



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 57/2020 z dnia 25 sierpnia 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom
meningokokowym w mieście Ostrowiec Świętokrzyski”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w mieście Ostrowiec Świętokrzyski” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Populacja docelowa i zaplanowane interwencje określono zgodnie z wytycznymi. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości. Poniżej przedstawiono najważniejsze uwagi do opiniowanego programu:

- Część programu dotycząca celu głównego, celów szczegółowych oraz mierników efektywności wymaga uzupełnienia i doprecyzowania. Zaproponowane w projekcie cele warto przeformułować tak, aby reprezentowały one w większym stopniu realny i osiągalny stan po zakończeniu programu. Cel główny nie ma szczegółowego uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Jak wynika z analizy sytuacji epidemiologicznej ograniczenie liczby chorych i/lub hospitalizowanych chorych o połowę wydaje się trudne do osiągnięcia. Z kolei w żadnym ze wskazanych celów szczegółowych nie określono wartości docelowych, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu. Nie przedstawiono również właściwie sformułowanych mierników do wszystkich celów szczegółowych. Należy zatem zdefiniować mierniki efektywności tak, by odnosiły się bezpośrednio do celów programu.
- W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację programu, jednak w obecnym kształcie może ona nie spełnić swojej roli, ze względu na przyjęte, nieodpowiadające celom, mierniki efektywności. Należy uwzględnić, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu przed wprowadzeniem działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Powyższa kwestia nie została jednak właściwie określona w ocenianym projekcie i wymaga doprecyzowania.
- Warto zweryfikować poprawność założeń w budżecie pod kątem kosztów jednostkowych, gdyż istnieje ryzyko podwyższenia kosztu całkowitego programu. Ponadto należy uwzględnić w budżecie koszty monitorowania oraz ewaluacji programu.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń meningokokowych w populacji dzieci urodzonych w 2019 r. i latach następnych, które ukończyły 12 m.ż. zamieszkałych w mieście Ostrowiec Świętokrzyski. Koszt realizacji programu oszacowano na 240 000 zł, natomiast okres realizacji zaplanowano na lata 2020-2024. 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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. z 2020 r., poz. 1398.), 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: „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii”, który należy do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

W treści projektu przedstawiono dane epidemiologiczne korespondujące z omawianym problemem zdrowotnym. Odniesiono się zarówno do danych europejskich, jak i ogólnopolskich oraz regionalnych dotyczących zapadalności na inwazyjną chorobę meningokokową (IChM). W celu określenia wskaźników epidemiologicznych bazowano na danych ECDC, PZH, GIS oraz KOROUN. W programie wskazano, że w Polsce od początku 2019 r. zanotowano łącznie 116 przypadków IChM, z czego 52 przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, 78 przypadków posocznicy i 4 przypadki inne określone i nieokreślone. W tym okresie współczynnik zapadalności na IChM wynosił 0,30 na 100 000 mieszkańców, w 2018 r. różnił się nieznacznie i wynosił 0,29 na 100 000 mieszkańców. Liczba zachorowań w woj. świętokrzyskim w 2018 r. była niewielka i dotyczyła łącznie 5 przypadków (odpowiednio w I kwartale – 4, w II kwartale – 1, w III i IV kwartale – 0). Ponadto podany współczynnik zapadalności na IChM dla woj. świętokrzyskiego w 2018 r. wynosił 0,40 na 100 000 mieszkańców i był wyższy w porównaniu do wskaźnika dla Polski.

