

Rok 2010

Wydanie specjalne samorządowe

Nr indeksu 349062 | ISSN 0137-8686

Służba Zdrowia

Współdziałajmy



Współdziałajmy.pl



Okladka: Z. Cieśliński

Wydawca: „Sanitas” sp. z o.o.,
ul. Jana Brożka 4, 01-442 Warszawa
tel. (22) 836 77 77, tel./fax: (22) 836 83 33
www.sluzbazdrowia.com.pl
e-mail: redakcja@sluzbazdrowia.com.pl

Redaktor naczelny:
Aleksandra Gielewska
naczelnia@sluzbazdrowia.com.pl

Zastępca redaktora naczelnego:
Mariusz Gujski
mariusz.gujski@sluzbazdrowia.com.pl

Dział szkoleń i konferencji:
Renata Furman (dyr.)
r.furman@sluzbazdrowia.com.pl,
seminarium@sluzbazdrowia.com.pl

Dział Marketingu:
Beata Binienda-Muszyńska (dyr.)
tel. (22) 877 44 01,
beata.binienda@sluzbazdrowia.com.pl

Reklama:
reklama@sluzbazdrowia.com.pl
Michał Ławski (kier.)
tel. (22) 499 24 00;
michal.lawski@sluzbazdrowia.com.pl

Prenumerata:
Katarzyna Głogowska
tel. (22) 425 05 26;
katarzyna.glogowska@sluzbazdrowia.com.pl
Joanna Sobczak
tel. (22) 423 63 00;
prenumerata@sluzbazdrowia.com.pl

Sekretariat i ogłoszenia:
Barbara Panasiuk-Piasecka
tel. (22) 836 77 77; fax: (22) 836 83 33
ogloszenia@sluzbazdrowia.com.pl

Projekt graficzny:
Zbigniew Cieśliński:
zbyszek@sluzbazdrowia.com.pl

Druk: MAGIC Lublin
Nasze konto: „Sanitas” sp. z o.o.
Bank PeKaO SA XIII O/Warszawa Filia Ciołka
24 1240 2034 1111 0000 0307 0761

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Zastrzegamy sobie prawo redagowania i skracania nadesłanych tekstów. Nie odpowiadamy za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń.



- 4 Przełamać strach, działać racjonalnie
- 10 AOTM pozytywnie o szczepieniach przeciwko HPV w Śremie
- 11 Marsz po zdrowie – Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych
- 23 HPV w liczbach
- 24 Polkowice: Gminny wyścig o zdrowie
- 26 Powiat Poznań: Zmniejszyć umieralność
- 27 Najczęściej wykrywane zbyt późno – rozmowa z prof. Markiem Spaczyńskim
- 28 Rzeczyca: Profilaktyka kompleksowo
- 29 Jak omijać pułapki?
- 30 Inowrocław świeci przykładem
- 31 Parlamentarzystki w natarciu
- 32 Po pierwsze: wybudować ośrodki onkologiczne – rozmowa z prof. Jerzym Stelmachówem
- 33 Gdynia za szczepieniami, w Gdańsku władze są za, ale nie finansują

Hańba i wstyd

Tomasz Sienkiewicz



Ten specjalny numer „Służby Zdrowia” adresujemy głównie do działaczy samorządów terytorialnych po to, żeby pomogli ratować najwyższą wartość, jaką jest ludzkie zdrowie i życie w sytuacji, gdy państwo nie jest w stanie temu sprostać: działania, jakie w tym zakresie podejmuje, są wciąż niewystarczające i nieskuteczne.

Profilaktyka raka szyjki macicy nazywana jest hańbą i wstydem polskiej służby zdrowia. Nasz kraj znajduje się na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej w statystyce umieralności na tę chorobę, przy czym wskaźniki umieralności w Polsce praktycznie nie zmieniają się od dziesiątek lat. Mimo że właściwa profilaktyka niemal w 100 procentach chroni przed tym schorzeniem, u nas wciąż uśmierca ono jednak ok. 2000 kobiet rocznie, podczas gdy na przykład w Finlandii – niespełna 50.

W Polsce umiera przeszło połowa, tj. aż 57% chorych, u których wykryto raka szyjki macicy. A przy tym w ostatnich latach wciąż realizowany jest ambitny, finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ogólnopolski Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, który zapewni każdej kobiecie w wieku 25–59 lat, raz na 3 lata, nieodpłatne badanie cytologiczne.

Najnowsza forma profilaktyki, i to pierwotnej, czyli chroniącej przed zachorowaniem, to szczepionka przeciw wirusowi HPV, który wywołuje raka szyjki macicy. Jednak głównie z powodu wysokiej ceny (ok. 1500 zł) nie jest ona dotychczas refundowana.

Na następnych stronach pokazujemy, że nawet w tak trudnej, beznadziejnej wręcz sytuacji, można sobie jednak dobrze radzić w walce z rakiem szyjki macicy, a dowodem na to są działania coraz liczniejszych samorządów terytorialnych. Dzięki nim coraz więcej kobiet poddaje się badaniom cytologicznym i szczepieniom, ratując własne życie, ważne także dla bliskich, a zarazem – poprawiając naszą haniebną statystykę. ■

**Raport**

Przełamać strach, działać racjonalnie

U progu II dekady XXI wieku codziennie umiera w Polsce średnio 5 kobiet na raka szyjki macicy, a 10 dowiaduje się, że zapadło na tę chorobę. Walkę o życie przegrywa ponad połowa spośród tych, u których wykryto raka szyjki macicy. Schorzenie dotyka rokrocznie ponad 3,5 tys. Polek, blisko 2 tys. umiera z tego powodu, tracąc średnio 26 lat życia (p. tab. I i II).



Tabela 1. Liczba zachorowań w podziale na województwa oraz grupy wiekowe kobiet w 2007 r. dla rozpoznania C53 (rak szyjki macicy).

Województwo	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Razem	Nieznany
DOLNOŚLĄSKIE	0	0	0	0	1	2	12	17	18	37	43	59	22	16	18	16	17	4	282	0
KUJAWSKO-POMORSKIE	0	0	0	0	0	3	9	12	19	22	30	31	22	14	11	15	5	2	195	0
LUBELSKIE	0	0	0	0	0	5	7	14	14	26	34	31	12	10	8	13	5	3	182	0
LUBUSKIE	0	0	0	0	0	0	1	3	10	12	18	19	9	4	4	5	6	1	92	0
ŁÓDZKIE	0	0	0	0	0	4	6	9	15	32	49	48	28	21	11	18	7	3	251	0
MAŁOPOLSKIE	0	0	0	1	0	2	11	13	37	47	47	39	28	20	23	23	10	4	305	0
MAZOWIECKIE	0	0	0	0	0	5	15	19	27	46	95	68	49	25	34	24	15	2	424	0
OPOLSKIE	0	0	0	0	1	1	2	4	9	11	15	21	10	12	8	3	3	1	101	0
PODKARPACKIE	0	0	0	0	0	1	5	9	15	13	27	31	13	10	14	9	5	4	156	0
PODLASKIE	0	0	0	0	0	3	6	9	10	8	14	26	7	8	10	10	2	4	117	0
POMORSKIE	0	0	0	0	0	0	5	16	15	19	40	36	24	14	7	18	4	7	205	0
ŚLĄSKIE	0	0	0	0	0	2	13	24	39	49	64	82	54	33	32	24	9	7	432	0
ŚWIĘTOKRZYSKIE	0	0	0	0	0	0	7	2	10	10	20	27	14	9	6	10	6	1	122	0
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	0	0	0	0	0	2	6	11	11	26	27	25	7	11	6	2	1	4	139	0
WIELKOPOLSKIE	0	0	0	0	1	2	9	17	27	24	50	51	31	14	21	13	7	4	271	0
ZACHODNIO-POMORSKIE	0	0	0	0	0	0	8	8	8	31	30	20	7	12	9	13	7	4	157	0
Polska	0	0	0	1	3	32	122	187	284	413	603	614	337	233	222	216	109	55	3431	0

Liczba zachorowań na raka pochwy: **94**, liczba zachorowań na raka sromu: **429**

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://85.128.14.124/krm/>

Tabela 2. Liczba zgonów w podziale na województwa oraz grupy wiekowe kobiet w 2007 r. dla rozpoznania C53 (rak szyjki macicy).

