



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 175/2018 z dnia 22 sierpnia 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
raka szyjki macicy na lata 2019-2023” realizowanego przez gminę
Borek Wielkopolski**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2019-2023”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości.

Cele programowe należy przeformułować w taki sposób, aby były w pełni zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności również wymagają poprawy zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Populacja docelowa i interwencje zostały zaplanowane zgodnie z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi.

Projekt wymaga uzupełnienia w zakresie monitorowania i ewaluacji w oparciu o uwagi w dalszej części opinii. Należy 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 budżecie należy oszacować koszty jednostkowe poszczególnych działań oraz uwzględnić koszty monitorowania i ewaluacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Borek Wielkopolski. Budżet zaplanowany na realizację programu wynosi 106 380 zł. Okres realizacji obejmuje lata 2019-2023.

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 2018 r., poz. 1510), 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 priorytety zdrowotne zgodne z §1 ust. 1) oraz 5) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r.



w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 469): „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych” oraz „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii”. W projekcie opisano problem zdrowotny oraz w sposób zdawkowy odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej i ogólnopolskiej.

Raport Centrum Informacyjnego HPV i raka szyjki macicy (*The ICO Information Centre on HPV and Cancer*) wskazuje, że w Europie żyje około 325,7 mln kobiet powyżej 15 roku życia, które mają zwiększone ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. Szacunkowo rocznie raka szyjki macicy diagnozuje się u 58 373 kobiet w Europie, a około 24 400 umiera z powodu tego nowotworu z czego 15 436 w Europie Wschodniej.

Dane przedstawione w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. wielkopolskiego wskazują, że standaryzowany wiekiem współczynnik zachorowalności na raka szyjki macicy w ww. województwie w latach 2010-2012 wynosił ok. 19,5/100 tys. kobiet, z kolei dla całego kraju – ok. 21,1/100 tys. kobiet.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie liczby zachorowań spowodowanych wirusem brodawczaka poprzez wdrożenie opisanej profilaktyki polegającej na przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej oraz szczepień ochronnych przeciwko wirusowi HPV w populacji 13-letnich dziewczynek zamieszkałych i uczęszczających do szkół na terenie gminy Borek Wlkp.” Należy podkreślić, że ww. cel może okazać się niemożliwy do zrealizowania w trakcie trwania programu, gdyż zmniejszenie liczby zachorowań jest efektem długofalowym. Realny efekt zaszczepienia będzie można ocenić dopiero w perspektywie kilkunastu bądź kilkudziesięciu lat.

W projekcie programu zaproponowano także 4 cele szczegółowe dotyczące: „podniesienia poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, higieny życia płciowego i profilaktyki raka szyjki macicy wśród młodzieży szkolnej w wieku 13 lat i ich rodziców/opiekunów prawnych”, „zwiększenia wiedzy rodziców/opiekunów prawnych młodzieży objętej programem na temat działania szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego”, „zaszczepienia jak największej liczby dziewcząt zakwalifikowanych do programu” oraz „propagowania nawyku systematycznego wykonywania badań profilaktycznych, celem wczesnego wykrywania chorób nowotworowych wśród młodzieży oraz matek młodzieży objętej programem szczepień przeciwko HPV”. Przedstawione cele nie są w pełni zgodne z zasadą SMART, według której dobrze sformułowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Ponadto dwa ostatnie cele stanowią działania, a nie efekt, jaki zamierza się osiągnąć w ramach ich realizacji.

Mając powyższe na uwadze cele programowe wymagają przekonstruowania.

Wskazano 6 mierników efektywności, przy czym mają one charakter wyłącznie ilościowy, zatem utrudnione będzie precyzyjne i obiektywne zmierzenie stopnia realizacji celów. Ponadto nie sformułowano mierników odnoszących się do założenia głównego oraz ostatniego celu szczegółowego.