Zgodnie z danymi PZH w 2018 r. najwyższy wskaźnik zapadalności na IChM zaobserwowano u niemowląt w wieku 0-11 m.ż. wyniósł on 11,60. U dzieci 12-23 m.ż. obserwowano niższą wartość tj. 6,10, natomiast u dzieci w wieku 2 lat – 3,17 (średnio u dzieci 0-4 r.ż. – 4,93). Według opracowania NIZP-PZH szczepienia ochronne w Polsce w 2018 roku, w województwie świętokrzyskim przeciw N. meningitidis zaszczepiono łącznie 6 250 osób, w tym 6 132 osób w wieku 0-19 lat.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem przedstawionego programu jest: „zmniejszenie liczby zakażeń Neisseria meningitidis typu A, C, W135, Y w tym IChM oraz hospitalizacji wywołanych IChM w populacji dzieci między pierwszym, a drugim rokiem życia z miasta Ostrowiec Świętokrzyski o 50% w okresie realizacji programu w latach 2020-2024”. Warto wskazać, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny składa się z dwóch odrębnych założeń, nie podano jednak uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Jak wynika z analizy sytuacji epidemiologicznej, przedstawionej w projekcie programu, w województwie świętokrzyskim, w roku 2018 z powodu IChM hospitalizowano łącznie pięć osób. Wobec tego, biorąc pod uwagę również zaplanowaną liczbę szczepień, ograniczenie liczby hospitalizowanych o połowę może okazać się trudne do osiągnięcia. Cel główny należy zatem sformułować tak, aby reprezentował on w większym stopniu realny stan po zakończeniu programu.

W projekcie zdefiniowano również następujące cztery cele szczegółowe:

- 1) „zwiększenie odsetka dzieci zaszczepionych przeciwko meningokokom w populacji gminy Ostrowiec Świętokrzyski”,

- 2) „poprawa stanu zdrowia mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski (zmniejszenie oraz zahamowanie nosicielstwa i liczby nowych rozpoznań zakażeń meningokokowych)”,
- 3) „zmniejszenie liczby hospitalizacji”
- 4) „zwiększenie poziomu świadomości mieszkańców (szczególnie rodziców). Rzetelna i skuteczna informacja do mieszkańców dotycząca prowadzonych szczepień ochronnych”.

W żadnym wskazanym celu nie określono wartości docelowych, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu. Cel nr 1 dotyczący zwiększania odsetka dzieci zaszczepionych nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Z kolei na zmniejszenie liczby hospitalizacji założonej w celu szczegółowym nr 3 będzie miała wpływ zachorowalność populacji na wiele jednostek chorobowych niezwiązanych z interwencją założoną w programie. Ponadto cel nr 4 traktujący o zwiększaniu świadomości mieszkańców wydaje się niemierzalny i nieprecyzyjny - sugeruje się, by określić poziom wiedzy uczestników przed i po programie.

W projekcie programu zaproponowano 5 mierników efektywności:

- 1) „liczba hospitalizacji z powodu IChM odnotowanych wśród mieszkańców Ostrowca Świętokrzyskiego (na podstawie danych NFZ)”,
- 2) „liczba zgłoszonych i potwierdzonych zakażeń N.meningitidis wśród mieszkańców Ostrowca Świętokrzyskiego (dane GIS, KOROUN)”,
- 3) „liczba zaszczepionych dzieci porównana do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej (bieżący monitoring raporty miesięczne oraz roczne)”,
- 4) „liczba zgód na udział w programie w porównaniu z liczebnością populacji docelowej”
- 5) „ocena jakości oraz edukacji udzielanych świadczeń wykonywana poprzez monitorowanie wyników anonimowych ankiet dla uczestników oraz prowadzenie nadzoru przez koordynatora programu”.

Należy zaznaczyć, że mierniki powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki nr 1 i 2 odnoszą się pośrednio do założenia głównego. Mierniki nr 3, 4, 5 nie spełniają funkcji mierników efektywności. Natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Należy zaznaczyć, że nie zaproponowano właściwie sformułowanych mierników do wszystkich celów szczegółowych.

Wobec powyższych argumentów część programu dotycząca celu głównego, celów szczegółowych oraz mierników efektywności wymaga doprecyzowania.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, działania realizowane w ramach programu adresowane są do dzieci urodzonych w 2019 r. i latach następnych, które ukończyły 12 m.ż. oraz zamieszkują w mieście Ostrowiec Świętokrzyski. Zaznaczono, że zgodnie z danymi ewidencyjnymi populacja dzieci urodzonych w 2019 roku wyniosła 472 osoby, natomiast w ciągu 5 lat trwania programu będzie kwalifikować się do niego 2 400 osób. Powyższe informacje zostały zweryfikowane w oparciu o dane GUS i uznane za prawidłowe. Należy jednak zaznaczyć, że w punkcie dot. kosztów wskazano, że liczba osób kwalifikujących się do programu w pierwszym roku programu to 472 osoby, a w latach kolejnych – 480 osób rocznie, co daje łącznie 2 392 osoby w czasie trwania programu. Oszacowano ponadto, że liczba dawek w danym roku wynosi 300, co daje łącznie 1500 dawek w ciągu trwania całego programu. Tym samym szczepieniem zostanie objęte ok. 63% populacji docelowej.

