



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 39/2020 z dnia 26 czerwca 2020 r.

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Masłów na lata 2020-2024” realizowany przez gminę Masłów

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Masłów na lata 2020-2024” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Program wpisuje się w priorytety zdrowotne, w szczególności w priorytet pn. „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii”.

Warto nadmienić, że populacja docelowa została określona zgodnie z wytycznymi. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby zapewnić spójność w programie oraz realizację działań o najwyższej jakości. Zaproponowane w projekcie cele należy przeformułować zgodnie z uwagami w dalszej części opinii. Zaplanowaną interwencję należy doprecyzować pod kątem edukacji. W ramach ich opracowywania należy zaplanować protokół edukacyjny, który będzie stanowił podstawę do realizacji działań edukacyjnych.

Ewaluacja powinna zostać doprecyzowana zgodnie z uwagami w dalszej części opinii. Natomiast budżet programu powinien zostać uzupełniony o koszty monitorowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń meningokokowych przygotowany przez gminę Masłów. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 88 260 zł, zaś okres realizacji to 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. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.), 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



Projekt programu odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim są zakażenia meningokokowe. Problem zdrowotny opisano w sposób poprawny. Przedstawiono czynnik etiologiczny, drogi zakażenia, czynniki ryzyka oraz objawy choroby. Nie przedstawiono piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowano treść problemu zdrowotnego, co warto uzupełnić

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zgodny z §1 ust. 6) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii”.

W projekcie przedstawiono sytuację epidemiologiczną w skali krajowej oraz regionalnej. Dane pochodzą z Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) oraz informacji epidemiologicznych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH). W programie wskazano, że od 2001 r. w Polsce za 80% zakażeń wywołanych przez meningokoki odpowiadały izolaty serogrupy B. Sytuacja zmieniła się w 2002 r., gdy ponad 30% zakażeń wywołały meningokoki grupy C. Odsetek ten wzrósł do 50% w kolejnych latach wraz z ogólną liczbą zakażeń. Zaznaczono również, że w Polsce w 2018 r. zanotowano ogółem 202 przypadki zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową. Według danych PZH najwyższy wskaźnik zapadalności był w 2007 r. – 1,03/100 000 osób, natomiast w 2018 r. wskaźnik ten wyniósł 0,53/100 000 osób. Zaznaczono, że współczynnik śmiertelności w latach 2010-2012 wyniósł 10,2%, w 2016 r. – 19%, a w 2017 r. – 18,8%, przy czym dla serogrupy C – 14,7%.

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).

Wskaźniki zapadalności na IChM wśród dzieci poniżej 1 r.ż. w poszczególnych województwach były zróżnicowane. Większość województw mieściła się w przedziale zapadalności w zakresie 10-20%. Tylko jedno województwo (zachodniopomorskie) charakteryzowało się wyższą zapadalnością, która wynosiła w 2017 r. i 2018 r. odpowiednio ok. 27% i ok. 38%. Najmniejszą liczbę osób zaszczepionych odnotowano w woj. podlaskim, natomiast najwięcej – w województwie mazowieckim. Zauważa się wzrost wykonanych szczepień na przełomie 2010-2011 r. oraz jednocześnie spadek w 2012 r. Liczba zaszczepionych stopniowo wzrastała od 2012 r. aż do 2014 r. W 2015 r. obserwowano spadek populacji osób zaszczepionych. Kolejne 3 lata charakteryzowały się ponownym wzrostem liczby osób zaszczepionych.

W projekcie brak jest odniesienia do map potrzeb zdrowotnych (MPZ). Należy zaznaczyć, że obecnie MPZ nie obejmują danych dotyczących przedmiotowego problemu zdrowotnego.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby wywołane meningokokami grupy C wśród mieszkańców Gminy Masłów*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zaproponowane brzmienie celu głównego wymaga przeformułowania, ponieważ nie wskazano w jaki sposób będzie odbywał się pomiar „zmniejszenia ryzyka” oraz nie wskazano wartości docelowej, jakiej oczekuje się wskutek podejmowanych w ramach programu działań.

Konieczne jest uzupełnienie treści programu o co najmniej jeden cel w zakresie uzyskania określonego poziomu zapadalności u dzieci i młodzieży w wybranej grupie wiekowej. Populacyjna skuteczność interwencji będzie wynikała z właściwej identyfikacji potrzeb oraz kierowania działań tam, gdzie według posiadanych danych epidemiologicznych, mogą one korzystnie wpłynąć na sytuację. Wartości docelowe podawane w celu głównym oraz w celach szczegółowych powinny zostać uzupełnione o uzasadnienie lub o sposób ich wyznaczenia, a w szczególności odnosić się do danych epidemiologicznych wszędzie, gdzie to możliwe.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

1. „podniesienie świadomości młodzieży i ich rodziców w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokowych”
2. „zwiększenie dostępności do ochronnych szczepień przeciw meningokokom grupy C”
3. „promocja szczepień ochronnych jako metody profilaktyki chorób zakaźnych”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. W żadnym wskazanym celu nie określono wartości docelowych, które podlegałyby ocenie po zakończeniu programu. Cel nr 1 dot. podniesienia świadomości wydaje się trudny do zmierzenia. Nie jest możliwe określenie poziomu świadomości, a jedynie wiedzy uczestników przed jak i po programie. Cel szczegółowy nr 2 nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Cel nr 3 został sformułowany w sposób nieprawidłowy, w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu.