Województwo	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Razem	Nieznany
DOLNOŚLĄSKIE	0	0	0	0	0	0	2	2	11	22	21	21	14	19	10	14	10	6	152	0
KUJAWSKO-POMORSKIE	0	0	0	0	0	0	0	6	11	17	14	18	11	9	15	10	9	5	125	0
LUBELSKIE	0	0	0	0	0	0	1	3	7	8	6	12	8	8	2	7	8	3	73	0
LUBUSKIE	0	0	0	0	1	1	1	1	2	6	9	10	6	8	9	7	4	2	67	0
ŁÓDZKIE	0	0	0	0	0	0	0	5	4	11	20	31	18	14	10	10	7	5	135	0
MAŁOPOLSKIE	0	0	0	0	0	0	3	2	4	9	19	22	14	10	22	10	13	8	136	0
MAZOWIECKIE	0	0	0	0	0	2	7	4	14	19	39	40	25	20	25	26	23	17	261	0
OPOLSKIE	0	0	0	0	0	0	2	1	2	4	7	6	4	6	4	8	5	1	50	0
PODKARPACKIE	0	0	0	0	0	0	1	1	6	3	7	5	8	6	6	6	10	3	62	0
PODLASKIE	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	14	9	5	4	4	9	2	3	60	0
POMORSKIE	0	0	0	0	0	0	0	3	6	13	20	25	15	9	10	9	9	8	127	0
ŚLĄSKIE	0	0	0	0	0	1	4	5	10	27	41	42	29	31	28	22	19	16	275	0
ŚWIĘTOKRZYSKIE	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	12	13	8	1	6	7	7	0	67	0
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	0	0	0	0	0	0	0	3	3	9	14	15	6	6	7	8	3	3	77	0
WIELKOPOLSKIE	0	0	0	0	0	2	0	5	14	12	31	24	13	15	13	10	8	5	152	0
ZACHODNIO-POMORSKIE	0	0	0	0	0	0	2	2	4	4	10	11	7	10	8	9	15	6	88	0
Polska	0	0	0	0	1	6	23	43	104	181	284	304	191	176	179	172	152	91	1907	0

Liczba zgonów z powodu raka pochwy: **81**, liczba zgonów z powodu raka sromu: **280**

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://85.128.14.124/krm/>

Statystyki Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że choroby wywołane przez wirusa HPV wciąż zbierają u nas tragicznie wysokie żniwo. I sytuacja nic się nie poprawia od dziesiątek lat, a czasami nawet – się pogarsza. Na przykład w 2006 r. na raka szyjki macicy zachorowało 3226 Polek, zaś 1824 zmarło. W 2007 r. – zachorowało więcej, bo 3376 kobiet, i także więcej niż rok wcześniej, bo 1907, umarło. W 1978 r. w Polsce z powodu tego nowotworu umierało 10,7 kobiet na 100 tys., a w 2000 r. – 10,0. W Finlandii, w której od dziesięcioleci skutecznie stosuje się powszechny skrining cytologiczny, już w 2005 r. wskaź-

nik umieralności wynosił 1,8 na 100 tys., a rocznie umiera w tym kraju na raka szyjki macicy nie więcej niż 50 kobiet.

Szczyt zachorowań dotyka kobiet w wieku 45–59 lat, czyli w okresie, gdy pełnią one ważne role rodzinne i są aktywne zawodowo.

Tymczasem w XXI wieku w krajach wysoko rozwiniętych kobiety nie powinny umierać z powodu raka szyjki macicy. To przecież jeden z nowotworów, którego wykrycie we wczesnym etapie umożliwia całkowite wyleczenie. Gwarancją jest jednak odpowiednio wczesne rozpoznanie zmian chorobowych w obrębie szyjki macicy, test zaś na ich wykrycie, czyli badanie cytologiczne, jest ogólnodostępny i bezbolesny.

Oprócz tego rak szyjki macicy to dotychczas jedyny nowotwór, któremu można zapobiegać poprzez szczepienia.

Groźne HPV i rak szyjki macicy

Raka szyjki macicy wywołują przenoszona drogą płciową wirusy brodawczaka ludzkiego HPV (Human Papillomavirus). Wirusem tym zaraża się niemal połowa osób aktywnych seksualnie, najbardziej zaś narażone są młode kobiety – HPV atakuje zwykle w ciągu pierwszych 5 lat od rozpoczęcia życia seksualnego. Jednak u ok. 80% organizm sam zwalcza infekcję.

We wczesnych etapach rozwoju rak szyjki macicy nie daje objawów klinicznych »

» – jedyna uchwytana zmiana to nieprawidłowy wynik badania cytologicznego, mogący sugerować właśnie raka szyjki macicy w bardzo wczesnym stadium, gdy jest on całkowicie uleczalny. Cytologia to badanie proste, krótkie, bezbolesne i nieinwazyjne: za pomocą specjalnej szczoteczki – z pochwy i kanału szyjki macicy pobierane są złuszczone komórki nabłonka, oglądane następnie pod mikroskopem. Cytologia jest badaniem uważanym za największe osiągnięcie medycyny XX wieku w dziedzinie promocji zdrowia. Inny sposób profilaktyki raka szyjki macicy to testy molekularne na obecność wirusa HPV, jednak te są dość drogie i w Polsce rzadko stosowane.

Pierwsze objawy choroby, ale nawet późniejsze, które wskazują na jej postęp, przez część kobiet bywają ignorowane. Dopiero ból, dyskomfort fizyczny i psychiczny wywołują niepokój, a uzyskanie niepomysłnej diagnozy do tych cierpień dołącza także lęk i depresję. Źródłem cierpień jest też samo leczenie: chirurgiczne, radioterapia i chemioterapia.

Od 2006 r. wprowadzono szczepienia przeciw HPV, w ramach zapobiegania temu nowo-

Ryzyko zakażenia zwiększa wczesne rozpoczęcie życia płciowego, jak również częsta zmiana partnerów, ale na rozwój choroby wpływają też takie czynniki, jak nieleczone stany zapalne, liczne ciąża, palenie papierosów. Początkowe zmiany w szyjce macicy przebiegają bezobjawowo, pojawiające się zaś w dalszych stadiach choroby nieprawidłowe krwawienia czy upławy często nie dają już nadziei na wyleczenie.