Kryteria włączenia do programu obejmują: wiek, posiadanie dokumentu potwierdzającego zamieszkanie na terenie Ostrowca Świętokrzyskiego, wyrażenie zgody rodzica/opiekuna na udział dziecka w programie szczepień oraz brak przeciwwskazań lekarskich podczas badania kwalifikacyjnego. Kryteria wyłączenia z programu mają stanowić: brak zgody rodziców/opiekunów, brak kwalifikacji lekarskiej, stałe lub czasowe przeciwwskazania do szczepień oraz brak adresu

zamieszkiwania/zameldowania na terenie Ostrowca Świętokrzyskiego. Opisane kryteria kwalifikacji oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej nie budzą zastrzeżeń.

Istnieją rozbieżności w rekomendacjach/wytycznych dotyczących przeprowadzania rutynowych szczepień przeciwko meningokokom w wieku przewidzianym przez wnioskodawcę (powyżej 12 m.ż. do 23 m.ż.). Szczepienia ochronne przeciwko meningokokom zalecane są przede wszystkim w populacji niemowląt. Dolna oraz górna granica wieku niemowląt kwalifikujących się do rozpoczęcia szczepienia jest zróżnicowana, nie tylko z uwagi na organizację wydającą rekomendację, ale również ze względu na stan zdrowia oraz kraj zamieszkania. W przypadku zdrowych niemowląt pozostających na terenach nieendemicznych (lub nieznajdujących się w afrykańskim paśmie meningokokowym) w większości przypadków dolna granica wieku szczepienia niemowląt wynosi 2 m.ż. (ATAGI 2018, AAP 2016, PHAC 2015, NACI/CIC 2014, JCVI 2014, ACIP 2013). ATAGI 2018 proponuje podawanie szczepień u niemowląt poniżej 6 miesięcy życia, a WHO 2015 poniżej 9 miesięcy życia. Górna granica wieku dla stosowania szczepionek przeciwko meningokokom wśród niemowląt wynosi w większości przypadków 23 m.ż. (ATAGI 2018, AAP 2016, PHAC 2015, SITKO 2014, ACIP 2013), choć część dostępnych źródeł wskazuje również 18 m.ż. (WHO 2015, AAP 2014, ACIP 2013) lecz dotyczy to w głównej mierze niemowląt należących do grupy podwyższonego lub wysokiego ryzyka. Należy zatem przyjąć, że populacja wskazana przez wnioskodawcę znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano wykonanie szczepień ochronnych przeciw *Neisseria meningitidis* typu A, C, W135, Y oraz działania promocyjno-edukacyjne.

W programie zastosowana będzie szczepionka, która jest zarejestrowana i dopuszczana do obrotu na terenie RP. Należy podkreślić, że na podstawie informacji zawartych w Rejestrze Produktów Leczniczych Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, obecnie w Polsce zarejestrowane są dwie szczepionki przeciwko zakażeniom meningokokowym grupy A, C, W135 i Y z ważnym pozwoleniem dopuszczenia do obrotu, tj.: Menveo oraz Nimenrix. Wnioskodawca zaznacza, że „szczepienia będą wykonywane zgodnie z zaleceniami Kalendarza Szczepień oraz ChPL dostępnych na rynku szczepionek u osób powyżej 12 m.ż.". Szczepienia poprzedzone będą lekarskim badaniem kwalifikacyjnym i wykonane zostaną w schemacie jednodawkowym, co jest zgodne z ChPL produktu Nimenrix.

Należy wskazać, że zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programem Szczepień Ochronnych na 2020 rok (PSO), szczepienia przeciwko meningokokom należą do grupy szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków Ministra Zdrowia.

