



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 35/2024 z dnia 14 maja 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Przeciwdziałania**  
**Zakażeniom Meningokokowym w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski**  
**na lata 2024-2025”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Przeciwdziałania Zakażeniom Meningokokowym w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

#### **Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zarówno populacja docelowa programu, jak i zaplanowane interwencje określono zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu poniższej opinii.

Opiniowany projekt zawiera kilka uchybień, których skorygowanie jest niezbędne dla realizacji programu z zachowaniem wysokiej jakości. W dalszej części niniejszej opinii wyszczególniono aspekty, które wymagają rewizji. W szczególności dotyczą one wskazania uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej w celu głównym oraz uzupełnienia wartości docelowej w drugim celu szczegółowym.

#### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń meningokokowych w populacji dzieci powyżej 6 m.ż. do ukończenia 18 m.ż., zamieszkałych na terenie gminy Ostrowiec Świętokrzyski. Całkowity koszt oszacowano na 160 000 zł, a okres realizacji to lata 2024-2025.

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. 2024 poz. 146), 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

Przedstawiono problem zdrowotny, jakim są zakażenia bakteriami meningokokowymi. Podano informacje o drogach zakażenia, obrazie klinicznym choroby, objawach, czynnikach ryzyka, a także sposobach leczenia zakażeń meningokokowych. Wskazano, że grupy serologiczne oznaczone symbolami: A, B, C, Y i W-135 odznaczają się szczególną inwazyjnością.

Projekt programu posiada wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Oceniany dokument zawiera również opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali europejskiej ogólnopolskiej oraz regionalnej.

W projekcie programu nie wskazano epidemiologicznych danych lokalnych.

Należy wskazać, że zgodnie z danymi NIZP PZH-PIB w woj. świętokrzyskim, na terenie którego znajduje się gmina Ostrowiec Świętokrzyski w 2022 r. zarejestrowano 4 przypadki inwazyjnej choroby meningokokowej.

Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 nie uwzględniają danych dotyczących przedmiotowego problemu zdrowotnego.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*zmniejszenie ryzyka zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową wywołaną serogrupami A, C, W-135, Y o 69% wśród 85% populacji docelowej programu poprzez szczepienie dzieci między 6. a 18. miesiącem życia, mieszkających w gminie Ostrowiec Świętokrzyski*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny odnosi się do zmniejszenia ryzyka zachorowań na chorobę meningokokową i wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie szczepień ochronnych. Nie zawiera natomiast uzasadnienia dla drugiej przyjętej wartości docelowej, u której oczekuje się zmniejszenia ryzyka zachorowania na inwazyjną chorobę. Nie jest też jasne, dlaczego w celu głównym założono 85% populacji docelowej, jeżeli „*zakłada się zgłaszalność do programu na poziomie 75%, co daje 546 beneficjentów w dwóch latach trwania programu i 273 rocznie*”.

Należy zaznaczyć, że w 2022 r. w całym województwie świętokrzyskim odnotowano 4 przypadki IChM oraz 4 hospitalizacje związane z tą jednostką chorobową. Przy tak małej liczbie zidentyfikowanych na terenie województwa przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej rocznie oraz przy założeniu wnioskodawcy zaszczepienia 85% populacji docelowej, efekt ten może być trudno zauważalny.

W projekcie zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- (1) „*utrzymanie niskiej liczby hospitalizacji z powodu choroby meningokokowej wywołanej N. meningitidis serogrup A, C, W-135, Y w populacji docelowej programu, poprzez szczepienia ochronne*”,
- (2) „*uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (80% prawidłowych odpowiedzi w teście wiedzy) w zakresie zakażeń meningokokowych u co najmniej 70% rodziców/opiekunów prawnych dzieci*”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym jego osiągnięcie. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany prawidłowo i wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie szczepień ochronnych. Nie zawiera jednak podanej wartości docelowej, nie jest zatem jasne co oznacza „*niska liczba hospitalizacji*”, co wymaga uzupełnienia.

Cel szczegółowy nr 2 odnosi się do zwiększenia poziomu wiedzy i wydaje się możliwy do realizacji w wyniku przeprowadzenia zaplanowanych w programie działań edukacyjnych. W treści projektu zaplanowano przeprowadzenie pre-testów i post-testów, a także załączono przykładowy wzór testu wiedzy, który nie budzi zastrzeżeń.