Wirus brodawczaka ludzkiego jest wirusem DNA, który wnika do skóry lub błon śluzowych. Poznano ok. 150 typów wirusów HPV, a kolejnych 100 jest w trakcie badań oraz rozpoznawania (numeruje się je w kolejności ich identyfikacji). Przynajmniej 13 spośród nich może wywoływać raka. Typy powodujące najwięcej przypadków raka szyjki macicy to HPV16 i HPV18. Wśród HPV powodujących infekcje błon śluzowych narządów płciowych wyróżnia się typy wysokiego i niskiego ryzyka. Typy HPV wysokiego ryzyka – genotypy 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 i 66 – mogą spowodować raka szyjki macicy, a także nowotwory narządów

wiele krytycznych wypowiedzi w związku z wysyłaniem pocztą milionów takich zaproszeń. Zwraca się uwagę, żeby nie podpisywał ich ktoś z przypadku, lecz znający daną kobietę lekarz rodzinny/rejonowy. Inny postulat, który wciąż nie może się doczekać realizacji, to zaktywizowanie gabinetów lekarzy rodzinnych w zakresie wykonywania cytologii. Mimo że badanie jest bezpłatne i przysługuje co 3 lata każdej Polce w wieku 25–59 lat, w ramach finansowanego od 2006 r. przez NFZ Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (osoby ze wskazaniami mogą być badane częściej), to w Polsce, szczególnie tej gminnej czy powiatowej, wizyta u ginekologa bywa nadal przeszkodą nie do pokonania. Tymczasem do pobierania wymazów cytologicznych można przyuczyć położne i pielęgniarki, dzięki czemu liczba zgłaszających się na badanie niewątpliwie by wzrosła.

Obecnie w medycynie rodzinnej prowadzone są tylko 3 programy profilaktyczne, które wiążą się z dodatkowym wynagrodzeniem dla lekarzy (w zakresie prewencji cho-

Obecnie już 27 krajów finansuje szczepienia przeciw HPV ze środków publicznych. Największą grupę wśród nich stanowią państwa europejskie

tworowi. Światowe organizacje i autorytety medyczne rekomendują szczepienia dziewczynek w wieku 11–13 lat, czyli przed rozpoczęciem życia seksualnego. Skuteczność szczepionek określają na ok. 75% w przypadku zapobiegania rakowi płaskonabłonkowemu i 96% – groźniejszemu gruczolakowi.

Rak szyjki macicy stanowi 5,3% zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce (zajmuje 6. miejsce wśród nowotworów). Wśród przyczyn zgonów Polek z powodu nowotworów złośliwych w ostatnich latach pierwsze miejsce zajmuje rak płuca, drugie – rak piersi, następnie rak jelita grubego. Rak szyjki macicy plasuje się na ósmym miejscu. Jednak w krajach rozwiniętych jest on drugą co do częstości występowania postacią raka u kobiet poniżej 45. roku życia i trzecią najczęstszą przyczyną zgonu kobiet z powodu raka na świecie.

Wirus HPV odpowiada nie tylko za raka szyjki macicy. Na przykład, według wyliczeń Centrum Prewencji i Kontroli Chorób w Atlancie, w latach 1998–2003 w USA co roku na nowotwory związane z różnymi typami wirusa HPV zapadało 25 tys. osób, z czego 10,8 tys. przypadków stanowił rak szyjki. WHO z kolei informuje, że zakażenia HPV odpowiadają za prawie 100% nowotworów szyjki macicy, ale też 85–90% raków odbytnicy, 40% – prącia, 40% sromu i pochwy, 12% krtani i gardła, a także 3% jamy ustnej.

płciowych i odbytu oraz okolicy głowy i szyi. Typy HPV niskiego ryzyka bardzo rzadko prowadzą do rozwoju raka, wywołują natomiast łagodne zmiany niskiego stopnia w obrębie szyjki macicy, które nie różnią się od zmian spowodowanych przez typy HPV wysokiego ryzyka. Badania kliniczne stwierdziły też obecność DNA wirusów HPV w próbkach pobranych aż z 70% płodów po poronieniu samoistnym.

W Polsce najgorzej

Wśród krajów Unii Europejskiej Polska znajduje się na samym końcu pod względem wskaźników osiąganych w walce z rakiem szyjki macicy. Na przykład wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na raka szyjki w Europie, rejestrowanych w ramach badań EURO-CARE, a zdiagnozowanych w latach 2000–2002, wyniósł 62%. W Polsce był on najniższy i wyniósł 52%.

Walkę z rakiem szyjki macicy w naszym kraju jako nieskuteczną oceniła nawet Najwyższa Izba Kontroli, po zbadaniu realizacji „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” w okresie od 2006 do połowy 2008 r. W tym czasie wysłano 12,2 mln imiennych zaproszeń na badania mammograficzne i cytologiczne. Odzew był szczytkowy: do przychodni zgłosiło się niespełna milion kobiet, czyli poniżej 10%. Ostatnio słyszy się

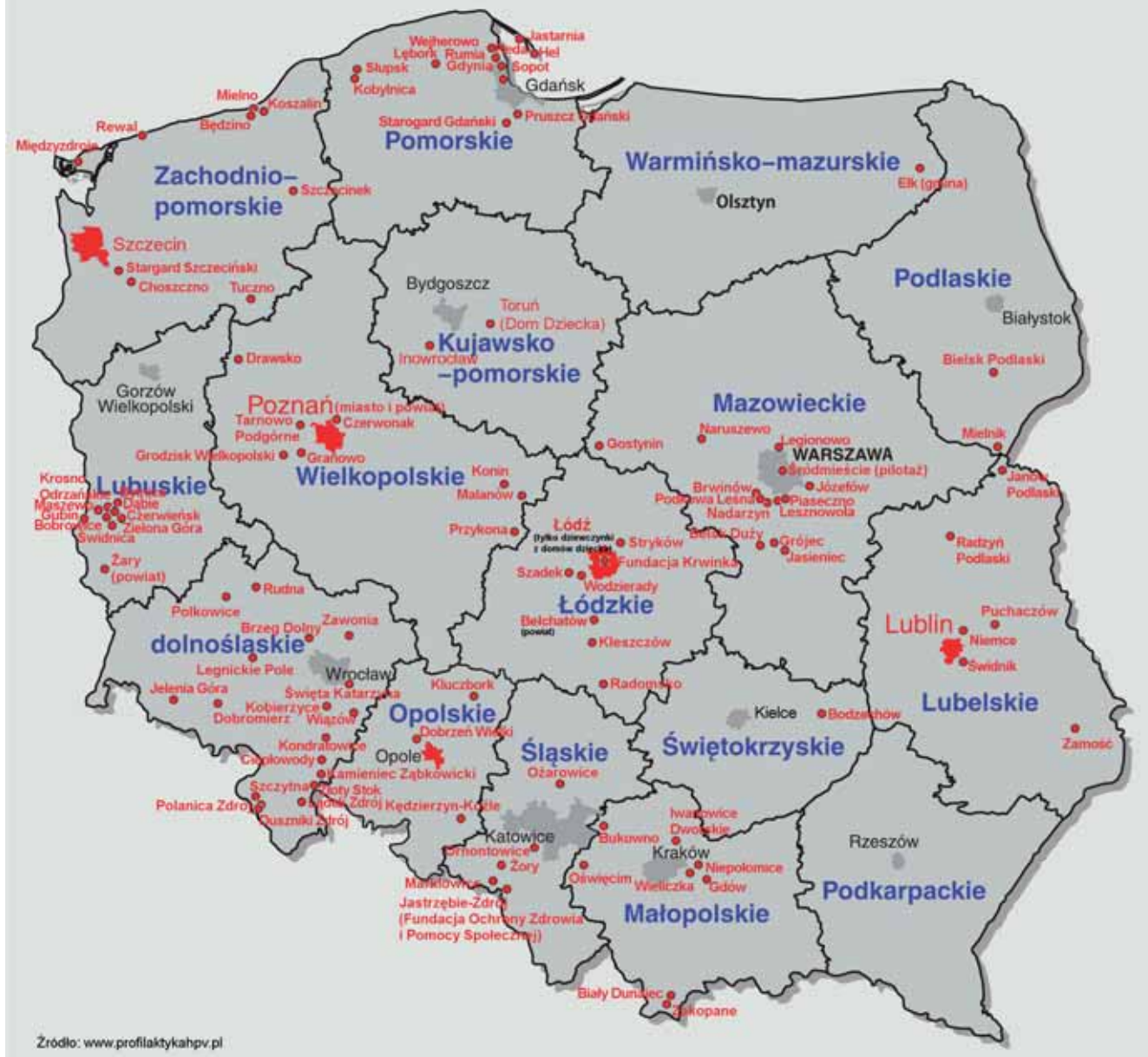
rób sercowo-naczyniowych, walki z gruźlicą i chorobami odtytoniowymi), a i tak realizowane są w niewielkim zakresie – zainteresowanie nimi w skali kraju jest niewielkie.