Przy formułowaniu mierników należy pamiętać, aby pozwoliły na ocenę efektów programu, zaś wartości wskaźników były określane przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana w zakresie tych wartości stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Tworzenie mierników powinno zaczynać się od określenia stanu istniejącego, opisanie spodziewanego efektu po wdrożeniu interwencji oraz wskazania sposobu pomiaru zmiany. Następnie miernik powinien zostać dobrany do odpowiedniego celu.

W przypadku programów szczepiennych istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się głównie do zachorowalności na wskazaną chorobę oraz występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania szczepionki. Regularne, cykliczne szczepienia pozwalają na uzyskanie odporności populacyjnej. Natomiast skuteczna edukacja młodzieży jak i ich rodziców/opiekunów zapewnia trwałość efektów zdrowotnych.

Reasumując, kwestia mierników efektywności wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Populację docelową, w zakresie szczepień stanowią dziewczęta w wieku 13 lat (z roczników 2005-2009), natomiast w zakresie edukacji – dziewczęta i chłopcy w wieku 13 lat oraz ich rodzice/opiekunowie prawni.

Wielkość populacji docelowej w zakresie szczepień oszacowano łącznie na 197 dziewcząt (36 dziewczynek z rocznika 2005, 45 z 2006, 28 w 2007, 40 z 2008 oraz 48 z 2009). Dane nt. liczebności adresatek programu nie są do końca zgodne z danymi GUS, według których miasto zamieszkuje 45 dziewczynek urodzonych w 2005 r., 28 w 2006 r., 41 w 2007 r., 47 w 2008 r. oraz 43 w 2009 r. Powyższa kwestia wymaga wyjaśnienia. W projekcie założono zaszczepienie 100% populacji docelowej. Ponadto z zapisów programu wynika, iż szczepieniem planuje się objąć również chłopców z ww. roczników w zależności od posiadanych środków.

Kryteria kwalifikacji do programu stanowią: wiek, zameldowanie na terenie gminy Borek Wielkopolski, pisemna zgoda rodzica/opiekuna na realizację szczepień oraz brak przeciwwskazań lekarskich do zaszczepienia.

Warto podkreślić, iż 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 12-15 lat - Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV (PTPZ HPV 2008), inne że między 10. a 13. r.ż. (National Health and Medical Research Council NHMRC 2008) oraz między 9. a 13. (World Health Organization WHO 2012), czy też 9. a 18. r.ż. (Australian Technical Advisory Group on Immunization ATAGI/NHMRC 2014). Większość wskazuje jednak 9. r.ż. jako dolną granicę wieku, w którym można zastosować szczepienie.

Najbardziej aktualne zalecenia wskazują, że rutynowo powinno się szczepić dziewczęta w wieku od 11-12 lat (American Cancer Society ACS 2016, 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). Najkorzystniejsze jest szczepienie kobiet przed potencjalną ekspozycją na zakażenie HPV, a więc przed inicjacją seksualną. Wskazuje również na to Program Szczepień Ochronnych (PSO) na 2018 r., iż szczepienia przeciwko HPV zalecane są osobom przed inicjacją seksualną.

Zgodnie z rekomendacjami chłopcy/mężczyźni powinni być szczepieni w wieku 9-15 lat (PTPZ HPV 2008), 9-18 (ATAGI/NHMRC 2014), 11-21 (CDC 2014). Inne rekomendacje (Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy 2012) nie zalecają szczepień chłopców/mężczyzn.

Podsumowując, wybór populacji docelowej koresponduje z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie.

Interwencja

W ramach interwencji zaplanowano badanie lekarskie, kwalifikację do szczepienia, wykonanie szczepienia oraz edukację.

Przeprowadzenie badania i kwalifikacji do szczepienia jest zbieżne z zaleceniami ekspertów, którzy wskazują, że przeprowadzenie kwalifikacji obejmującej wywiad, badanie przedmiotowe oraz w rzadkich przypadkach – badanie dodatkowe jest warunkiem prawidłowego wykonania szczepienia.

