



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 28/2019 z dnia 27 lutego 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka
ludzkiego HPV w Gminie Nowogród Bobrzański na lata 2019 -2021”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV w Gminie Nowogród Bobrzański na lata 2019 -2021”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom, może stanowić uzupełnienie obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych, natomiast w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, należy uwzględnić poniższe uwagi.

Cele programowe nie zostały w pełni poprawnie określone, ponieważ niektóre z nich zostały zdefiniowane w postaci działań, zatem należy je przeformułować. Ponadto warto je dostosować do zasady SMART.

Populacja docelowa została prawidłowo zdefiniowana, jednak należy uzupełnić w liczbę osób, która weźmie udział w działaniach edukacyjnych. W miarę możliwości finansowych warto rozważyć zwiększenie liczby osób, które będą mogły wziąć udział w programie.

Interwencja również została poprawnie zdefiniowana.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają poprawy zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

W ramach budżetu powinny zostać uwzględnione koszty monitorowania oraz ewaluacji.

Należy mieć na uwadze, że dla osiągnięcia trwałości efektów zdrowotnych w programach polityki zdrowotnej należy rozpatrywać przede wszystkim działania długofalowe.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Nowogród Bobrzański. Budżet zaplanowany na realizację programu wynosi 78 540 zł. Okres realizacji to lata 2019-2021.

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 punkcie dotyczącym problemu zdrowotnego projekt programu zawiera czynniki ryzyka rozwoju raka szyjki macicy oraz model jego powstawania. Wymieniono typy „wysokiego ryzyka” wirusa HPV. Odniesiono się do drogi szerzenia wirusa oraz objawów zakażenia. Przedstawiono dane dotyczące zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy na świecie i w Polsce. Odniesiono się do danych lokalnych oraz podano źródło tych informacji (KRN 2015).

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.

Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. lubuskiego wskazują, że standaryzowany wiekiem współczynnik zachorowalności na raka szyjki macicy w latach 2010-2012 w omawianym województwie wynosił ok. 20,73/100 tys. kobiet, z kolei dla całego kraju ok. 21,1/100 tys. kobiet.

Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) zawierają informacje nt. liczby szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego w Polsce w ostatnich latach. Zgodnie z nimi, w 2017 roku w Polsce zaszczepiono 21 226 osób (z czego 19 961 osób poniżej 20 r.ż.). Z kolei w województwie lubuskim w 2017 roku wykonano 898 szczepień, z czego 879 u osób poniżej 20 r.ż.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa profilaktyki pierwotnej w zakresie szczepień ochronnych w celu obniżenia liczby osób zakażonych wirusem HPV, który może wywoływać raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy, raka odbytu i brodawki narządów płciowych”.

W projekcie wskazano również 5 cele szczegółowe:

- podniesienie i sprawdzenie poziomu wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy i innych chorób, które może wywoływać zakażenie wirusem HPV wśród młodych dziewcząt, chłopców i ich rodziców, w poszczególnych rocznikach;
- założenie udziału 60% populacji dziewczynek z każdego rocznika;
- upowszechnianie nawyku wykonywania badań profilaktycznych w celu wczesnego wykrycia chorób nowotworowych;
- zwiększenie dostępności do profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy i innych chorób związanych z zakażeniem wirusem HPV;
- podsumowanie świadomości wiedzy po zakończeniu programu, w poszczególnych rocznikach.

Niektóre z celów szczegółowych (drugi, trzeci oraz piąty) zostały sformułowane w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu, do którego dążą zaplanowane w projekcie działania, więc wymaga to poprawy. Dodatkowo wskazane cele nie zostały sformułowane w pełni zgodnie z zasadą SMART, ponieważ nie zostały konkretnie zaplanowane w czasie oraz nie określono konkretnych wartości, jakie mają zostać osiągnięte. Dobrze sformułowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W projekcie wskazano 6 mierników efektywności, wśród których znajdują się mierniki zarówno o charakterze ilościowym, jak i jakościowym. Piąty miernik został sformułowany w taki sposób, że swoją treścią bardziej przypomina cel niż miernik, co należy poprawić.

Przy formułowaniu mierników należy pamiętać, aby pozwoliły one 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 dopasowany do odpowiedniego celu.

W przypadku programów szczepiennych istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się 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.

Populacja docelowa

Populację docelową, w zakresie szczepień stanowią dziewczęta w wieku 13 lat, zamieszkałe na terenie gminy Nowogród Bobrzański. W ramach programów zaplanowano zaszczepienie 60% populacji docelowej (154 dziewcząt), co stanowi około 92 osoby.

Populację docelową, w zakresie edukacji stanowią dziewczęta oraz chłopcy w wieku 13 lat zamieszkałe na terenie gminy Nowogród Bobrzański oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. W programie podano, że liczba dziewcząt kwalifikujących się do programu wynosi 154, natomiast nie określono liczebności chłopców. Według danych pochodzących z Głównego Urzędu Statystycznego, w 2017 roku liczba chłopców urodzonych między 2006 a 2008 rokiem, wynosiła 147. W związku z powyższym, szacunkowa liczba dzieci biorących udział w działaniach edukacyjnych wynosi około 300. W programie nie wskazano liczebności rodziców/opiekunów prawnych.

