



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 207/2017 z dnia 16 sierpnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Czeladź
na lata 2018-2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Czeladź na lata 2018-2022” realizowany przez miasto Czeladź pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom stanowić może wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Cele programowe nie zostały poprawnie sformułowane i wymagają korekty zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności wymagają przeformułowania w taki sposób, aby odnosiły się do celów programowych i umożliwiły ocenę programu w przyszłości.

Populacja docelowa została określona poprawnie. Niemniej jednak należy zweryfikować jej liczebność.

Zaproponowane interwencje pozostają zgodne z wytycznymi, aczkolwiek warto je uszczegółowić.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia w zakresie oceny zgłaszalności do programu i oceny jakości świadczeń w programie.

Nie oszacowano całkowitego budżetu przeznaczonego na realizację programu. Zatem nie jest możliwa jego prawidłowa ocena. Warto także doprecyzować koszty poszczególnych działań, przewidzianych w ramach programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Całkowity budżet programu nie został oszacowany, zaś okres realizacji programu to lata 2018-2022.

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 porusza istotną kwestię zakażeń wirusem HPV, który jest odpowiedzialny m.in. za występowanie raka szyjki macicy (RSzM). Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób prawidłowy. W projekcie programu odniesiono się do epidemiologii raka szyjki macicy w skali światowej, ogólnopolskiej i regionalnej.

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów (KNR) w Polsce każdego roku na raka szyjki macicy zapada ok. 3 000 kobiet (2 909 kobiet w 2013 r., 2 807 kobiet w 2014 r.), z czego ponad połowa umiera (1 669 zgonów w 2013 r. i 1 628 w 2014 r.).

Według KNR, w latach 2012-2014, w województwie śląskim standaryzowany współczynnik zachorowalności na RSzM wyniósł 8,87, natomiast standaryzowany współczynnik zgonów z powodu RSzM kształtował się na poziomie 5,44 i były to kolejno 9. oraz 2. wartość w Polsce. W samym województwie śląskim nowotwory szyjki macicy stanowiły w tamtym okresie 6. najczęściej odnotowywany nowotwór oraz 8. najczęstszą przyczynę zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet.

Program realizuje dwa priorytety zdrowotne: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych oraz zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, wymienione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Cele i efekty programu

Cel główny programu to zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy i innych nowotworów związanych przyczynowo z zakażeniem wirusem HPV poprzez wdrożenie w Mieście Czeladź Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) polegającego na przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej oraz wykonaniu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w latach 2018-2022 wśród populacji 12-letnich dziewczynek mieszkających w Mieście Czeladź. Sformułowano także 4 cele szczegółowe. Nadrzędny cel programu wydaje się być trudny do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Ponadto należy zwrócić uwagę, że zastosowanie szczepień chroni jedynie przed określonymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego, a nie przed samym zachorowaniem na nowotwór. Z kolei część szczegółowych założeń programu stanowi działania, a nie ich rezultat (np. objęcie edukacją zdrowotną oraz szczepieniami ochronnymi p/HPV jak najliczniejszej populacji). Zatem zarówno cel główny jak i cele szczegółowe wymagają przeformułowania zgodnie z zasadą SMART, wg której cel powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W opiniowanym projekcie odniesiono się do oczekiwanych efektów programu, które określono w sposób prawidłowy.

Jednak zaproponowane w programie mierniki efektywności wymagają doprecyzowania. Warto podkreślić, że mierniki efektywności powinny odnosić się do stanu przed i po przeprowadzeniu programu w celu jego oceny. Należy uzupełnić je o wskaźnik odnoszący się do celu „wzrost zgłaszalności mieszkańek Czeladzi na bezpłatne badania cytologiczne”. Ponadto, w treści projektu wskazano miernik dla celu głównego w postaci „liczby zachorowań z powodu raka szyjki macicy wśród adresatek programu – monitoring wieloletni”. Niejasne jest, czy powyższy wskaźnik odnosi się do populacji 12-latek, które poddane zostaną szczepieniu, czy też do ich matek, które wezmą udział w edukacji.

Populacja docelowa

Program w zakresie szczepień przeciwko zakażeniom HPV skierowany ma być do dziewcząt urodzonych w latach 2006-2010, które mają zostać zaszczepione w wieku 12 lat. W projekcie wskazano, że liczba dziewcząt urodzonych w latach 2006-2010 wynosi 714 osób, zaś prognozowaną liczebność populacji, kwalifikującą się do udziału w programie określono na 704 dziewczynki. Powyższa rozbieżność wymaga wyjaśnienia. Natomiast zgodnie z danymi GUS populacja kwalifikująca się do szczepień wynosi 704 dziewcząt, co pozostaje zbieżne z danymi dotyczącymi prognozowanej populacji docelowej kwalifikującej się do szczepień. Założono 75% poziom wyszczepialności, co pozostaje w zgodzie z aktualnymi zaleceniami.