W wielu krajach Europy badania cytologiczne, a także szczepienia przeciw HPV prowadzone są w ramach medycyny rodzinnej, a nie poradni ginekologicznych. W Polsce (dane sprzed kilku lat) tylko 13,5% badań cytologicznych wykonywano w gabinetach i praktykach lekarzy rodzinnych. Lekarze pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny, ginekolog, pediatra), na których spoczywa zadanie szerzenia oświaty zdrowotnej, nie wywiązują się z tych zadań. Jeden z raportów alarmuje, że 91% badanych kobiet nigdy nie rozmawiało ze swoim lekarzem o HPV, podobnie ponad 80% nie rozmawiało o antykoncepcji przed pierwszym stosunkiem.

Inny powód nieskuteczności polskiej walki z rakiem to brak przeszkolenia lekarzy w zakresie minimum wiedzy onkologicznej. NIK wykrył w tym zakresie ogromne dysproporcje: podczas gdy np. na Mazowszu przeszkolono 506 lekarzy, to na Dolnym Śląsku ani jednego.

Wirus brodawczaka ludzkiego jest sprawcą zakażeń powszechnych, w skali masowej. Już pierwszy kontakt seksualny obarczony jest wysokim ryzykiem infekcji. Od chwili zakażenia do rozwoju raka inwazyjnego mija ok. 5–10 lat, a zatem dzięki badaniom przesiewowym można by wykryć chorobę w stadium, kiedy

Miejscowości prowadzące program szczepień przeciw HPV



jest w pełni uleczalna. Niestety, w Polsce tak się nie dzieje, właśnie z powodu niskiej zgłaszalności na cytologię. Według danych GUS, ok. 30% polskich kobiet ani razu w życiu nie miało wykonanych badań cytologicznych, a aż jedna piąta Polek w wieku 18–24 lata nigdy nie była u ginekologa. Prawie połowa kobiet nie wiedziała też, w jakim celu wykonuje się badania cytologiczne, 65% kobiet nie знаło przyczyn powstawania raka szyjki macicy i zaledwie 6% słyszało o HPV. Cytologię wykonuje systematycznie zaledwie 9% Polek.

Od 2006 r. funkcjonuje wspomniany już Ogólnopolski Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Warunkiem jego powodzenia jest regular-

ność i powszechne wykonywanie badań, ale na to w obecnych realiach się nie zanosi. Czy jest szansa, by badania cytologiczne stały się obowiązkowe?

W styczniu 2009 r. śp. prezydentowa Maria Kaczyńska, która wspierała walkę z rakiem szyjki macicy w Polsce, skierowała list do uczestników konferencji zorganizowanej przez redakcję „Śłużby Zdrowia”, podsumowującej IV edycję Tygodnia Walki z Rakiem Szyjki Macicy. „Dziś podsumowujemy działania podjęte w celu propagowania profilaktyki raka szyjki macicy – choroby podstępnej i wciąż codziennie zabierającej w Polsce życie aż pięciu kobiet. To przerażająca statystyka i trzeba walczyć, by ją zmienić. Wiedza

o tym, że systematycznie wykonywane badania cytologiczne są gwarancją wykrycia raka szyjki macicy nawet w bardzo wczesnej postaci – powinna być powszechna. Jednak sama świadomość tego faktu nie wystarcza. Nie wystarczają także kampanie zachęcające do bezpłatnych badań. Imienne zaproszenia kierowane do kobiet nie skutkują. Wciąż zbyt mało pań z nich korzysta, a przyczyną tego jest nie tylko brak czasu czy zwyczajne lenistwo, a po prostu zwyczajny strach. Musimy to przełamać! Chciałabym bardzo, aby badania cytologiczne były nie tylko powszechnie dostępne, ale również znalazły się na liście badań obowiązkowych” – napisała Maria Kaczyńska. W 2008 r. minister zdrowia zapowiadała »

„NIE” ruchom antyszczepionkowym

W związku m.in. z zamieszczeniem wokół szczepionki przeciw „świńskiej grypie”, coraz głośniejsze stają się działania tzw. ruchów antyszczepionkowych. Ich przedstawiciele ostrzegają rodziców przed ubocznymi skutkami szczepienia dzieci, takimi jak zawartość w szczepionkach szkodliwych substancji, np. tiomersalu, którego obecność miałyby się przyczyniać do autyzmu u dzieci oraz ADHD.

Na początku br. czwórka autorytetów naukowych z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny z jego kierownikiem prof. dr. hab. med. Mirosławem Wysockim wydała w tej sprawie oświadczenie. Podkreślono w nim, że na ogólną liczbę zarejestrowanych w Polsce 55 szczepionek tiomersal występuje w dwóch, które są podawane dzieciom do 6. miesiąca życia, i w najbliższym czasie zostanie wycofany, chociaż wyniki badań prowadzonych przez EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) u niemowląt w pierwszych 6 miesiącach życia wskazują, że etylortęć pochodząca z tiomersalu jest usuwana z organizmu w ciągu 4–9 dni.

„Szczepionki są najlepiej sprawdzanymi preparatami farmaceutycznymi” przekonują autorzy oświadczenia. „Badania laboratoryjne nad ich bezpieczeństwem prowadzi się na każdym etapie produkcji. Następnie wykonuje się testy na zwierzętach, a po uzyskaniu pozytywnych wyników – badania kliniczne z udziałem ludzi. Szczepionki są badane również po rejestracji i po wprowadzeniu na rynek. W 1991 r. WHO wprowadziła obowiązek monitorowania niepożądanych objawów związanych ze szczepieniami”. I dalej: „Choroby zakaźne, którym zapobiega się za pomocą szczepień, są nadal realnym zagrożeniem dla dzieci, także w Polsce – nadal odnotowuje się zachorowania na krztusiec i lokalne ogniska epidemiczne odry. U dzieci niezaszczepionych w porównaniu z dziećmi prawidłowo zaszczepionymi w przedziale wiekowym 3–10 lat ryzyko zachorowania na odrę jest 56 razy większe, a na krztusiec ponad 15 razy większe”.