W projekcie zaplanowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób w wieku odpowiadającym populacji docelowej programu z nowo rozpoznany zakażeniem *N. meningitidis* serogrup A, C, W-135, Y”,
- (2) „liczba osób w wieku odpowiadającym populacji docelowej programu hospitalizowanych z powodu zakażenia *N. meningitidis* serogrup A, C, W-135, Y”,
- (3) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których odnotowano zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (80% poprawnych odpowiedzi) w post-*teście* względem wszystkich osób, które wzięły udział w testach wiedzy”.

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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności.

Wszystkie mierniki efektywności zostały dobrane w sposób prawidłowy i nie budzą zastrzeżeń. Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego, natomiast miernik 2 i 3 odpowiednio do celu szczegółowego nr 1 i 2.

Wśród mierników efektywności warto określić również: „odsetek osób zaszczepionych pełnym schematem szczepień, w porównaniu do stanu sprzed wprowadzenia programu - iloraz osób zaszczepionych i stanu sprzed programu wyrażony w procentach” oraz „odsetek osób, u których rozpoznano IChM wśród populacji objętej szczepieniem, w porównaniu do stanu sprzed wprowadzenia programu - iloraz osób z rozpoznaną chorobą meningokokową i stanu sprzed programu wyrażony w procentach”.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci w wieku powyżej 6 m.ż. do ukończenia 18 m.ż., zamieszkałe na terenie gminy Ostrowiec Świętokrzyski. Powołując się na dane z „raportu o stanie miasta Ostrowiec Świętokrzyski 2022” stwierdzono, że liczba urodzeń mieszkańców miasta oscyluje wokół ok. 320 rocznie, co jest zbliżone do danych wskazanych przez GUS. Łącznie w latach trwania programu liczba uczestników ma wynieść ok. 728 dzieci. Zakłada się, że zgłaszalność na poziomie 75%, więc przewidywana liczba uczestników wyniesie 273 osoby rocznie.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia, które określono w sposób prawidłowy.

#### Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano wykonanie szczepień ochronnych przeciw meningokokom typu A, C, W-135 i Y w schemacie jednodawkowym, poprzedzone kwalifikacyjnym badaniem lekarskim oraz działania informacyjno-edukacyjne.

W programie wskazano, że ze względu na wiek populacji biorącej udział w programie zalecane jest użycie szczepionki Nimenrix. Zaproponowany w projekcie programu schemat szczepień jest zgodny z ChPL Nimenrix. Podkreślono także, że szczepienia będą przeprowadzone przez wyspecjalizowane pielęgniarki pod nadzorem lekarskim.

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie kwalifikacyjnego badania lekarskiego poprzedzającego podanie szczepionki. Podczas badania przeprowadzony zostanie wywiad przesiewowy z rodzicem/opiekunem prawnym i badanie przedmiotowe uczestnika programu oraz zostanie podjęta decyzja o podaniu szczepionki bądź niepodaniu lub odroczeniu podania. W przypadku niepodania lub odroczenia rodzic/opiekun prawny zostanie poinformowany o dalszej ścieżce działania.

W projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie także akcji edukacyjnej. Podkreślono, że akcja edukacyjna będzie miała na celu m.in. przekazanie informacji o możliwych formach zakażenia meningokokami, ryzyku zdrowotnym związanym z ww. chorobą oraz promowanie szczepień. Przed oraz po wizycie rodzic/opiekun prawny uczestnika programu zostanie poproszony o wypełnienie pre-

oraz post-testów wiedzy, których rolą będzie ocena realizacji celu dotyczącego zwiększenia poziomu wiedzy. Do projektu programu załączono przykładowy test wiedzy, który nie budzi zastrzeżeń

Podsumowując, działania zaplanowane w programie są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

#### 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 będzie obejmować analizę: „populację osób kwalifikujących się do wzięcia udziału w programie”, „liczbę osób objętych programem, które ukończyły jego pełny cykl (otrzymały zaplanowaną dawkę szczepionki)”, „liczbę osób objętych programem, które nie ukończyły pełnego cyklu (nie otrzymały zaplanowanej dawki szczepionki) z powodu rezygnacji, przeciwwskazań zdrowotnych lub innych (należy określić przyczynę)”, „liczbę odmów zaszczepienia ze względu na niespełnienie kryteriów programu”, „liczbę rodziców/opiekunów prawnych, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych (liczba wypełnionych pre- i post-testów wiedzy)”. Przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie przeprowadzona na podstawie wyników anonimowych ankiet satysfakcji uczestników programu. Do projektu załączony został wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co znajduje odzwierciedlenie w ocenianym programie.

