wśród 689 dzieci w 2016 r. oraz 20 tys. w latach kolejnych. Osoby starsze, z kolei, oszacowano na ok. 460 tys. uczestników w latach 2017-2021, nie wiadomo ilu uczestników zostanie objętych działaniami w 2016 r. Należy daną kwestię doprecyzować.

W projekcie zaznacza się, że realizacja programu jest wieloetapowa i wielopoziomowa, w związku z czym stosuje podział populacji oraz sposobów jego finansowania na cztery warianty. Wariant 1 i 2 dotyczy populacji dzieci w ww. grupie wiekowej, natomiast 3 i 4 obejmuje osoby starsze. W obu wariantach 1 i 3, projekt zostanie sfinansowany z budżetu wojewódzkiego, gwarantując tym samym realizację kampanii informacyjno-edukacyjnej dla populacji docelowej i rodziców/opiekunów prawnych nieletnich dzieci. Natomiast pozostałe dwa warianty stanowią wsparcie dla powiatów i gmin z terenu województwa lubelskiego, które realizują programy z zakresu szczepień p/pneumokokom. W projekcie dopuszcza się udzielanie wsparcia finansowego gminom i powiatom przez województwo lubelskie w zakresie realizowanych przez nich programów. Jednak przedstawiony opis wariantów i założeń jest niejasny i wprowadza niejasności w zakresie oszacowań populacji. Również w odniesieniu do budżetu nie dokonano stosownych oszacowań tych wariantów, więc niemożliwe jest odniesienie się do kwestii populacji. Nie wiadomo także dokładnie, czy zostaną zrealizowane wszystkie opcje w ramach ocenianego projektu programu, czy też głównie te obejmujące całkowite finansowanie z budżetu wojewódzkiego.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi m.in. Advisory Committee on Immunization Practices i Centers for Disease Control and Prevention oraz opiniami polskich ekspertów wydaje się zasadne wykonywanie szczepień przeciwko pneumokokom w populacji osób dorosłych powyżej 65 r.ż. ze szczególnym uwzględnieniem osób w grupach ryzyka (z czynnościowym brakiem śledziona lub z niedoborami odporności oraz chorujący przewlekle).

Zgodnie z zaleceniami szczepienie przeciw pneumokokom powinno się rozpoczynać w pierwszym kwartale życia, aby już w drugim półroczu życia uzyskać ochronne miana przeciwciał. Odwlekanie szczepienia do momentu, gdy można podać np. jedną dawkę (>2 r.ż.) jest postępowaniem niewłaściwym, gdyż największa zachorowalność na IChP występuje właśnie w pierwszych dwóch latach życia. Warto podkreślić, że w Polsce częstość występowania IChP, a także pneumokokowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci, maleje wraz z wiekiem i jest najwyższa w okresie od 0-23 m.ż. Zastosowanie szczepień przeciw zakażeniom pneumokokowym przyczyniać się może do 65% redukcji hospitalizacji u dzieci w pierwszym roku życia, w porównaniu z 23% redukcją u dzieci w wieku od 2 do 4 r.ż., z powodu pneumokokowego zapalenia płuc.

W świetle powyższych zaleceń zasadnym byłoby objęcie szczepieniami dzieci młodszych oraz osób powyżej 65 r.ż.

Interwencja

Projekt programu zakłada wykonanie szczepień ochronnych przeciwko *S. pneumoniae* wśród dzieci (2-5 r.ż.) oraz osób po 60 roku życia zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego, w opisanych wcześniej czterech wariantach realizacji programu. Przewiduje się zastosowanie skoniugowanej szczepionki 13-walentnej w schemacie jednodawkowym, co pozostaje w zgodzie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego PCV-13 i ww. grupą wiekową.

Należy pamiętać, że wybór szczepionki zgodnie z wytycznymi WHO z 2012 r. powinien być oparty na aktualnej sytuacji epidemiologicznej, dystrybucji serotypów powodujących zakażenia inwazyjne w poszczególnych grupach wiekowych, zapadalności na IChP w poszczególnych grupach wiekowych oraz danych farmakoekonomicznych.