» wprowadzenie do Kodeksu pracy zapisu, umożliwiającego wprowadzenie do zakresu badań wstępnych i okresowych obowiązkowej cytologii i mammografii, zapewniała też, że w resorcie zdrowia trwają prace nad nowelizacją k.p. Z drugiej strony, można też sobie wyobrazić falę krytyki tego pomysłu w imię niezbywalnych wolności obywatelskich, a nawet, prawdopodobnie, istnienie obiektywnych przeszkód prawnych. Na forach dyskusyjnych w internecie można znaleźć wiele wypowiedzi przeciw obowiązkowej cytologii: „To jest pogwałcenie praw obywatelskich kobiet”, „To takie typowo komunistyczne zastępowanie jakości przez nakaz”, „Kopaczowa wylewa dziecko razem z kąpielą, bo zamiast szeroko pojętej i dostępnej oświaty i uświadamiania, stosuje carskie »ukazy«” – piszą anonimowi przeciwnicy takiej profilaktyki.

Cytologia podstawą, a świat zachęca też do szczepień

Pod koniec 2007 r. przedstawiciele różnych dziedzin nauki – od ginekologów i onkologów, poprzez psychologów ekonomistów, po socjologów – starali się wypracować koncepcję walki z rakiem szyjki macicy w Polsce. Okazją po temu stała się sesja naukowa, zorganizowana przez Instytut Filozofii i Socjologii PAN oraz redakcję „Służby Zdrowia”. Jej pokłosiem był raport „Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce – perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa”. Podkreślono w nim kluczową rolę programów edu-

cyjnych, które powinny być wkomponowane w całością promocji zdrowia i prozdrowotnego stylu życia, jak również propagować bezpieczne zachowania seksualne i odpowiedzialność wynikającą z podjęcia życia seksualnego. Główne zalecenia panelu ekspertów, którzy oceniali tragiczne skutki raka szyjki macicy w Polsce, to powiększenie zasięgu badań przesiewowych, szczepienia dziewcząt przeciwko HPV, silniejszy nacisk na profilaktykę ze strony lekarzy rodzinnych oraz edukacja. Zalecenia te są zgodne z rekomendacjami WHO, a także renomowanych towarzystw medycznych z całego świata.

W 2009 r. WHO uznała raka szyjki macicy i inne choroby wywołane przez wirusa

HPV za problem zdrowia publicznego o zasięgu globalnym; wszak co roku na raka szyjki macicy zapada na świecie ok. 0,5 miliona kobiet, a 260 tys. umiera.

Według WHO, „przewiduje się, że w sytuacji rozbudowanego programu badań przesiewowych szyjki macicy, włączenie szczepień przeciwko HPV do programu profilaktyki będzie efektywne kosztowo. Tym bardziej że umożliwi redukcję kosztów badań przesiewowych dzięki podwyższeniu progu wieku pierwszego badania i ograniczeniu wymaganej częstości badań.” WHO podkreśla, że szczepionki przeciw HPV są najbardziej skuteczne u kobiet, które nie zetknęły się jeszcze z wirusem, zatem programy szczepień powinny być kierowane przede wszystkim do dziewczynek w wieku 9–10 do 13 lat.

Podkreśla też, że typy wirusa HPV 16 i 18 wywołują 70% przypadków raka szyjki macicy, lecz infekcje HPV są odpowiedzialne również za część nowotworów pochwy, sromu, odbytu, prącia oraz tzw. nowotworów głowy i szyi. Typy wirusa HPV 6 i 11 są dodatkowo odpowiedzialne za brodawki płciowe i nawrotową brodawczakowatość krtani.

WHO rekomenduje wprowadzenie rutynowych szczepień przeciw HPV w poszczególnych krajach – pod warunkiem że zapobieganie rakowi szyjki macicy i innym chorobom wywołanym przez HPV traktuje się jako priorytet zdrowia publicznego, szczepienia wprowadza się i wykonuje w sposób programowy i można zagwarantować ich stabilne finansowanie, ponadto – że rozważono też ich efektywność kosztową.

Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) stwierdziło natomiast, że „szczepienie przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego jest skuteczną strategią zapobiegania rakowi szyjki macicy. Dostępne szczepionki przeciwko HPV chronią przed dwoma typami HPV o wysokim ryzyku onkogenym, które, jak się szacuje, odpo-

Z rekomendacji, zawartych w raporcie „Walka z rakiem szyjki macicy. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa”, opublikowanym w październiku 2007 r. po sesji naukowej zorganizowanej przez Szkołę Nauk Społecznych Instytutu Filozofii i Socjologii PAN i redakcję „Służby Zdrowia”:

1. W Polsce potrzebne są programy edukacyjne pozwalające upowszechnić wiedzę na temat zakażeń HPV i czynników ryzyka raka szyjki macicy.
2. Istotne jest wzmocnienie roli profilaktyki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Należy kontynuować i rozwijać ogólnopolski program cytologicznych badań skriningowych.
4. Postuluje się wprowadzenie szczepień ochronnych przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) do kalendarza szczepień zalecanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego (zostało to już zrealizowane – przyp. red.). Rozważenia wymaga także możliwość wdrożenia masowych rutynowych szczepień dziewcząt w wieku 11–13 lat finansowanych ze środków publicznych.
5. Potrzebne są interdyscyplinarne badania naukowe (medyczno-społeczno-ekonomiczne), skoncentrowane na społecznych i ekonomicznych aspektach kosztów i zysków działalności leczniczej i profilaktycznej w zakresie raka szyjki macicy w Polsce.

Kto i jak szczepi za publiczne pieniądze?

Według stanu na koniec września 2009 r., krajowe władze zajmujące się zdrowiem publicznym wydały zalecenia dotyczące szczepień przeciwko HPV w 25 państwach, natomiast w 27 podjęły decyzje o finansowaniu szczepień przeciwko HPV ze środków publicznych. W Europie są to: Belgia, Dania, Francja, Niemcy, Grecja, Włochy, Liechtenstein, Luksemburg, Macedonia, Holandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Wielka Brytania, w krajach Azji i Pacyfiku: Australia i Nowa Zelandia, w Ameryce Północnej Kanada i USA, w Ameryce Łacińskiej i na Karaibach: Meksyk, Panama, Kajmany, na Środkowym Wschodzie Zjednoczone Emiraty Arabskie – Abu Dhabi.