Kryteria włączenia mają stanowić wiek, uzyskanie zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie i brak przeciwwskazań lekarskich podczas badania kwalifikacyjnego.

Warto podkreślić, że 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 9. a 13. r.ż. (World Health Organization WHO 2012) czy też 9. a 18. r.ż. (Australian Technical Advisory Group on Immunization/ National Health and Medical Research Council 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.

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

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie edukacji zdrowotnej oraz wykonanie cyklu szczepień.

Przed wykonaniem szczepienia zaplanowano badanie lekarskie oraz kwalifikację do szczepienia, co jest zbieżne z zaleceniami ekspertów oraz wytycznymi, którzy wskazują, że przeprowadzenie kwalifikacji obejmującej wywiad, badanie przedmiotowe oraz w rzadkich przypadkach – badanie dodatkowe jest warunkiem prawidłowego wykonania szczepienia.

W ramach szczepienia zostanie wykorzystana dziewięciowalentna szczepionka w schemacie 2-dawkowym.

W ramach programu, przeprowadzone będą również działania edukacyjne, które oprócz dziewcząt z populacji docelowej, mają być skierowane również do chłopców oraz rodziców/opiekunów prawnych.

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 uzasadniona. Profilaktyka z wykorzystaniem szczepionek HPV, jest uznana za bezpieczną, dobrze tolerowaną w zapobieganiu konsekwencjom przetrwałych infekcji HPV.

Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na 2018 rok (PSO), szczepienia przeciwko HPV należą do grupy szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków Ministra Zdrowia. Zgodnie ze wspomnianym dokumentem, szczepienia te zaleca się „szczególnie osobom przed inicjacją seksualną”, a więc również w grupie wiekowej przewidzianej w projekcie programu.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zakłada przeprowadzenie monitorowania oraz ewaluacji.

W ramach oceny zgłaszalności zostanie przeanalizowana:

- liczba dziewcząt uczestniczących w programie;
- liczba dziewcząt objętych szczepieniami, które otrzymały 1. dawkę;
- liczba dziewcząt objętych szczepieniami, które otrzymały 2. dawkę;
- liczba dziewcząt, które otrzymały pełen cykl - 2 dawki;
- liczba spotkań edukacyjnych.

W ramach zgłaszalności należy również uwzględnić: liczbę dziewczynek, które nie zostały zaszczepione lub nie ukończyły pełnego programu wraz z podaniem przyczyny oraz liczbę osób, które wezmą udział w spotkaniach edukacyjnych.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników programu prowadzona wśród „odbiorców bezpośrednich (uczestniczek) i pośrednich (rodziców/opiekunów prawnych)”. Zapisy w programie wskazują, że ankieta nie będzie dotyczyła chłopców, co warto uzupełnić. Program nie zawierał wzoru ankiety satysfakcji w związku z czym nie była możliwa weryfikacja jej poprawności.

Ocena efektywności programu ma zostać oceniona na podstawie 5 wskaźników:

- ilości osób uczestniczących w spotkaniach w każdym roku kalendarzowym na podstawie sprawozdania przedłożonego przez realizatora;
- ilości poprawnych odpowiedzi na temat zakażeń wirusem HPV udzielonych w każdym roku programu - analiza w oparciu o anonimowe ankiety wypełniane przed i po spotkaniu edukacyjnym;
- podsumowania poprawnych odpowiedzi w każdym roku na podstawie sprawozdania przedłożonego na koniec programu;
- ilości otrzymanych zgód rodziców/opiekunów prawnych;
- ilości dziewczynek, które przyjęły pełen cykl szczepień - analiza w oparciu o dane z każdego roku.

W ramach oceny efektywności nie uwzględniono miernika efektywności wskazanego, odnoszącego się do liczby przypadków występowania chorób, które mogą być powiązane z występowaniem wirusa HPV w perspektywie wieloletniej. Warto również uwzględnić wskaźniki dotyczące liczby zgłoszeń do szczepień poza programem oraz liczby wykonywanych badań cytologicznych w gminie, co będzie miarą skuteczności działań edukacyjnych.

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.

Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Przedstawiono ogólne informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Całkowity koszt programu oszacowano na 78 540 zł. Koszt jednostkowy obejmujący koszt zakupu szczepionek (2 schemacie dwudawkowym), kwalifikacji do szczepień, podania, koszt prowadzenia działań edukacyjno-informacyjnych został oszacowany na 850 zł. Program ma być sfinansowany ze środków własnych gminy Nowogród Bobrzański.

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 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.441.1.2019 „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV w Gminie Nowogród Bobrzański na lata 2019 -2021” realizowany przez: miasto Nowogród Bobrzański, Warszawa, luty 2019 oraz Aneksu „Programy przeciwdziałania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz rakowi szyjki macicy – wspólne podstawy oceny” z listopada 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 45/2019 z dnia 18 lutego 2019 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV w Gminie Nowogród Bobrzański na lata 2019-2021”.