Działaniami edukacyjnymi ma zostać objętych łącznie 2630 osób, w tym dziewczęta i chłopcy urodzeni w latach 2006-2010 oraz ich rodzice/opiekunowie prawni. Nie do końca jasne jest, na jakiej podstawie oszacowano te dane i na ile są one precyzyjne. W projekcie wskazano, że liczebność populacji docelowej będzie szacowana corocznie.

Wiek populacji docelowej założony w projekcie wpisuje się w część rekomendacji/wytycznych z przedmiotowego zakresu. Podkreśla się w nich, że programami szczepień przeciwko HPV objęte powinny być przede wszystkim dziewczęta, które nie miały jeszcze kontaktu z wirusem, czyli przed rozpoczęciem aktywności seksualnej. We wspomnianych rekomendacjach/wytycznych istnieją jednak niewielkie różnice w zakresie rekomendowanych przedziałów wiekowych, co związane jest m.in. z różnicami pod względem wieku inicjacji seksualnej w poszczególnych krajach. Większość wskazuje jednak 9 r.ż. jako dolną granicę wieku, w którym można zastosować szczepienie. Najbardziej aktualne zalecenia wskazują jednak, że rutynowo powinno się szczepić dziewczęta w wieku od 11-12 lat (The American Cancer Society, ACS 2016; The Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP 2015), natomiast po 13 r.ż. zaleca się szczepienie osób, które nie zostały zaszczepione wcześniej lub nie otrzymały pełnego cyklu szczepień (ACS 2016; ACIP 2015; Canadian Paediatric Society, CPS 2007). Wytyczne zalecają także włączenie chłopców jako adresatów działań edukacyjnych, co pozostaje w zgodzie z założeniami programu.

Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie szczepień przeciwko zakażeniom HPV wg schematu 2-dawkowego, co pozostaje w zgodzie z aktualnymi wytycznymi i Charakterystykami Produktów Leczniczych dostępnych na polskim rynku szczepionek.

Obecnie do obrotu na terenie Polski dopuszczone są trzy rodzaje szczepionek: czterowalentna szczepionka Silgard® (przeciwko zakażeniom HPV typami: 6, 11, 16, 18), dwuwalentna szczepionka Cervarix® (przeciwko zakażeniom HPV typami 16 i 18) oraz dziewięciowalentna szczepionka Gardasil 9® (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).

Ponadto warto wspomnieć, iż amerykańska Agencja Żywności i Leków (ang. Food and Drug Administration, FDA) zatwierdziła rozszerzenie wskazań do szczepień ochronnych przeciwko HPV wśród mężczyzn, aż do 26 roku życia, celem zapobiegania brodawkom odbytu oraz narządów płciowych. Szczepienia chłopców są rekomendowane w wielu wytycznych klinicznych, ponadto w ramach programu szczepień ochronnych przeciwko HPV realizowanego we Włoszech, w niektórych regionach uwzględnia się szczepienie mężczyzn do 26 roku życia w ramach catch-up (tj. szczepienia wychwytyjącego, uzupełniającego u osób, które nie zostały zaszczepione w odpowiednim terminie). W ocenianym projekcie nie uwzględniono udziału chłopców w programie szczepień.

W ramach programu mają być realizowane również działania edukacyjne, skierowane zarówno do dziewczynek z grupy docelowej szczepień jak i chłopców w analogicznym wieku, a także ich rodziców lub opiekunów prawnych. W projekcie przedstawiono zakres edukacji zdrowotnej i jest on zbieżny z aktualnymi rekomendacjami/wytycznymi.

Należy pamiętać, że edukacja zdrowotna stanowi obecnie niezwykle istotny element polityki zdrowia publicznego i jedno z zadań samorządów lokalnych, możliwe do realizacji przy niewielkim nakładzie finansowym. W zaleceniach ekspertów oraz w rekomendacjach/wytycznych podkreśla się, że niezbędne jest prowadzenie ustawicznej, rzetelnej edukacji społecznej w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy oraz innych zmian wywołanych przez HPV. Powinna ona dotyczyć w szczególności ograniczenia zachowań zwiększających ryzyko zakażenia wirusem HPV oraz diagnostyki i leczenia zmian przednowotworowych, jak również samego nowotworu. Należy również podkreślić, iż Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy rekomenduje również edukację matek dziewcząt objętych programem i objęcie ich skринingiem cytologicznym. Ponieważ szczepionki nie zapewniają ochrony przed wszystkimi onkogennymi typami wirusa HPV, konieczne jest informowanie zaszczepionych o tym, że szczepienia te nie zapewniają 100% ochrony przed rakiem szyjki macicy.