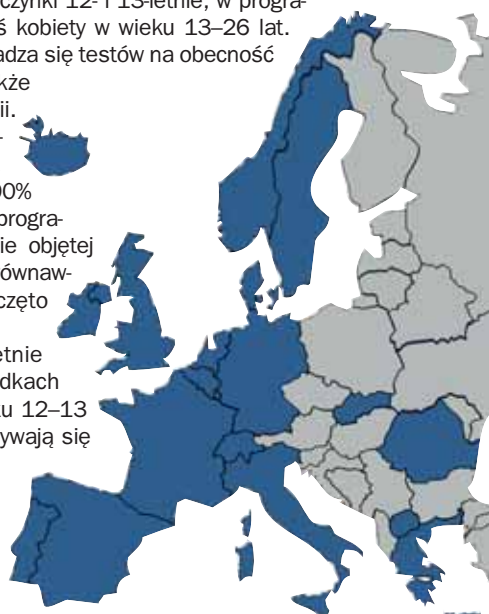
W Australii np. szczepione są dziewczynki 12- i 13-letnie, w programie wyrównawczym uczestniczą zaś kobiety w wieku 13–26 lat.

Przed zaszczepieniem nie przeprowadza się testów na obecność zakażenia HPV, szczepi się także w przypadku nieprawidłowej cytologii.

Zaleca się kontynuację badań przesiewowych w kierunku wykrycia raka szyjki macicy. Szczepienia są w 100% refundowane w ramach krajowego programu rządowego, zarówno w kohorcie objętej programem podstawowym, jak i wyrównawczym. Program szczepień rozpoczęto w szkołach w kwietniu 2007 r.

We Włoszech szczepi się 12-letnie dziewczęta w regionalnych ośrodkach szczepień, w Wlk. Brytanii – w wieku 12–13 lat oraz 14–18 lat (szczepienia odbywają się w szkołach).





wiadają za 73% przypadków raka szyjki macicy w Europie i które szerzą się drogą kontaktów seksualnych”.

Trzeba jednak pamiętać, że same szczepienia przeciw HPV nie wystarczają. „Mają one charakter profilaktyczny i nie eliminują już istniejącego zakażenia czy zmian chorobowych” – przypomina prof. dr hab. n. med. Lidia Hirnle w artykule. „Zakażenia wirusami HPV – problem medyczny i społeczny” („Ginekologia Praktyczna” nr 4, 2009 r.) „Nie chronią też przed pozostałymi typami wirusa. Zastosowanie szczepień nie zwalnia od rekomendowanych badań skринingowych zalecanych w profilaktyce raka szyjki macicy (profilaktyka wtórna). U wszystkich kobiet poddanych szczepieniu należy wykonywać przesiewowe badania cytologiczne. Rozpoczęcie przesiewowych badań cytologicznych zaleca się w ciągu 3 lat od momentu rozpoczęcia współżycia”.

Skuteczność walki z zakażeniem wirusami HPV zależy od szeroko prowadzonej, skutecznej profilaktyki zakażeń – podkreśla prof. Hirnle. „Kampania na rzecz szcze-

pienia dziewcząt przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej ma na celu uświadomienie, że tego typu profilaktyka przeciwko zakażeniom wirusami HPV zmniejszy liczbę nieprawidłowych wyników badań cytologicznych, które wymagają weryfikacji za pomocą kolposkopii, a także liczbę wykonywanych badań histopatologicznych. Ponadto, powszechne stosowanie szczepionek pozwoli na zredukowanie częstości zabiegów LEEP (loop electroexcision procedure), konizacji, krioterapii, zabiegów usunięcia brodawek płciowych i innych zmian związanych z HPV, zmniejszy też fizyczne, emocjonalne i finansowe problemy związane z chorobami zależnymi od wirusów HPV. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne szacuje, że szczepienia nastolatek i młodych kobiet przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego spowodują zmniejszenie ogólnej liczby zachorowań na raka szyjki macicy od 76 do 96% w ciągu 15–20 lat od rozpoczęcia szczepień”.

W Polsce szczepienia przeciw HPV trafiły w 2008 r. do Programu Szczepień

Ochronnych jako szczepienia zalecane. Dało to asumpt kilkudziesięciu gminom, powiatom i miastom do opracowania programów szczepień dla młodych dziewcząt i finansowania ich ze środków samorządowych. Na kolejnych stronach prezentujemy część spośród tych najbardziej aktywnych w szczepieniach samorządów. Są wśród nich duże miasta, jak Gdynia, gdzie profilaktykę zdrowotną finansowano z kasy miejskiej już na początku lat 90., gdy prezydentem była późniejsza minister zdrowia, ś.p. Franciszka Cegielska. Są też Poznań, Lublin, Łódź. W tej ostatniej np. organizatorem akcji szczepień jest Fundacja dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi Krwinka, a w Jastrzębiu Zdroju – Fundacja Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej. Pierwsza gmina, która zdecydowała się na zakup szczepionki dla całego rocznika dziewcząt, to Polkowice w woj. dolnośląskim.

Pozytywną opinię o szczepieniach przeciw HPV finansowanych przez samorządy terytorialne wydał w br. prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych. W lutym br. pozytywnie odniósł się do projektu zdrowotnego „Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy w gminie Śrem na lata 2009–2013”.

Prowadzenie bezpłatnych szczepień przeciw HPV cieszy się społecznym poparciem. W 2008 r. PENTOR Research Institute na zlecenie Towarzystwa Rozwoju Rodziny przeprowadził sondaż, z którego wynika, że zdecydowana większość, bo aż 92% zapytanych uważa, że państwo powinno finansować szczepienia zapobiegające rakowi szyjki macicy. Aż trzy czwarte z tej grupy twierdzi, że państwo powinno pokrywać całkowity koszt szczepień, połowa pozostałych (czyli ok. 12%) zgadza się na dofinansowanie ze swej strony w granicach 10–20%, a druga połowa – nawet do 50% udziału własnego.

O wprowadzenie finansowanych z budżetu państwa szczepionek przeciw HPV, na początek choćby dla dziewcząt z najbiedniejszych środowisk, walczą kobiety ze świata polityki i kultury. Apel w sprawie finansowania szczepień przeciwko wirusowi HPV wysłały do premiera Tuska kobiety ze stowarzyszenia „Damy Radę”, a ich akcję poparły m.in. Jolanta Kwaśniewska i Danuta Wałęsowa. Resort zdrowia udzielił odpowiedzi odmownej: więc nawet rodzice najbiedniejszych dzieci będą musieli zapłacić za szczepionkę, gdyby zdecydowali się na szczepienie. Zaszczepienie jednego rocznika populacji w całej Polsce, np. 13-latek (wg GUS w Polsce w 2008 r. było ich 223 612), kosztowałoby ok. 200 mln zł. Na szczepionki przeciw HPV mogą więc dzisiaj pozwolić sobie tylko bogaci oraz szczęśliwcy, którym fundują je samorządy terytorialne. ■



AOTM pozytywnie o szczepieniach przeciwko HPV w Śremie

Agencja Oceny Technologii Medycznych, do której samorządy przygotowujące projekty zdrowotnych programów profilaktycznych muszą się zwracać o ich zaopiniowanie, wydała w lutym br. pierwszą opinię dotyczącą samorządowego programu szczepień przeciwko HPV – dla gminy Śrem. Pozytywną.