Ewaluacja programu będzie prowadzona po jego zakończeniu z wykorzystaniem zaplanowanych mierników efektywności. Należy zaznaczyć, że wszystkie wskazane mierniki efektywności zostały zaprojektowane prawidłowo. Podkreślono także, że ze względu na charakter problemu zdrowotnego oraz rodzaj interwencji wpływ programu można będzie ocenić w perspektywie wieloletniej. Wskazano, że planuje się ewaluację na okres min. 5 lat. Niemniej należy uwzględnić uwagi dotyczące celów i mierników efektywności.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Zakończenie udziału w programie nastąpi z chwilą wykonania szczepień. Rodzice/opiekunowie prawni otrzymają informacje o ewentualnych objawach niepożądanych, a także otrzymają zalecenia dotyczące unikania zachowań ryzykownych.

Akcja informacyjna będzie miała na celu działania promocyjne oraz informacyjne dla mieszkańców gminy o wdrożeniu i warunkach programu. Informacje przekazywane będą za pośrednictwem stron internetowych i mediów społecznościowych organizatora oraz realizatora/realizatorów programu, w formie plakatów w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, w żłobkach na terenie gminy oraz w lokalnych mediach.

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

Całkowity koszt realizacji oszacowano na 160 000 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu gminy Ostrowiec Świętokrzyski

**Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

Zakażenie meningokokowe jest wywoływane przez bakterie dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, 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 m.in. zapalenie płuc, ucha środkowego, osierdzia, wsierdzia.

Inwazyjna choroba meningokokowa (IChM) jest ciężką, gwałtownie postępującą chorobą bakteryjną wywołaną przez wtargnięcie dwoinek *Neisseria meningitidis* do krwi i/lub ośrodkowego układu nerwowego. IChM jest najczęstszą postacią zakażeń meningokokowych, zwykle przebiega jako sepsa (posocznica), ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub połączenie sepsy z równoczesnym zapaleniem opon mózgowych.

### Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych (PSO) na rok 2024 szczepienia przeciwko meningokokom nie są finansowane ze środków publicznych, ale są zalecane:

- niemowlętom od ukończenia 6 tygodnia życia lub 8 tygodnia życia w zależności od rodzaju szczepionki;
- dzieciom i osobom dorosłym narażonym na ryzyko inwazyjnej choroby meningokokowej:
  - z bliskim kontaktem z chorym lub materiałem zakaźnym (personel medyczny, pracownicy laboratorium),
  - przebywającym w zbiorowiskach (przedszkolach, żłobkach, domach studenckich, internatach, koszarach),
  - osobom z zachowaniem sprzyjającym zakażeniu (intymne kontakty z nosicielem lub osobą chorą, np. głęboki pocałunek),
  - osobom podróżującym;
- dzieciom i osobom dorosłym z wrodzonymi niedoborami odporności:
  - z anatomiczną lub czynnościową asplenią,
  - zakażonym wirusem HIV,
  - nowotworem złośliwym,
  - chorobą reumatyczną,
  - przewlekłą chorobą nerek i wątroby,
  - leczonym ekulizumabem z powodu napadowej nocnej hemoglobinurii lub atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego,
  - przed i po przeszczepieniu szpiku,

- osobom leczonym immunosupresyjnie;
- dzieciom w wieku od ukończenia 2 miesiąca życia z grup ryzyka zaburzeń odporności oraz szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom i osobom powyżej 65 roku życia.

### Ocena technologii medycznej

#### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

#### Szczepienia ochronne

- Istnieją rozbieżności dotyczące przeprowadzania rutynowych szczepień przeciwko meningokokom w różnych kategoriach wiekowych. Pierwsza kategoria obejmuje dzieci między 2 miesiącem życia a 2 rokiem życia (ACIP 2020, AGDOH 2020, PHAC 2020, ATAGI 2018, SITKO 2017, WHO 2015, GoC 2015, AAP 2014, PIDAC 2014, JCVI 2014). Następną grupą docelową wskazywaną przez towarzystwa naukowe jest młodzież między 10 a 19 r.ż. (ACIP 2020, CDC 2020, PHAC 2020, AGDOH 2020, ATAGI 2018, SITKO 2017, AAP 2016, GoC 2015, JCVI 2014, PIDAC 2014). Ponadto jedno z czterech towarzystw rekomenduje rozszerzenie przedziału wiekowego o dzieci w wieku do 4 r.ż. (JCVI 2014). Kolejne towarzystwo rekomenduje szczepienia niemowląt poniżej 2 m.ż., dzieci między 2 a 10 r.ż. oraz młodzieży między 11 a 17 r.ż. (PIDAC 2014). Autorzy trzeciej rekomendacji zalecają grupę dzieci od 2 do 9 r.ż. (GoC 2015). Ostatnie towarzystwo naukowe rekomenduje, aby zaszczepić dzieci i dorosłych przeciwko omawianej chorobie do 29 r.ż. (WHO 2015).
- We wszystkich odnalezionych rekomendacjach zaleca się szczepienia ochronne przeciwko IChM. Ponadto część towarzystw rekomenduje szczepienia dawką przypominającą (ACIP 2020, AGDOH 2020, GoC 2015, PIDAC 2014).

