



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 351/2017 z dnia 27 grudnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program zdrowotny
profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)
w Gminie Zamość”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zdrowotny profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Zamość” realizowany przez gminę Zamość pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej może stanowić uzupełnienie obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Wyznaczone cel główny oraz cele szczegółowe, powinny zostać przeformułowane w taki sposób, aby były w pełni zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności, również nie są poprawnie określone, więc wymagają poprawy.

Populacja docelowa została określona poprawnie pod względem kryteriów, natomiast wymaga ponownej weryfikacji pod kątem liczby uczestników.

Zaproponowana interwencja jest zgodna z wytycznymi, jednak wymaga doprecyzowania, ponieważ niejednoznacznie określono, jaką szczepionką będą przeprowadzane szczepienia.

Monitorowanie zostało dobrze zaplanowane, natomiast ewaluacja wymaga korekty.

Budżet programu wymaga uzupełnienia o koszty całkowite programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Zamość. Budżet w pierwszym roku funkcjonowania oszacowano na 19 900 zł, zaś okres realizacji programu to lata 2017-2020.

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). Problem zdrowotny został przedstawiony w sposób pobieżny.



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

W projekcie programu zdawkowo odniesiono się do danych dotyczących zachorowań na raka szyjki macicy na świecie i w Polsce. Nie zawarto danych dotyczących sytuacji epidemiologicznej w regionie.

W projekcie znajduje się błędna informacja na temat systematycznego wzrostu umieralności młodych kobiet z powodu raka szyjki macicy. Zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), wskaźnik umieralności wykazuje tendencję spadkową we wszystkich grupach wiekowych.

Zgodnie z raportem Centrum Informacyjnego HPV i raka szyjki macicy (The ICO Information Centre on HPV and Cancer) w Europie żyje ok. 325,7 miliona kobiet powyżej 15 r.ż., które mają zwiększone ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. Według aktualnych szacunków, każdego roku u ok. 58 373 europejskich kobiet rozpoznaje się tego typu nowotwór a ok. 24 404 umiera z powodu tej choroby.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. lubelskiego standaryzowany wiekiem współczynnik zachorowalności na raka szyjki macicy w latach 2010-2012 w omawianym województwie wynosił ok. 19,5/100 tys. kobiet, z kolei dla całego kraju ok. 21,1/100 tys. kobiet.

Dane NIZP-PZH zawierają informacje nt. liczby szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego w Polsce w ostatnich latach. Zgodnie z nimi, w 2015 roku w Polsce zaszczepiono 32 691 osób (z czego, aż 30 511 osób poniżej 20 r.ż.), co stanowi ok. 24% wzrost w stosunku do roku poprzedniego. Z kolei w województwie lubelskim w 2015 roku wykonano 1 284 szczepień, z czego 1 168 u osób poniżej 20 r.ż.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest: „zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy (RSzM), sromu, pochwy i brodawek płciowych poprzez wdrożenie opisanej profilaktyki polegającej na przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej oraz szczepieniach ochronnych przeciwko wirusowi HPV w określonej populacji dziewcząt zameldowanych w gminie Zamość oraz uczęszczających do szkół naterenie gminy Zamość”. Cel główny nie będzie możliwy do osiągnięcia podczas trwania programu, ponieważ zmniejszenie zachorowalności na raka szyjki macicy jest długofalowym efektem szczepień.

Ponadto projekt programu zawiera 5 celów szczegółowych:

- Podniesienia poziomu świadomości zdrowotnej młodych dziewcząt i ich rodziców;
- Wypromowania zdrowego trybu życia wśród młodzieży szkolnej;
- Ukształtowania właściwych nawyków higienicznych u dziewcząt objętych programem, tym samym zwiększenia skuteczności zapobiegania chorobom i zakażeniom wywołanym przez wirusy HPV;
- Prowadzenia systematycznych szczepień kolejnych roczników dziewcząt;
- Zwiększenia zgłaszalności na przesiewowe badania cytologiczne, poprzez aktywną edukację matek (rodziców/opiekunów prawnych).

Wszystkie cele, z wyjątkiem ostatniego zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy, ponieważ stanowią działania, natomiast powinny być oczekiwanymi efektami. Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART wg. której cel powinien być konkretny, mierzalny, osiągalny, realny i określony w czasie

W programie zawarto 5 mierników efektywności, z których część nie odnosi się bezpośrednio do celów programu. Miernik dotyczący oceny poziomu wiedzy uczniów, mógłby być pomocny w ocenie efektywności programu. Nie przedstawiono mierników dotyczących zachorowalności na RSzM oraz zwiększenia zgłaszalności na przesiewowe badania cytologiczne. Zatem nie będzie możliwe obiektywne i precyzyjne zmierzenie stopnia realizacji celów.