W programie nie zaplanowano prowadzenia działań edukacyjnych wśród rodziców/ opiekunów prawnych dzieci oraz uczestników programu. Proszę mieć na uwadze, że odpowiednio przeprowadzona kampania edukacyjna może mieć istotny wpływ na zgłaszalność i poprawę zdrowia populacji, dlatego warto rozważyć przeprowadzenie działań edukacyjnych.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu uwzględnia jego monitorowanie i ewaluację, jednak wymaga doprecyzowania w tym zakresie.

Należy podkreślić, że monitorowanie i ewaluacja są ważne w programach o wieloetapowym czy też wielopoziomowym charakterze. Monitorowanie działań w programie powinno odbywać się na każdym jego etapie.

Ocena zgłaszalności została przygotowana poprawnie.

W projekcie wskazuje, że ocena jakości świadczeń w ramach programu będzie dokonywana w sposób bieżący. Jednak warto uwzględnić również funkcję osoby/organu odpowiedzialnego za stałe monitorowanie działań i zgłaszanie wszelkich nieprawidłowości/uwag. Warto również, w ramach oceny jakości świadczeń, rozważyć stworzenie ankiety satysfakcji pacjenta z usług zdrowotnych w programie.

Ocena efektywności powinna mieć wymiar bieżący, jak i długofalowy. W dalszej perspektywie czasu należy rozważyć przeanalizowanie wskaźników zapadalności na IChP, wykrywalności zakażeń pneumokokowych oraz współczynników hospitalizacji dzieci i dorosłych w stosunku do danych sprzed realizacji programu.

Warunki realizacji

W przedmiotowym projekcie programu polityki zdrowotnej przedstawiono części składowe, etapy i działania organizacyjne.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie. Nie odniesiono się natomiast do możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu. Wydaje się natomiast zasadnym, aby uczestnicy programu zostali poinformowani o możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu, gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych (już poza programem).

Realizatorzy programu zostaną wybrani na zasadach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Kompetencje personelu i niezbędne warunki do realizacji programu zostały przedstawione w projekcie.

W projekcie programu przedstawiono wstępny kosztorys działań przygotowany na rok 2016 dla pierwszego wariantu szczepień ochronnych (tj. w populacji dzieci od 2 r.ż. do ukończenia 5 r.ż.) finansowanego z budżetu wojewódzkiego. Określa się, że całkowita kwota przeznaczona na jego realizację to 200 tys. zł w 2016 r. Oszacowano również koszt zaszczepienia potencjalnego uczestnika programu na 290 zł (w tym koszt działań promocyjnych, szczepionki oraz koszty obsługi). Nie wiadomo dokładnie, czy w ww. kwocie zostało uwzględnione badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia oraz edukacja zdrowotna uczestników. Niejasny jest również dobór liczebności dzieci, tj. 689 osób.

Oprócz ww. oszacowań, przedstawia się także planowany koszt całkowity realizacji programu na lata kolejne, nie wskazano natomiast, dla którego z opisanych wariantów został on przedstawiony. Wydatki całkowite na wykonanie szczepień w populacji dzieci będą oscylować w granicach 5,8 mln zł (dla 20 tys. osób przy koszcie zaszczepienia 290 zł) oraz 133,4 mln zł dla populacji po 60 roku życia (460 tys. mieszkańców woj. lubelskiego).

Biorąc pod uwagę powyższe, przewidywane koszty działań w ramach programu wydają się być wysokie, natomiast metodologia ich oszacowań bardzo niejasna. Dlatego też realizacja programu oraz optymalne wykorzystanie zasobów finansowych województwa lubelskiego budzą wątpliwości.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Pneumokoki to szeroko rozpowszechnione w środowisku patogeny, które mogą wywołać Inwazyjną Chorobę Pneumokokową (IChP) w postaci zapalenia opon mózgowych, zapalenia płuc lub bakteriemii, albo nieinwazyjną, skutkując ostrym zapaleniem ucha środkowego albo zatok. W Polsce, nosicielami *Streptococcus pneumoniae* jest 80-98% dzieci w wieku 6 m. ż. – 5 r. ż. Zakażenie pneumokokami może mieć szczególnie ciężki przebieg u dzieci poniżej 5 r.ż.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 14,5 mln dzieci poniżej 5 r. ż. choruje rocznie na świecie na inwazyjne choroby pneumokokowe (IChP), a blisko 1 mln dzieci w wieku od 1 m. ż. do 5 r. ż. rocznie umiera z ich powodu. *S. pneumoniae* jest przyczyną 11% zgonów wśród dzieci w wieku od 1 m. ż. do 5 r. ż. (wyłączając dzieci HIV dodatnie).