Zgodnie z informacjami zawartymi w odnalezionych rekomendacjach, większość organizacji naukowych zaleca szczepienia przeciwko 5 grupom serologicznym: A, B, C, Y oraz W-135. W przypadku szczepień przeciwko MenB, eksperci zalecają szczepienia w grupie wiekowej między 10 a 24 r.ż. w sytuacji wystąpienia lokalnej epidemii IChM (ACS/NACI 2019) oraz dla dzieci i młodzieży między 2 m.ż. a 17 r.ż. (PIDAC 2014). Szczepienia p/MenACWY natomiast rekomendowane są przez organizacje PHE 2016 oraz AAP 2014. Warto zaznaczyć, że w przypadku PHE 2016 ww. zalecenia dotyczą wyłącznie personelu medycznego oraz pracowników uczelni. Dodatkowo eksperci AAP 2014 wskazują na zasadność prowadzenia szczepień p/MenACWY u dzieci i młodzieży w wieku między 2 m.ż. a 15 r.ż.

#### Edukacja

W ramach działań profilaktycznych naceLOWANYCH na chorobę meningokokową zaleca się realizowanie działań edukacyjnych, skupionych na uświadamianiu rodziców/opiekunów ryzyka zdrowotnego związanego z ww. chorobą. Należy uwzględnić w edukacji również informacje odnoszące się do: charakteru zakażeń meningokokowych, wysokiej śmiertelności, trwałych następstw choroby, informacji o grupach ryzyka, ochrony, jaką zapewniają szczepienia oraz informacji o szacowanym krótkim czasie trwania ochrony p/MenB (ACIP 2020). Dodatkowo eksperci zachęcają do realizowania kampanii edukacyjnych dla studentów, które powinny skupiać się na zwiększaniu wiedzy w zakresie benefitów płynących z poddania się szczepieniom. Edukacja powinna być prowadzona przy użyciu wielu platform i kanałów edukacyjnych (PHE 2016, AAP 2016).

#### *Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych*

#### Szczepionka p/MenC:

- Zgodnie z wynikami metaanalizy, podanie szczepionki MenC istotnie statystycznie zmniejsza szansę wystąpienia IChM – OR=0,13 [95%CI: (0,07; 0,23)] (McMillan 2020).
- W ramach publikacji wykazano, że podanie szczepionki MenC istotnie statystycznie zmniejsza prawdopodobieństwo wykrycia N. meningitidis w gardle o 50% – RR=0,50 [95%CI: (0,26; 0,97)] (McMillan 2020).

- Zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego, szczepienie przeciwko MenC w ramach narodowego programu szczepień zredukowało liczbę przypadków zachorowań na IChM:
  - u dzieci <1 r.ż.:
    - 78-87% w Wielkiej Brytanii,
    - o 90-100% w Hiszpanii;
  - u dzieci w wieku od 1 do 4 r.ż.:
    - o 70-98% w Wielkiej Brytanii,
    - o 88-100% w Hiszpanii;
  - u osób w wieku od 15 do 24 r.ż.:
    - o 9% w Niemczech,
    - o 83% w Kanadzie;
  - we wszystkich grupach wiekowych:
    - o 77-92% w Belgii,
    - o 80% w Brazylii (Htar 2020).
- Zgodnie z wynikami retrospektywnego badania kohortowego stwierdzono, że szczepienie przeciwko MenC w ramach narodowego programu szczepień istotnie statystycznie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia IChM o 80% – RR=0,20 [95%CI: (0,08; 0,46)] (Pezzotti 2018).
- Na podstawie wyników badania obserwacyjnego wykazano, że szczepienie przeciwko MenC w ramach narodowego programu szczepień (rutynowy program + program typu „catch-up”) istotnie statystycznie redukuje liczbę przypadków zachorowań na IChM ogółem o 94,83% [95%CI: (93,37; 95,97)] (Garrido-Esteba 2014).

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

PREZES

Daniel Rutkowski

*/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. 2024 poz. 146), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.21.2024; „Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Przeciwdziałania Zakażeniom Meningokokowym w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025”; data ukończenia raportu maj 2024; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 72/2024 z dnia 13 maja 2024 roku o projekcie programu „Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Przeciwdziałania Zakażeniom Meningokokowym w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025”.