Ponadto w treści projektu przedstawiono, że zostanie przeprowadzona akcja edukacyjna. W trakcie konsultacji lekarskiej ma być prowadzona edukacja w zakresie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego oraz objawów zakażenia inwazyjnego. Działania planowane w zakresie edukacji są zasadne, jednak wymagają doprecyzowania.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy podkreślić, że monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programów polityki zdrowotnej i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Proces ten uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu. Ewaluacja jest natomiast analizą danych z programu polityki zdrowotnej, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie „zgłaszalności do programu, która zostanie oceniona na podstawie sprawozdań realizatorów”, „liczby wykonanych szczepień”, „liczby osób zakwalifikowanych do programu”, „liczby osób, które nie zakwalifikowały się do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich wraz z przyczynami niezakwalifikowania” oraz „liczby uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji”. W punkcie dot. mierników efektywności wnioskodawca przedstawia wskaźniki mające zastosowanie

podczas procesu monitorowania, tj. „liczba zaszczepionych dzieci porównana do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej (bieżący monitoring raporty miesięczne oraz roczne)”, „liczba zgód na udział w programie w porównaniu z liczebnością populacji docelowej” oraz „ocena jakości oraz edukacji udzielanych świadczeń wykonywana poprzez monitorowanie wyników anonimowych ankiet dla uczestników oraz prowadzenie nadzoru przez koordynatora programu”.

W zakresie oceny jakości świadczeń, wnioskodawca zaplanował analizę ankiet satysfakcji, które zostaną udostępnione wszystkim uczestnikom PPZ. Każdy uczestnik programu tj. rodzic/opiekun dziecka będzie miał możliwość zgłaszania uwag pisemnych do organizatora. Do projektu nie załączono wzoru ankiety zatem nie była możliwa weryfikacja jej treści.

Ewaluacja ma zostać określona w oparciu o analizę „poziomu wyszczepienia populacji docelowej pełnym schematem, który zostanie oceniony na podstawie liczby wykonanych szczepień” oraz „długofalowej zmiany w liczbie zachorowań i hospitalizacji wywołanych *N. meningitidis* zgodnie z danymi z rejestrów publicznych (NFZ, GIS, NIZP-PZH)”. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu. Biorąc pod uwagę zaplanowanie niewielkiej liczby prawidłowo sformułowanych wskaźników efektywności, przeprowadzenie kompleksowej ewaluacji PPZ może okazać się utrudnione.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Wskazano, że realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z obowiązującymi wymogami prawnymi. Projekt odnosi się do warunków realizacji programu odnoszących się do personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Opisano także sposób zakończenia udziału w programie.

Koszt całkowity programu oszacowano na 240 000 zł. Koszt jednostkowy wykonania szczepień z uwzględnieniem kwalifikacyjnego badania lekarskiego, wykonania szczepienia, utylizacji odpadów, przekazania materiałów edukacyjnych, przeprowadzenia ankiety, prowadzenia i sprawozdania dokumentacji w programie wyceniono na kwotę 160 zł. Jednak, biorąc pod uwagę cenę rynkową planowanej w programie interwencji należy wskazać, że istnieje ryzyko podwyższenia kosztu całkowitego programu. Ponadto w projekcie programu nie jest jasne na jakim poziomie kształtują się koszty jego monitorowania i ewaluacji. W ramach budżetu należy uwzględnić ten rodzaj kosztów.

Program będzie finansowany w całości z budżetu Miasta Ostrowiec Świętokrzyski.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zakażenie meningokokowe jest wywoływane przez bakterie - dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zwane z łac. *Neisseria meningitidis*. Meningokoki występują w jamie nosowo-gardłowej u zdrowych osób (tzw. nosicieli), nie powodując żadnych dolegliwości ani objawów. Do zakażenia dochodzi na skutek kontaktu podatnej osoby z bezobjawowym nosicielem lub osobą chorą. Przenoszenie meningokoków odbywa się zazwyczaj drogą kropelkową bądź przez kontakt bezpośredni. Okres wylęgania choroby wynosi od 2 do 10 dni, przeciętnie 3-4 dni.

Na zakażenie meningokokami narażeni są wszyscy, niezależnie od płci czy wieku. Najczęściej chorują dzieci w wieku od 3 miesięcy do 1 roku życia. Wiele przypadków choroby występuje też u dzieci w wieku do 5 lat oraz nastolatków i młodych dorosłych w wieku 16-21 lat. Zakażenia meningokokowe występują na ogół sporadycznie, ale niekiedy bakterie te mogą wywoływać ogniska epidemiczne lub epidemie.