Program zaplanowano na lata 2017-2020, jednak rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie stosowania szczepionek, kiedy badaniem cytologicznym objęte zostaną osoby zaszczepione, czyli za około 15-20 lat. Regularne i cykliczne szczepienia pozwalają na uzyskanie odporności populacyjnej. Należy mieć również na uwadze, że skuteczna edukacja młodzieży jak i ich rodziców/opiekunów zapewni trwałość efektów zdrowotnych.

Populacja docelowa

Program szczepień będzie skierowany do dziewczynek w wieku 14 lat, które są zameldowane na terenie gminy Zamość lub uczęszczają do szkół na terenie gminy. Zaplanowano zaszczepić dziewczynki z rocznika: 2003 (126 dziewcząt), 2004 (126 dziewcząt), 2005 (106 dziewcząt) oraz 2006 (107 dziewcząt).

Według danych GUS gminę zamieszkuje następująca liczba dziewcząt urodzonych w poszczególnych latach: 282 w 2003 r., 221 w 2004 r., 255 w 2005 r., 250 w 2006 r. Z powyższych danych wynika, że w programie nie doszacowano liczby dziewcząt, jednak wskazano na możliwość zwiększenia liczby dziewcząt biorących udział w programie.

W części edukacyjnej będą brali również udział rodzice/opiekunowie prawni, lecz nie określono ich liczby.

Kryteria kwalifikacji obejmują wiek, miejsce zamieszkania lub miejsce szkoły do której uczęszczają dziewczęta, wywiad i badanie lekarskie, brak przeciwwskazań oraz pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na szczepienie.

Istnieją niewielkie różnice w zakresie rekomendowanych przedziałów wiekowych, co związane jest m.in. z różnicami pod względem wieku inicjacji seksualnej w poszczególnych krajach. Część wytycznych wskazuje, że szczepione powinny być dziewczęta w wieku od 12-15 lat (PTPZ HPV 2008) inne, że między 10 a 13 r.ż. (NHMRC 2008) oraz między 9 a 13 (WHO 2012) czy też 9 a 18 r.ż. (ATAGI /NHMRC 2014). Większość wskazuje jednak 9 r.ż. jako dolną granicę wieku, w którym można zastosować szczepienie.

Najbardziej aktualne wytyczne dotyczące wieku 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).

Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na 2018 rok (PSO), szczepienia przeciwko HPV należą do grupy szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków Ministra Zdrowia.

Ponadto eksperci zaznaczają, że informacja o przeprowadzeniu kwalifikacji powinna zostać odnotowana w dokumentacji pacjenta, co należałoby uwzględnić w projekcie programu. Eksperci w swoich opiniach wskazują również przeciwwskazania do szczepień przeciwko HPV, wśród których wymieniają: reakcję alergiczną na drożdże (szczepionka czterowalentna jest rekombinowana przez drożdże), ciężkie choroby układowe, ciężę, trombocytopenię i inne skazy krwotoczne, które mogą być przyczyną powstania krwiaka w miejscu wkłucia oraz stany gorączkowe.

Interwencja

W punkcie programu, który dotyczy interwencji przedstawiono następujące założenie: „do programu wybrana zostanie szczepionka, która w momencie wejścia w życie programu zapewniła będzie jak najszerszy zakres ochrony przed chorobami HPV możliwa do zakupu w ramach założonego budżetu”. Natomiast w punkcie, który dotyczył budżetu wskazano na zakup szczepionek czterowalentnych. Ponadto, w projekcie założono wykonanie szczepień w schemacie 2-dawkowym, a dostępna na rynku szczepionka czterowalentna (Silgard) powinna być podawana w schemacie 3-dawkowym, więc część dotycząca wyboru szczepionki wymaga ponownej weryfikacji.

Obecnie do obrotu na terenie Polski dopuszczone są trzy rodzaje szczepionek: dwuwalentna szczepionka *Cervarix*[®] (przeciwko zakażeniom HPV typami 16 i 18), czterowalentna szczepionka *Silgard*[®] (przeciwko zakażeniom HPV typami: 6, 11, 16, 18) oraz dziewięciowalentna szczepionka

Gardasil 9® (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). Wszystkie wymienione szczepionki można stosować w schemacie 2-dawkowym.

W ramach programu, zaplanowano działania edukacyjne, które mają być skierowane do dziewcząt włączonych do programu oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Działania te będą miały na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej w odniesieniu do ryzyka zakażeń wirusem HPV, chorób przenoszonych drogą płciową i zachorowań na raka szyjki macicy. W trakcie spotkań edukacyjnych poruszane będą również tematy związane z prawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi oraz znaczeniem przesiewowych badań cytologicznych. W ramach akcji edukacyjnej przygotowane zostaną ulotki oraz plakaty na temat zalecanych szczepień ochronnych, wskazujące na ich skuteczność oraz zawierające informacje dotyczące raka szyjki macicy. Powyższe zagadnienia mają być również poruszane podczas spotkań edukacyjnych, o których rodzice/opiekunowie prawni mają być informowani w listach przekazywanych za pośrednictwem szkół z terenu gminy.