Profilaktyka z wykorzystaniem szczepionek HPV jest uznana za bezpieczną, dobrze tolerowaną w zapobieganiu konsekwencjom przetrwałych infekcji HPV, a skojarzenie szczepień z edukacją w tym zakresie jest uzasadnioną i zachowującą spójność interwencją.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Warto pamiętać, że 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.

W ramach oceny zgłaszalności do programu wymieniono te same wskaźniki, co w przypadku mierników odpowiadających celom programu. Większość z nich wydaje się adekwatna do oceny zgłaszalności. Wątpliwe wydaje się tylko zastosowanie w tym celu wskaźników w postaci „liczby zachorowań z powodu raka szyjki macicy wśród adresatek programu” oraz „poziomu wiedzy 12-letniej młodzieży objętej programem poprzez przeprowadzenie ankiety po zakończonej edukacji zdrowotnej”.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być przeprowadzana na podstawie pisemnych uwag zgłaszanych do organizatora przez rodziców bądź opiekunów. Dodatkowo zasadnym wydaje się przeprowadzenie ankiety satysfakcji z udziału w programie.

Ocenę efektywności programu zaplanowano poprawnie.

Ewaluacja programu ma być przeprowadzona na podstawie poziomu frekwencji w poszczególnych etapach realizacji programu oraz wieloletniej analizy statystycznej zachorowań na raka szyjki macicy wśród adresatek programu. Obecnie w rekomendacjach zwraca się uwagę na uwzględnienie w ewaluacji takich czynników jak: poziom wyszczepialności, chorobowość i zapadalność na raka szyjki macicy i choroby związane z HPV.

Warto także zaplanować utrzymanie trwałości uzyskanych efektów zdrowotnych, co w programach szczepionkowych możliwe jest np. poprzez cykliczne prowadzenie szczepień w danej populacji.

Warunki realizacji

Realizator szczepień zostanie wybrany w drodze otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Kompetencje i warunki konieczne do realizacji programu opisano zbyt ogólnie i wymagają uszczegółowienia.

W projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej o działaniach w nim podejmowanych, co gwarantuje równy dostęp do oferowanych przez autorów świadczeń.

Projekt programu zawiera również opis jego organizacji, który przedstawiony został w sposób bardzo ogólny. Warto uściślić sposób zapraszania do udziału w programie. Zasadnym wydaje się także dopracowanie kryteriów kwalifikacji związanych z zaplanowanym badaniem kwalifikacyjnym. Należy szczegółowo opisać sposób przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego, a także wskazać możliwe przyczyny wykluczenia dziecka z udziału w programie. Eksperci kliniczni w swoich opiniach wskazują, że warunkiem prawidłowego wykonania szczepienia jest przeprowadzenie prawidłowej kwalifikacji (obejmującej wywiad, badanie przedmiotowe oraz w rzadkich przypadkach - badanie dodatkowe). Dziewczeta powinien kwalifikować pediatra, a nastolatki i kobiety – ginekolog i położnik. Informacja o przeprowadzeniu kwalifikacji powinna zostać odnotowana w dokumentacji pacjenta. Eksperci wskazują również, że niezbędne jest prowadzenie systematycznej rejestracji niepożądanych objawów poszczepiennych.

Kwalifikacja do programu będzie się odbywać także na podstawie zgody rodzica/opiekuna prawnego na przeprowadzenie badań kwalifikacyjnych, zaszczepienie oraz przetwarzanie danych osobowych. Jednak wzór ww. dokumentu nie został załączony do projektu i warto to uzupełnić.

Ponadto w projekcie wskazano, że przeprowadzone zostaną spotkania z rodzicami oraz oddzielnie z uczniami w wieku 12 lat. Nie podano jednak szczegółów dotyczących organizacji ww. działań. Planuje się także przeprowadzenie wśród uczniów ankiety oceniającej poziom wiedzy zdobytej w trakcie edukacji. Zasadnym wydaje się przeprowadzenie takiej ankiety także wśród rodziców. Należy również wskazać, że w celu oceny wpływu działań edukacyjnych na poziom wiedzy uczestników, ankieta powinna być przeprowadzana dwukrotnie - przed i po edukacji.