Według ostatnich badań epidemiologicznych zapadalność na inwazyjną postać choroby pneumokokowej u dzieci do 2 r. ż. wynosiła 19/100 000, do 5 r. ż. – 17,6/100 000. Według danych WHO wskaźniki te mogą być nawet 25-krotnie wyższe. Jedną z przyczyn tak dużych różnic pomiędzy danymi statystycznymi, a szacunkowymi może być fakt, że w Polsce nie pobierano materiału do badań bakteriologicznych. Najnowsze dane, zgromadzone w kilka lat po wprowadzeniu szczepień przeciwko pneumokokom, prezentują już zdecydowanie niższą zapadalność na IChP. W populacji polskiej nosicielstwo *S. pneumoniae* wynosi 62% w grupie dzieci uczęszczających do żłobka i jedynie 22% wśród dzieci przebywających w domu.

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych, szczepienia przeciw pneumokokom są dostępne dla dzieci do 5 r. ż. o podwyższonym ryzyku zachorowania na IChP. Do grup tych zaliczają się:

- Dzieci po urazie lub z wadami ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego;
- Dzieci zakażone HIV;
- Dzieci po przeszczepie szpiku, przed lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych, lub przed lub po wszczepieniu implantu ślimakowego;
- Dzieci chorujące na przewlekłe choroby serca;
- Dzieci ze schorzeniami immunologiczno-hematologicznymi, w tym małopłytkowością idiopatyczną, ostrą białaczką, chłoniakami, sferocytozą wrodzoną;
- Dzieci z asplenią wrodzoną, dysfunkcją śledziony, po splenektomii lub po leczeniu immunosupresyjnym;
- Dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek i nawracającym zespołem nerczycowym
- Dzieci z pierwotnymi zaburzeniami odporności;
- Dzieci z chorobami metabolicznymi, w tym cukrzycą;
- Dzieci z przewlekłymi chorobami płuc, w tym astmą;
- Dzieci od 2 m. ż. do 12 m. ż. urodzone przed 37 tygodniem ciąży lub urodzone z masą urodzeniową poniżej 2500 g.

W pozostałych przypadkach szczepienia są zalecane, ale nie finansowane ze środków publicznych.

W przypadku osób dorosłych nie ma powszechnych wskazań do stosowania szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom w Polsce (oprócz grup ryzyka i osób powyżej 50 r.ż. – Program Szczepień Ochronnych na 2016 r.). Brak jest zatem alternatywnych świadczeń.

Ocena technologii medycznej

Odnaleziona publikacja dotycząca sytuacji w Wielkiej Brytanii stwierdza, że powszechne szczepienie dzieci przeciwko *S. pneumoniae* ma efekt szerszy niż tylko zapobieganie zakażeniom i ich

powikłaniom, ale przekłada się również na indukowanie odporności zbiorowej. Szczepienie dzieci zapobiega rozprzestrzenianiu się zakażeń np. w przedszkolach, a także w rodzinach, czyli zakażaniu podatnych osób starszych. Ograniczenie zachorowań prowadzi do zmniejszenia konieczności stosowania antybiotyków, co ogranicza oporność antybiotykową bakterii.

Zgodnie z odnalezionym przeglądem systematycznym Cochrane Lucero 2009 efektywność PCV w zapobieganiu IChP wywołanym przez serotypy zawarte w szczepionce oszacowano na 80%, zaś w zapobieganiu IChP wywołanym przez wszystkie serotypy - na 58%.

Z ostatnio publikowanych badań nie można sformułować jednoznacznych wniosków co do efektywności kosztowej stosowania szczepionek skoniugowanych (PCV10 i PCV13).