W projekcie nie określono konkretnie, jaka szczepionka będzie wykorzystywana w programie. W punkcie dotyczącym kosztów wskazano, że „przyjmuje się zasadę pokrywania kosztów wszystkich trzech dawek przy szczepionce czterowalentnej Silgard lub koszty dwóch dawek przy szczepionce dziewięciowalentnej Gardasil-9”. W związku z powyższym wydaje się, iż w programie będzie wykorzystana szczepionka Silgard w schemacie trzydawkowym lub Gardasil-9 w schemacie dwudawkowym.

W ramach programu, przeprowadzone mają być również działania edukacyjne, które oprócz młodzieży z populacji docelowej, mają być skierowane również do rodziców/opiekunów prawnych. Edukacja dla dziewcząt i chłopców prowadzona będzie przed szczepieniami np. w formie spotkań z lekarzem oraz poprzez rozpowszechnienie materiałów edukacyjnych. Wskazano zakres tematyczny planowanych działań edukacyjnych.

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 (New York State Department of Health NYSDH 2013, WHO 2012, European Centre for Disease Prevention and Control ECDC 2012, Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomavirus CCG HPV 2011, PTPZ HPV 2008, CPS 2007).

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

Ponadto należy wskazać, że zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2017 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na 2018 rok (PSO), szczepienia przeciwko HPV należą do grupy szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków Ministra Zdrowia.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się jedynie do oceny zgłaszalności do programu, natomiast ocena jakości świadczeń oraz ocena efektywności wymaga uzupełnienia.

Należy 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. 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.

W ramach oceny zgłaszalności do programu planuje się analizę: list uczestników spotkań edukacyjnych; liczby pisemnych zgód na szczepienie; liczby zaszczepionych osób w stosunku do liczby osób uprawnionych do szczepienia. Należałoby także uwzględnić liczbę osób niezakwalifikowanych do programu z powodu przeciwwskazań.

Ocena jakości świadczeń powinna zostać przeprowadzona np. na podstawie wystandaryzowanej kwestionariusza – ankiety satysfakcji. Należy także dodać, że ww. ankieta powinna być anonimowa. Dodatkowo można umożliwić uczestnikom samodzielne zgłaszanie uwag do programu.

W projekcie nie odniesiono się do ewaluacji programu. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, z wykorzystaniem, co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu.

Warto dodać, że w ewaluacji zasadna jest ocena zmiany poziomu wiedzy uczestników edukacji, należałoby także analizować np. liczbę zgłoszeń kobiet na badania cytologiczne, co może być wynikiem prowadzenia działań edukacyjnych.

Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Informacje na temat wymagań odnoszących się do personelu, wyposażenia i warunków lokalowych przedstawiono w sposób zdawkowy. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zaplanowano akcję informacyjną nt. programu. Odniesiono się także do sposobu zakończenia udziału w programie.

Całkowity koszt programu oszacowano na 106 380 zł. Jednakże nie wskazano kosztu jednostkowego i nie określono jego składowych. Zatem nie jest jasne, na jakiej zasadzie wyliczono koszt całkowity. Dodatkowo budżet powinien zawierać koszty monitorowania i ewaluacji.

Podsumowując kosztorys programu wymaga dopracowania.

Program ma być finansowany z środków budżetu gminy Borek Wielkopolski.

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 onkogenego 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 wysokoonkogenymi.

Przewlekłe zakażenie wysokoonkogenymi 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 NHMRC, ACIP). 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.

Ponadto WHO 2013 zaleca przeprowadzenie działań edukacyjnych pielęgniarek POZ i środowiska nauczania i wychowania, ustalenie zakresu działań informacyjnych (edukowanie, doradztwo, poradnictwo) oraz przygotowanie kompleksowego, skoordynowanego planu opieki – ścieżki klinicznej.

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.U. z 2018 r., poz. 1510.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.143.2018 „Program profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2019-2023” realizowany przez: gminę Borek Wielkopolski, Warszawa, sierpień 2018, Aneksu „Programy przeciwdziałania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz rakowi szyjki macicy – wspólne podstawy oceny” z listopada 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 226/2018 z dnia 20 sierpnia 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2019-2023” (gm. Borek Wielkopolski).