Zasady udzielania świadczeń w ramach programu wymagają uzupełnienia. W treści projektu nie odniesiono się m.in. do kwestii ponownej wizyty pacjentek w celu podania drugiej dawki szczepionki oraz sposobu, w jaki zamierza się informować uczestników bądź ich rodziców/opiekunów o konieczności ponownego stawienia się na szczepienie, co warto uwzględnić w programie.

W projekcie odniesiono się do kwestii zakończenia uczestnictwa w programie, które będzie możliwe na każdym jego etapie, na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Zasadnym wydaje się także poinformowanie uczestników programu o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie kursu szczepień (tj. brak uzyskania pełnej efektywności szczepienia oraz inne).

Całkowity koszt programu nie został oszacowany. Wskazano jedynie budżet programu przypadający na 2018 rok, który określono na 50 000 zł. W projekcie podano informację, że budżety przeznaczone na realizację programu w kolejnych latach jego trwania będą ustalane corocznie. Zasadnym wydaje się oszacowanie kosztów realizacji programu na wszystkie lata jego realizacji. Koszt zaszczepienia jednej dziewczynki określono na 400 zł i obejmuje on zakup szczepionki (2 dawki), przeprowadzenie badania kwalifikującego oraz wykonanie szczepienia. Nie wyodrębniono jednak kosztów przypadających na ww. elementy, co warto doprecyzować. Zgodnie z treścią projektu, szacunkowy koszt działań promocyjno-informacyjnych oraz informacyjno-edukacyjnych, na które składają się koszty spotkań z rodzicami i z uczniami, a także koszty materiałów, ma wynieść w 2018 r. 12 800 zł, natomiast w kolejnych latach ok. 13 600 zł. Niejasne jest, z czego wynikają powyższe wyliczenia i różnice między kolejnymi latami realizacji programu. Koszty programu zostaną pokryte z budżetu miasta.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Obok zakażenia HPV, do czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy należą m. in. wczesne rozpoczęcie życia płciowego (przed 18 rokiem życia), duża liczba partnerów seksualnych, partnerzy „wysokiego ryzyka”, zakażenie HIV lub inne zakażenie upośledzające system immunologiczny, palenie tytoniu, niski status ekonomiczny oraz liczne ciążę i porody

Rak szyjki macicy dotyka 5% kobiet zarażonych HPV, z czego około 70% jest związanych z typem 16 i 18 wirusa.

Zakażenie HPV jest najczęściej przemijające, jednak przetrwałe zakażenie typem wirusa dużego ryzyka onkogennego wiąże się ściśle z rozwojem zmian CIN (śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy), VIN (zmiany śródnabłonkowe dotyczące nabłonka wielowarstwowego płaskiego), VaIN (śródnabłonkowa neoplazja pochwy), a także raka sromu, prącia i odbytu. Najczęściej zakażenie HPV przebiega bezobjawowo i ulega samowyleczeniu. U kobiet do 25 roku życia większość infekcji ulega regresji w ciągu 12–18 miesięcy. Utrzymywanie się zakażenia powyżej 24 miesięcy jest związane z zakażeniem wirusami wysokoonkogennymi.

Przewlekłe zakażenie wysokoonkogennymi typami HPV jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Sposób radykalnego leczenia zakażenia HPV nie jest obecnie znany. Natomiast skuteczne metody leczenia zmian przednowotworowych w szyjce macicy są ogólnie dostępne.

Dużą rolę w przeciwdziałaniu nowotworom szyjki macicy i ograniczaniu zakażeń HPV mają działania profilaktyczne, które mogą obejmować edukację, szczepienia przeciw HPV (profilaktyka pierwotna) czy też badania cytologiczne szyjki macicy (profilaktyka wtórna).

Alternatywne świadczenia

Szczepienia przeciwko HPV nie są obecnie dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Znajdują się na liście szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków publicznych. W celu wczesnego wykrywania i zapobiegania nowotworom szyjki macicy w Polsce prowadzony jest Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, oparty o skrining cytologiczny. Program ten realizowany jest w oparciu o Ustawę z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U.05.143.1200) oraz o Uchwałę Nr 24/2011 Rady Ministrów z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach

programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2011 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2012 i 2013. Są nim objęte Polki między 25 a 59 rokiem życia, które w ciągu 3 ostatnich lat nie miały wykonywanego badania cytologicznego w ramach ubezpieczenia NFZ.