W projekcie programu zaproponowano 4 mierniki efektywności, tj. (1) „liczba dzieci i młodzieży populacji określonej w programie w danym roku kalendarzowym”, (2) „liczba odbiorców edukacji zdrowotnej”, (3) „liczba dzieci i młodzieży objętych programem szczepień” oraz (4) „liczba dzieci i młodzieży, których nie zaszczepiono”. 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. Wszystkie wskaźniki zostały przygotowane nieprawidłowo. Natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania.

Mierniki efektywności 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 muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, działania realizowane w ramach programu adresowane są do absolwentów gimnazjum z 2019 r. i szkoły podstawowej z 2019 r. i 2020 r. oraz uczniów klas VIII szkoły podstawowej w latach kolejnych, a także do dzieci w wieku 2 lat zamieszkałych na terenie gminy Masłów. W programie zaznaczono, że Gmina Masłów liczy obecnie 10 951 mieszkańców. Powyższe dane są zbieżne z danymi GUS. Wnioskodawca wskazał liczbę dzieci kwalifikujących się do programu w poszczególnych latach: 2020 r. – 393, 2021 r. – 198, 2022 r. – 202, 2023 r. – 224, 2024 r. – 229. Zaznaczono również, że biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenie, przewiduje się uczestnictwo na poziomie ok. 40% grupy docelowej, tj. 500 osób w czasie trwania całego programu.

Kryteria włączenia do programu uwzględniają wiek uczestnika oraz pisemną zgodę rodzica lub opiekuna na udział dziecka w programie szczepień. Kryterium wyłączenia z programu obejmują przeciwwskazania lekarskie do wykonania szczepienia oraz wiek inny niż 2 lata, 15 i 16 lat w 2020 roku, a w kolejnych latach trwania programu wiek inny niż 2 i 15 lat.

Interwencja

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

Szczepienia poprzedzone będą lekarskim badaniem kwalifikacyjnym i wykonane zostaną w schemacie jednodawkowym, co jest zgodne z ChPL produktu NeisVac-C. W programie nie wskazano jednak bezpośrednio produktu leczniczego, który ma być wykorzystany w programie. 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 C z ważnym pozwoleniem dopuszczenia do obrotu, tj.: Menitorix oraz NeisVac-C.

Należy zaznaczyć, że każde państwo ze względu na zróżnicowaną epidemiologię i występowanie serogrup N. meningitidis dostosowuje wybór szczepionek ochronnych do swoich potrzeb. Większość zagranicznych rekomendacji podkreśla wyższą immunogenność i potencjał uzyskania odporności populacyjnej wśród szczepionek skoniugowanych, szczególnie w populacji poniżej 2 roku życia. 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 niezajdujących 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 miesiąca życia, a WHO 2015 poniżej 9 miesiąca 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.

W przypadku populacji młodych dorosłych oraz młodzieży również zaleca się szczepienia ochronne, pomimo faktu, że wartości ochronne ustępują w przybliżeniu po 1 roku od zastosowania 1 dawki (FEMS 2007, NACI/CIC 2014, STIKO 2014, JCVI 2014, ATAGI 2014, ACIP 2013, ACIP 2015, PHAC 2015, ACIP 2016, ATAGI 2018). Dolna granica wieku w przypadku młodzieży w dostępnych rekomendacjach uwzględniających tę subpopulację różni się w zależności od organizacji i wynosi odpowiednio: 11 lat (AAP 2014), 15 lat (ATAGI 2014, ATAGI 2018, AAP 2014, ACIP 2013, ACIP 2016, CDC 2019) oraz 16 lat (AAP 2014, AAP 2016, ACIP 2015, ACIP 2016, CDC 2019). Z kolei górną granicę wieku dla młodzieży określono jedynie w dwóch publikacjach i wyniosła ona 19 lat (ATAGI 2014, ATAGI 2018).

Należy zatem podkreślić, że populacja wskazana przez wnioskodawcę znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych.

Wnioskodawca w treści projektu informuje, że zostaną przeprowadzone działania edukacyjne, które „przyczynią się do unikania przez młodzież zachowań ryzykownych sprzyjających zakażeniom meningokokowym (częstowanie kanapką, napojem, używaniem tych samych sztućców itp.)”. W programie nie przedstawiono szczegółowych opisów dotyczących planowanej akcji edukacyjnej. Powinny one zawierać m. in. protokół edukacyjny, który będzie stanowił podstawę do realizacji działań edukacyjnych, ale też scenariusz edukacji, planowaną liczbę godzin edukacyjnych, wymagania względem edukatorów, wykorzystanie materiałów edukacyjnych, czy harmonogram prowadzonej akcji edukacyjnej.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami 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 programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu nie została zaplanowana w projekcie. W punkcie dotyczącym mierników efektywności wnioskodawca przedstawia jednak wskaźniki mające zastosowanie podczas procesu monitorowania, tj. „liczba dzieci i młodzieży populacji określonej w programie w danym roku kalendarzowym”, „liczba odbiorców edukacji zdrowotnej”, „liczba dzieci i młodzieży objętych programem szczepień” oraz „liczba dzieci i młodzieży, których nie zaszczepiono”. Warto to właściwie uzupełnić.