Na podstawie zestawienia danych europejskiego CDC, wśród wymienionych 31 krajów, większość stosuje w kalendarzach szczepień schemat 2+1. W Polsce szczepienia przeciwko pneumokokom nie są wpisane do kalendarza, a zalecenia zawarte w Programie Szczepień Ochronnych odwołują się do Charakterystyki Produktu Leczniczego. Obecnie, w większości krajów europejskich stosowana jest szczepionka 10-walentna lub 13-walentna. Poza Europą narodowe programy szczepień w USA, Kanadzie, Australii i Nowej Zelandii uwzględniają podawanie dzieciom szczepionki przeciw pneumokokom (w USA od 2010 roku rekomendowana jest szczepionka 13-walentna, podobnie w Kanadzie i Australii).

Szczepienie przeciw pneumokokom można rozpocząć w pierwszym kwartale życia, aby już w drugim półroczu życia uzyskać ochronne miano przeciwciał. Odwlekanie szczepienia (najczęściej ze względów finansowych) do momentu, gdy można podać np. jedną dawkę (>2 r. ż.) jest postępowaniem ryzykownym, gdyż największa zachorowalność na IChP występuje właśnie w pierwszych dwóch latach życia.

W Polsce nie ma szczegółowych wytycznych skupiających się jedynie na zasadności szczepień przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych, brakuje również konkretnych zaleceń towarzystw naukowych w tym zakresie. Jednak w opinii ekspertów KOROUN i wydanym przez nich dokumencie pt. „Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego” szczepienia ochronne p/pneumokokom są szczególnie zasadne u osób ≥ 65 r.ż. oraz wśród grup ryzyka w wieku od 2 do 64 lat (z czynnościowym brakiem śledziony lub z niedoborami odporności oraz chorujący przewlekłe). Zaznacza się również, że efektywność w zapobieganiu IChP po podaniu PCV13 u seniorów uznać można za co najmniej równorzędną z PPV23. Szczepionka PCV13 okazała się bezpieczna i immunogenna w badaniach klinicznych u dorosłych i może być stosowana u osób >50 r.ż.

Zalecenia amerykańskiego Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) sugerują zasadność danych szczepień ochronnych w grupach ryzyka oraz u osób w podeszłym wieku. Zakładają one rutynowe szczepienia koniugowaną 13-walentną szczepionką przeciwko pneumokokom (PCV13) osób powyżej 65 roku życia. W aktualnych zaleceniach ACIP rekomenduje się, aby:

- dorośli powyżej 65 r.ż., którzy nie byli jeszcze nigdy szczepieni przeciwko *S. pneumoniae* lub u których historia szczepień jest nieznaną, powinni w pierwszej kolejności otrzymać 1 dawkę PCV13, a następnie 1 dawkę szczepionki polisacharydowej (PPSV23). Szczepionkę polisacharydową należy podać w okresie 6–12 miesięcy po szczepieniu PCV13.
- dorośli w wieku 65 lat lub więcej, którzy nie byli szczepieni PCV13, ale otrzymali co najmniej jedną dawkę PPSV23, zostali zaszczepieni 1 dawką PCV13. Dawkę tą należy podać co najmniej 1 rok po ostatnim szczepieniu PPSV23. Jeżeli konieczna jest druga dawka PPSV23, należy ją podać po upływie 6–12 miesięcy od szczepienia PCV13 i co najmniej 5 lat od ostatniego szczepienia PPSV23.

Warto również zaznaczyć, że CDC (2012) zaleca szczepienie przeciw pneumokokom (PPSV23) osobom dorosłym w grupie wiekowej 19-64 lat w przypadku rozpoznania choroby kwalifikującej danego pacjenta do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia inwazyjnej choroby pneumokokowej. Zwiększone zagrożenie infekcjami pneumokokowymi dotyczy osób po usunięciu śledziony, ponieważ jest ona organem odpowiedzialnym za eliminację pneumokoków z organizmu. Również wszystkie

stany obniżenia odporności, choroby przewlekłe (cukrzyca, choroby nerek, niewydolność krążenia), a szczególnie pogarszające sprawne oczyszczanie dróg oddechowych (astma, POChP, palenie tytoniu), stanowią czynnik ryzyka rozwoju poważnych zakażeń pneumokokowych.

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.441.58.2016 „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie lubelskim w latach 2016-2021” realizowany przez: województwo lubelskie, Warszawa kwiecień 2016, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki zakażeń pneumokokowych – wspólne podstawy oceny”, marzec 2014. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 121/2016 z dnia 25 kwietnia 2016 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie lubelskim w latach 2016-2021”