Agencja zaleca jednak unikanie w nazwach programów informacji o tym, że szczepienia przeciw HPV przeciwdziałają rakowi szyjki macicy, bo zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego może być jednym z czynników ryzyka nowotworu. – Proponujemy np. używać nazwy „Program zapobiegania czynnikom ryzyka raka szyjki macicy” – mówi prezes Agencji Wojciech Matuszewicz. – Wyniki badań obejmujące dłuższy okres obserwacji pojawiają się za kilkanaście lat i dopiero wtedy będzie można ocenić, czy szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) mają rzeczywisty wpływ na zapadalność na raka szyjki macicy – dodaje. Podkreśla również, że szczepionka powinna być jednym z elementów profilaktyki raka szyjki macicy. – Pierwsze miejsce bezwzględnie musi zajmować regularna cytologia, drugie – niezwykle ważna edukacja i wreszcie szczepienia – wyjaśnia.

Pół roku wcześniej, rada konsultacyjna AOTM w stanowisku 51/15/2009 z 3 sierpnia 2009 r. w sprawie finansowania ze środków publicznych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego szczepionkami Silgard® i Cervarix® w profilaktyce zakażeń HPV zarekomendowała niefinansowanie ze środków publicznych tych szczepionek i uzasadniała to przede wszystkim tym, iż ogólnokrajowy program szczepień obejmowałby dużą populację, co wiązałoby się z olbrzymimi kosztami dla krajowego systemu ochrony zdrowia oraz brakiem w tym czasie wiarygodnych danych na temat wpływu szczepionek na zachorowalność i śmiertelność z powodu raka szyjki macicy.

„Szacunkowy koszt zaszczepienia całego rocznika 12-letnich dziewcząt w Polsce przekroczyłby niemal dwukrotnie koszt całego



Programu szczepień ochronnych w 2008 r.” – czytamy w rekomendacji AOTM.

Zdaniem konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii ginekologicznej, szczepienia przeciwko HPV są potrzebne, ale obecnie priorytet powinny mieć inne technologie medyczne, przede wszystkim program cytologicznych badań przesiewowych.

W tegorocznej opinii, wydanej za wskazaniem rady konsultacyjnej, prezes AOTM stwierdza, że wszystkie przeprowadzone badania wskazują na wysoki stopień skuteczności szczepionek w zapobieganiu zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego, specyficznym dla typu szczepionki oraz prawdopodobnie wystąpieniu zmian komórkowych CIN 2 lub wyższego stopnia u kobiet nie mających wcześniej kontaktu z wirusem. Na tej podstawie przypuszcza się, że szczepionki pozwolą na zmniejszenie zachorowal-

ności i umieralności. Jednak nie ma na to bezpośrednich dowodów ze względu na krótki okres obserwacji. – Opublikowane badania, oceniające skuteczność kliniczną szczepionek przeciwko HPV, zamykały się w maksymalnie 5-letnim okresie obserwacji. Mając to na uwadze, trudno jednoznacznie określić długość okresu odporności, jaki gwarantują szczepienia. Nie można więc wykluczyć, że wymagane będzie podanie dawki przypominającej – mówi W. Matuszewicz. Prezes podkreśla wagę prowadzenia długoterminowych badań odnoszących się do efektywności, jak i działań niepożądanych szczepionek. Czas od momentu zakażenia HPV do momentu rozwoju raka szyjki macicy może wynosić 10 do 20 lat, dlatego też dane dotyczące skuteczności szczepionek w zapobieganiu rakowi szyjki będą znane po długim okresie czasu. ■



Bernadeta Skóbel
radca prawny
Związku Powiatów Polskich



Marek Wójcik
zastępca Sekretarza Generalnego
Związku Powiatów Polskich,
ekspert z zakresu ochrony zdrowia

MARSZ PO ZDROWIE

Poradnik tworzenia i wdrażania
samorządowych programów zdrowotnych



Od autorów

Przepisy ustrojowe, jak i przepisy prawa materialnego, określają zadania jednostek samorządu terytorialnego (jst) w zakresie ochrony zdrowia, nakładając na gminy, powiaty i województwa obowiązki dotyczące opracowywania i realizowania programów zdrowotnych (m.in. art. 7–9 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Niestety, przepisy nie są przejrzyste, a szczególnie wiele wątpliwości pojawiło się w 2009 r., po wprowadzeniu regulacji zobowiązujących do zasięgania opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) na temat realizowanych programów zdrowotnych.

Stawiano wówczas wiele pytań: Jakże z działań spełniają wymogi programu

zdrowotnego? Jakże wymagania musi spełnić jst, by móc wydatkować środki własne na programy zdrowotne? Komu i na jakich zasadach można je zlecać? Które z programów wymagają opinii AOTM? Czy opinia ta jest potrzebna w stosunku do programów od lat realizowanych i corocznie „odnawianych”? Jakże są konsekwencje negatywnej opinii AOTM?

Na te i inne pytania staramy się odpowiedzieć w poradniku, kierowanym do pracowników samorządowych, zajmujących się przygotowaniem i wdrażaniem programów zdrowotnych. Wobec wielu niejasności wynikających z niedoskonałości prawa, prezentowane przez nas opinie nie mają, rzecz jasna, charakteru wiążącego. Są jednak pierwszą próbą kompleksowej analizy procedury postępowania samorządów terytorialnych

w niełatwym procesie tworzenia i realizowania programów zdrowotnych.

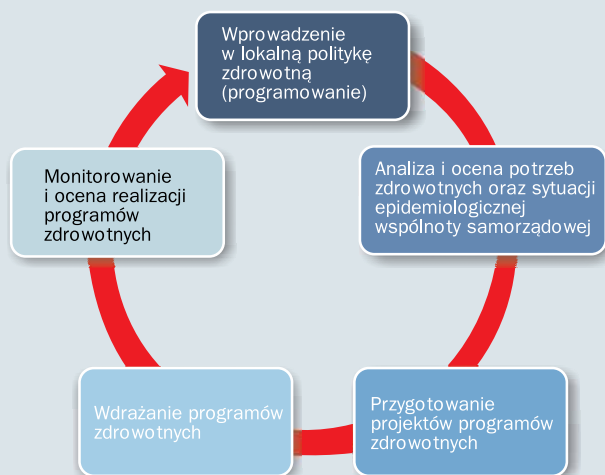
Podzieliśmy ten proces na 5 kroków, niezbędnych do uznania, że działania gmin, powiatów i województw są prawidłowe. Związek Powiatów Polskich, którego jesteśmy pracownikami, w najbliższym czasie wyda obszernie opracowanie na ten temat, zawierające rozszerzone omówienie wielu kwestii, zasygnalizowanych w niniejszym poradniku. ■

Bernadeta Skóbel,
radca prawny
Związku Powiatów Polskich

Marek Wójcik,
zastępca Sekretarza Generalnego
Związku Powiatów Polskich,
ekspert z zakresu ochrony zdrowia

Krok 1. Wprowadzenie w proces programowania

Rycina 1. Schemat tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych



Źródło: Opracowanie własne

1.1. Programy zdrowotne – ważny element samorządowej polityki zdrowotnej

Programy zdrowotne powinny stanowić ważny element strategii działania jst w zakresie ochrony zdrowia (w dalszej części zwanej polityką zdrowotną).

Na poziomie samorządu województwa istniał do 2004 r. wymóg sformalizowania polityki zdrowotnej w postaci corocznie aktualizowanego dokumentu diagnostyczno-planistycznego, wskazującego cele tej polityki. Podstawą prawną tego opracowania były przepisy ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu (Dz.U. Nr 115, poz. 1087). Niestety, przepisy te już nie obowiązują (tworząc strategiczne dokumenty dotyczące ochrony zdrowia warto jednak sięgać do podpowiedzi tam zawartych, szczególnie w przywołanym rozporządzeniu).