W zakresie oceny jakości świadczeń, wnioskodawca zaplanował możliwość przyjmowania ewentualnych uwag zgłaszanych przez rodziców. Nie zaplanowano przeprowadzenia ankiety satysfakcji, co należy uzupełnić.

Ewaluacja ma zostać przeprowadzona w oparciu o zdefiniowane mierniki efektywności. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu względem stanu po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie programu. Przedstawione wskaźniki nie spełniają swoich funkcji, zatem nie mogą być wykorzystane podczas ewaluacji. Należy podkreślić, że tak zaplanowana ocena efektywności nie jest prawidłowa, ponieważ nie daje możliwości rzetelnej oceny efektów programu.

Warunki realizacji

Etapy organizacji programu zostały opisane w sposób zdawkowy. W punkcie dotyczącym kompetencji i warunków niezbędnych do realizacji programu wskazano kryteria wyboru realizatora programu. Są to m.in.: udział w konkursie podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wykonywanie szczepień w lokalu na terenie gminy Masłów, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, posiadanie niezbędnego sprzętu medycznego i wyposażenia do realizacji programu oraz kwalifikacje osób udzielających świadczeń.

Opisany sposób zapraszania uczestników do programu zakłada informowanie o programie za pośrednictwem operatora pocztowego przez wysłanie zaproszeń do przystąpienia do programu szczepień. Zaplanowano również przygotowanie plakatu oraz promowanie zawartych w nim treści informacyjnych na terenie gminy Masłów za pośrednictwem mediów tj. Kuriera Masłowskiego i stron internetowych.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Wnioskodawca oszacował koszt jednostkowy kwalifikacyjnego badania lekarskiego, iniekcji, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz akcji informacyjnej na 180 zł.

Oszacowano, że całkowity koszt programu wyniesie ok. 88 260 zł przy założeniu objęcia szczepieniem w pierwszym roku ok. 157 osób, a w latach kolejnych ok. 83 osób rocznie (2020 r. – 28 260 zł, 2021-2024 r. – 15 000 zł x 4).

Wnioskodawca zakłada możliwość zgłoszenia się do programu większej liczby uczestników, uwzględniając to w budżecie gminy. Koszt programu w przypadku zaszczepienia wszystkich uprawnionych osób wyniosłby 224 280 zł. Program będzie finansowany w całości z budżetu Gminy Masłów.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zakażenie meningokokowe jest wywoływane przez drobniki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, czyli bakterie *Neisseria meningitidis*. Meningokoki mogą występować w jamie nosowo-gardłowej u osób zdrowych (tzw. nosicieli), nie powodując żadnych dolegliwości ani objawów. Do zakażenia dochodzi na skutek kontaktu osoby podatnej 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 (ICHM). Mogą wywołać również zapalenie płuc, ucha środkowego, osierdzia lub wsierdzia, jednak zdarza się to stosunkowo rzadko.

Alternatywne świadczenia

Obecnie szczepienia przeciwko meningokokom nie są finansowane ze środków publicznych. Nie są znane inne niż szczepienie formy uzyskiwania czynnej odporności swoistej, które są bezpieczne. W związku z powyższym brak jest świadczenia alternatywnego.

Ocena technologii medycznej

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na konieczność włączenia szczepień przeciw meningokokom do powszechnych programów szczepień, szczególnie w krajach o wysokiej częstotliwości 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 przeciw 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 2020) oraz szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom i osobom powyżej 65 roku życia. Zarówno szczepionkę skoniugowaną przeciw MenC, jak i szczepionkę białkową przeciw MenB zaleca się osobom powyżej 2 m. ż., natomiast szczepionkę polisacharydową w populacji powyżej 2 roku życia i wśród osób dorosłych. Stosowanie szczepionki czterowalentnej MCV4 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 przeciw 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 2010 we wszystkich badaniach dotyczących szczepionek MCC obserwowano wysokie miano przeciwciał, u 97-100% niemowląt SBA \geq 8 (poszczepienne miano przeciwciał bakteriobójczych, ang. *serum bactericidal antibody assay*), czyli miano zabezpieczające przed IChM.

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.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.39.2020 pn. „Program

szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Masłów na lata 2020-2024” realizowany przez: województwo mazowieckie, Warszawa, czerwiec 2020; Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki zakażeń meningokokowych – wspólne podstawy oceny”, listopad 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 135/2020 z dnia 8 czerwca 2020 roku o projekcie programu „Program szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Masłów na lata 2020-2024”