Meningokoki są najczęściej przyczyną zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub sepsy (posocznicy), określanymi wspólnie mianem inwazyjnej choroby meningokokowej. Mogą wywołać również, ale stosunkowo rzadko zapalenie płuc, ucha środkowego, osierdzia, wsierdzia, itd.

Alternatywne świadczenia

Obecnie szczepienia przeciwko meningokokom nie są finansowane ze środków publicznych, w związku z czym alternatywnym postępowaniem jest brak szczepień.

Ocena technologii medycznej

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na konieczność włączenia szczepień p/meningokokom do powszechnych programów szczepień, szczególnie w krajach o wysokiej częstości występowania zakażeń meningokokowych (>2-10 przypadków/100 tys. osób rocznie) i w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia inwazyjnej choroby meningokokowej.

Włączając programy szczepień w danym kraju należy brać pod uwagę sytuację epidemiologiczną, narodowe priorytety zdrowotne oraz sytuację ekonomiczną kraju. W Polsce szczepienia p/meningokokom zalecane są przede wszystkim: niemowlętom powyżej 2 miesiąca życia, dzieciom i osobom dorosłym narażonym na ryzyko inwazyjnej choroby meningokokowej, dzieciom od 2 miesiąca życia z grup ryzyka zaburzeń odporności (wymienionych w PSO 2015) oraz szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom i osobom powyżej 65 roku życia. Zarówno szczepionkę skoniugowaną p/MenC, jak i szczepionkę białkową p/MenB zaleca się osobom powyżej 2 m. ż., natomiast szczepionkę polisacharydową w populacji powyżej 2 roku życia i wśród osób dorosłych. Stosowanie szczepionki czterowalentnej MCC nadal zaleca się: osobom, które podróżują do krajów, w których częste jest występowanie meningokoków grup A, Y oraz W135 oraz osobom, które miały bliski kontakt z przypadkami zakażenia meningokokami grup A, Y oraz W135 powyżej 2 roku życia.

Wprowadzenie rutynowych szczepień p/MenC w Wielkiej Brytanii, w przedziale czasu 1998-2008 zredukowało liczbę zachorowań na IChM o blisko 97%. Szacowana efektywność szczepionek wahała się w granicach 93-100%. Udowodniono również wpływ szczepionek na zmniejszenie nosicielstwa meningokoków grupy C. Skuteczność szczepionki przeciwko nosicielstwu oszacowano na 75% (95% CI, 23–92%). Zgodnie z Conterno i wsp. (2010) we wszystkich badaniach dotyczących szczepionek MCC obserwowano wysokie miana przeciwciał, u 97–100% niemowląt SBA \geq 8.

Bezpieczeństwo stosowania szczepionek MCC zostało potwierdzone w odnalezionych badaniach oraz w opinii eksperckiej. Podkreśla się, że zaszczepienie przeciwko meningokokom nie generuje poważnych konsekwencji zdrowotnych. Najczęstszymi powikłaniami są gorączka, drażliwość (szczególnie u małych dzieci), zaczerwienienie w miejscu podania szczepionki oraz czasami bóle głowy, wymioty oraz bóle mięśniowe.

W odnalezionych publikacjach ekonomicznych zaznacza się, że szczepienia rutynowe niemowląt mogą być skutecznym i opłacalnym działaniem prewencyjnym, ale przy niskiej cenie szczepionki. Z kolei, połączenie szczepienia niemowląt z nastolatkami może przynieść wymierne skutki w obniżeniu zachorowań na IChM, w perspektywie długoterminowej. Analiza ekonomiczna Christensen z 2013 r. wskazuje, że koszt szczepionki w powszechnych strategiach szczepień musiałby wynosić ok. 9 funtów za dawkę, aby tego typu strategie były efektywne kosztowo (<£30,000 za QALY).

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. z 2020 r., poz. 1398.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.66.2020 „Program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w mieście Ostrowiec Świętokrzyski”, Warszawa, sierpień 2020; Aneksu „Programy profilaktyki zakażeń meningokokowych – wspólne podstawy oceny” z listopada 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 196/2020 z dnia 17 sierpnia 2020 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w mieście Ostrowiec Świętokrzyski”