Ocena technologii medycznej

Zaplanowana interwencja mająca na celu zmniejszenie występowania raka szyjki macicy poprzez ograniczenie infekcji HPV wśród młodych kobiet i mężczyzn wpisuje się w założenia strategii WHO „Zdrowia dla Wszystkich” z 1998 r oraz wytycznych opublikowanych w 2013 roku dotyczących zapobiegania i monitorowania występowania nowotworu szyjki macicy wśród kobiet.

Aktualne wytyczne oraz dowody naukowe (PSO 2014, Cortes-Bordoy 2010, Haijstek 2011, Pham 2011, Bombardier 2012, Brenol 2013, Lenzi 2013) zalecają wykonywanie rutynowych szczepień p/HPV. Grupą docelową powinny być kobiety w wieku 9-26 lat. Coraz częściej wskazuje się też na wpływ szczepień na obecność infekcji wśród mężczyzn. U obu płci podkreśla się konieczność szczepień przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej. W Polsce szczepienia te są rekomendowane młodym dziewczynom, jako przeciwdziałanie zmianom nowotworowym narządów rodnych. Optymalny wiek zaszczepienia określa się na 11-13 lat dla obu płci. (wg. NHMRC, ACIP, CCFA). Rekomendowane są również dodatkowe szczepienia wśród kobiet powyżej 26 roku życia, jeśli nie zostały zaszczepione wcześniej lub schemat szczepień nie został prawidłowo ukończony. Z kolei, wśród mężczyzn rekomendowane jest szczepienie w grupie wiekowej 9-26 lat, szczepionką 4-walentną, ze względu na wysokie prawdopodobieństwo występowania brodawek płciowych i uszkodzeń krocza/prącia (szczególnie wśród osób pozostających w związkach/kontaktach homoseksualnych i u których występują zaburzenia odporności).

Przy wyborze szczepionki warto wziąć pod uwagę skalę problemu i wielkość populacji. Nie wskazuje się konkretnej szczepionki na rynku farmaceutycznym (2val lub 4val) jako preferowanej lub skuteczniejszej w zakresie profilaktyki zakażeń HPV. Szczepienia powinny być prowadzone w sposób skoordynowany wraz z edukacją zdrowotną i prawidłową diagnostyką cytologiczną. Szczepionki nie zapewniają 100% ochrony przed istniejącymi już infekcjami/zakażeniami. Zaleca się, aby kobiety kontynuowały później regularne wykonywanie badań cytologicznych. Sugeruje się również stałe monitorowanie stanu zdrowia pacjentów po zaszczepieniu w celu zapewnienia bezpieczeństwa.

Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego może prowadzić do redukcji liczby przypadków raka szyjki macicy. Jednakże warto, aby programowi szczepień towarzyszyły badania oceny długoterminowej skuteczności oraz bezpieczeństwa, w celu optymalizacji sposobu realizacji programu. Osiągnięty efekt zdrowotny w populacji zależy jednak od wysokiego poziomu uczestnictwa w programie oraz od prowadzonego równoległe programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Co także przemawia za koordynacją działań tych programów.

Kolejnym istotnym elementem profilaktyki zakażeń HPV jest edukacja zdrowotna. Powinna się ona skupiać na metodach wczesnego wykrywania chorób oraz na sposobach ich zapobiegania. Duży nacisk warto położyć na intensyfikowanie edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodzieży, szczególnie, że jest to temat pomijany w innych obszarach edukacji.

Edukacja dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy musi podkreślać również znaczenie badań cytologicznych, jako najważniejszej metody wczesnego wykrywania zmian rakowych i przedrakowych. Badania wskazują na silny wpływ pracowników ochrony zdrowia jako autorytetu, który pomaga w podjęciu decyzji o szczepieniu. Ponadto, ważne jest dostarczenie merytorycznie poprawnej wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy, ze względu na fakt, że nadal zakres wiedzy na temat konsekwencji zakażenia HPV jest bardzo ograniczony, choć ma istotny wpływ na podjęcie decyzji o szczepieniu.

Ważne jest aby działania edukacyjne były dostosowane do odbiorców oraz aby swoim zasięgiem obejmowały również populację chłopców.

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.441.198.2017 „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Czeladź na lata 2018-2022” realizowany przez: miasto Czeladź, Warszawa, sierpień 2017, Aneksu „Programy przeciwdziałania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz rakowi szyjki macicy – wspólne podstawy oceny” z listopada 2015 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 242/2017 z dnia 7 sierpnia 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Czeladź na lata 2018-2022”.