Edukacja zdrowotna stanowi obecnie istotny element polityki zdrowia publicznego i jedno z zadań samorządów lokalnych. Powinny w szczególności dotyczyć ograniczenia zachowań zwiększających ryzyko zakażenia wirusem HPV oraz diagnostyki i leczenia zmian przednowotworowych, jak również samego nowotworu (NYS DH 2013, WHO 2012, ECDC 2012, CCG HPV 2011, PTPZ HPV 2008, CPS 2007). Należy również podkreślić, iż Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy rekomenduje edukację matek dziewcząt objętych programem oraz objęcie ich skryningiem 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 jest uzasadnioną i zachowującą spójność interwencją.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada jego monitorowanie oraz ewaluację. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Monitorowanie zostało dobrze zaplanowane, jednak nie dołączono wzoru ankiety satysfakcji w związku z czym niemożliwe było zweryfikowanie jej poprawności.

Ocena efektywności programu będzie się opierać na analizie zapadalności na RSzM oraz innych chorób HPV-zależnych, co jest zasadne w ewaluacji programu. Wskazano również na analizę poziomu frekwencji, co może być przydatne w ocenie zgłaszalności do programu, natomiast nie w ocenie efektywności.

Warunki realizacji

Etapy realizacji programu zostały opisane w sposób ogólny. Pierwszym etapem ma być wybór realizatorów oraz kampania informacyjna na temat programu. Realizator programu ma być wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Następnie przeprowadzone zostaną działania edukacyjne, badania, kwalifikacja do szczepienia oraz wykonanie szczepienia. Pobieżnie opisano wymagania dotyczące personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych. Wskazano, że szczepienia będzie przeprowadzać pielęgniarka, która ukończyła kurs w zakresie wykonywania szczepień ochronnych, pod nadzorem lekarza. Część edukacyjna będzie prowadzona przez lekarza (ginekolog lub pediatra) lub pielęgniarki i higienistki.

Za akcję informacyjną będzie odpowiedzialny zarówno organizator, jak i realizator. Podział zadań został zawarty w programie.

Pełne uczestnictwo dziewcząt w programie, polegać będzie na udziale w edukacji zdrowotnej oraz na zrealizowaniu pełnego schematu szczepień. Zakończenie udziału w programie będzie możliwe w każdym etapie jego realizacji. W przypadku ukończenia pełnego cyklu szczepień przez dziewczynkę, rodzic powinien zostać poinformowany o zasadach postępowania w razie wystąpienia

niepożądanego odczynu poszczepiennego. Natomiast w przypadku, gdy osoba nie ukończy pełnego cyklu szczepień, rodzic/opiekun prawny powinien zostać poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie cyklu szczepień (brak uzyskania pełnej efektywności szczepienia).

Koszt jednostkowy programu został określony na 150 zł/os. Na ten koszt będzie składać się: zakup dwóch dawek szczepionki czterowalentnej (należy pamiętać, że szczepionka czterowalentna powinna być podawana w trzech dawkach), koszt kwalifikacji oraz podania szczepionki. Koszt akcji promocyjno-edukacyjnej został oszacowany na 1000 zł. Koszt całkowity programu nie został zawarty w programie, zawarto jedynie informacje na temat kosztów w poszczególnych latach, jednak znacznie różnią się od siebie niezależnie od oszacowanej liczby dziewcząt. Ponadto, koszty całkowite są nie doszacowane ze względu na niezgodność określonej w programie liczby dziewcząt z danymi z GUS.

Program zostanie sfinansowany z budżetu gminy Zamość.

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 ok. 70% jest związanych z typem 16 i 18 wirusa.

Zakażenie HPV jest najczęściej przemijające, jednak przetrwałe zakażenie typem wirusa dużego ryzyka onkogennego ściśle wiąże się 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 przeciwko 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. (według National Health and Medical Research Council NHMRC, Advisory Committee on Immunization Practices 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 (2 lub 4 walentna) 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, opinuję, 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 2017 r., poz. 1938), z uwzględnieniem raportu: OT.441.344.2017 „Program zdrowotny profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Zamość” realizowany przez: gminę Zamość, Warszawa, grudzień 2017, Aneksu „Programy przeciwdziałania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz rakowi szyjki macicy – wspólne podstawy oceny” z listopada 2015 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 419/2017 z dnia 27 grudnia 2017 roku o projekcie programu „Program zdrowotny profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Zamość”.