W tym kontekście bardzo pozytywnie należy ocenić inicjatywę formułowania długookresowych polityk zdrowotnych na poziomie regionalnym lub lokalnym. Wiele gmin, powiatów i województw opracowuje tego typu dokumenty i konsekwentnie wdraża ich założenia w toku codziennej działalności.

Dobrze by było, by zawierały one dane demograficzne, epidemiologiczne oraz informacje o zasobach ochrony zdrowia, jak również o społecznej ocenie tego systemu. Oprócz analizy czynników społeczno-ekonomicznych, tj. danych o chorobowości i zachowaniach zdrowotnych mieszkańców, o środowisku fizycznym i zasobach systemu ochrony zdrowia – warto zawrzeć też jeszcze 2 bardzo istotne elementy:

- społeczną ocenę ochrony zdrowia na obszarze danej jst,
- plan zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców (a w nim – zamierzenia związane z programami zdrowotnymi).

Warto podkreślić – regionalna lub lokalna polityka zdrowotna powinna być punktem wyjścia do opracowywania i wdrażania programów zdrowotnych, nie mogą one bowiem zastępować kompleksowej strategii działania samorządu terytorialnego w obszarze ochrony zdrowia.

1.2. Podstawowe terminy dotyczące programów zdrowotnych

Program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zaspokajaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych, a dotyczących w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych,
- 2) innych istotnych problemów zdrowotnych, dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców, gdy istnieją możliwości ich eliminowania bądź ograniczania lub
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych (art. 5 pkt 30 i art. 48 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Profilaktyka zachorowań – szereg działań mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed jej rozwinięciem się poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka. Profilaktyka polega na zapobieganiu poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne

wykrycie i leczenie. Celem jest bowiem podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie, jak również zahamowanie postępu lub powikłań już istniejącej choroby. Dzięki temu prowadzi do ograniczenia niesprawności i inwalidztwa. Istotnym elementem profilaktyki jest także zapobieganie powstawaniu niekorzystnych wzorców zachowań społecznych, które przyczyniają się do podwyższania ryzyka choroby¹.

Profilaktyka może występować na różnych poziomach.

- Zapobieganie pierwszej fazy (profilaktyka pierwotna) jest przeciwdziałaniem powstawaniu choroby przez zwiększenie odporności osobniczej na zachorowania lub zmniejszenie ekspozycji osób wrażliwych na czynniki szkodliwe.
- Zapobieganie drugiej fazy (profilaktyka wtórna) – w stadium przedklinicznym choroby – polega na możliwie wczesnym wykryciu choroby i jej skutecznym leczeniu.
- Zapobieganie trzeciej fazy (profilaktyka trzeciorzędowa) – w stadium zaawansowanej choroby – zmierza do przywrócenia choremu pełnego zdrowia lub całkowitej sprawności czynnościowej².

Promocja zdrowia obejmuje działania:

- umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (art. 18d ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej);
- różnego rodzaju inicjatywy i działania podejmowane przez organy i instytucje powołane do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, jak też przez inne podmioty, mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia, pobudzenie troski o środowisko i indywidualne czynniki sprzyjające zdrowiu oraz rozwijanie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie³;
- proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz jego polepszenie poprzez podnoszenie poziomu wiedzy o sposobach zapobiegania chorobom, w celu długotrwałej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa⁴.

1.3. Podstawy prawne realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, w tym programów zdrowotnych

1. Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
2. Ustawa z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591).
3. Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jednolity: Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 z późn. zm.).
4. Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jednolity: Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).
5. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz.U. Nr 93, poz. 592 z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz.U. Nr 131, poz. 1099).
8. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. Nr 137, poz. 1126).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2009 r. w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych (Dz.U. Nr 133, poz. 1102).
11. Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
12. Rozporządzenie Rady Ministrów z 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz.U. z 1996, Nr 112, poz. 537).
13. Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.).
14. Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).
15. Ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 27 grudnia 2005 r. w sprawie wzoru oferty realizacji zadania publicznego, ramowego wzoru umowy o wykonanie zadania publicznego i wzoru sprawozdania z wykonania tego zadania (Dz.U. Nr 264, poz. 2207).

1.4. Strony internetowe, zawierające materiały przydatne dla tworzenia programów zdrowotnych

- http://europa.eu/index_pl.htm
<http://www.who.int/en/>
<http://www.mz.gov.pl/>
<http://www.pih.gov.pl>
<http://www.aotm.gov.pl/>
<http://www.zmp.poznan.pl/>
<http://www.zpp.pl/>
<http://www.szmp.pl/>
<http://www.inib.uj.edu.pl/zdrowie/>
<http://www.zdrowemiasto.pl/>
<http://www.puo.pl/>
<http://www.kodekswalkizrakiem.pl/>

Krok 2. Analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji epidemiologicznej wspólnoty samorządowej

2.1. Zasady tworzenia dokumentów strategicznych (analiza interesariuszy, problemów i celów, analiza strategii)

Fazę planowania programu należy poprzedzić analizą potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji epidemiologicznej na obszarze jst. Ocenie poddajemy stan obecny jako punkt wyjścia do opracowania wizji przyszłego stanu pożądanego. Dokonujemy także wybo-ru strategii, które będą tę wizję realizować.

Pierwszą czynnością jest zebranie maksymalnie wielu informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej wspólnoty samorządowej (danych statystycznych, wyników badania opinii, opisów potencjalnych uwarunkowań rozwiązania analizowanego problemu itd.).

Ocenę potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji epidemiologicznej formułujemy na podstawie 4 analiz: interesariuszy, problemów, celów oraz strategii, co pozwoli nam osiągnąć pewność, że planowane programy będą zgodne z przyjętymi politykami zdrowotnymi oraz odpowiadać rzeczywistym potrzebom mieszkańców.

Zachęcamy do zastosowania takiej metodologii prac nad programem, przy czym trzeba pamiętać o konieczności przeprowadzenia analiz rzadko stosowanych przez osoby planujące działania samorządów terytorialnych, a mianowicie: analizy interesariuszy i analizy strategii.

Takie kompleksowe podejście do analizy potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji epidemiologicznej zagwarantuje m.in., że:

- odbiorcy będą zaangażowani w proces planowania i podejmowania kluczowych decyzji od samego początku,
- cele przedsięwzięcia są precyzyjnie określone (i mierzalne) w kategoriach korzyści dla grup docelowych,
- analiza problemów zdrowotnych jest pogłębiona, rzetelna i pełna,
- cele samorządowych programów profilaktycznych są powiązane z celami zawartymi w politykach zdrowotnych krajowych i międzynarodowych.

2.2. Zgodność z celami światowych, europejskich i narodowych dokumentów strategicznych, odnoszących się do profilaktyki zdrowia

Programy zdrowotne powinny się odnosić do celów strategii krajowych i ponadnarodowych, wpisując się w priorytety polityk zdrowotnych. Prezentujemy kilka tego typu dokumentów strategicznych, wskazując w szczególności na elementy dotyczące programów zdrowotnych: profilaktyki i promocji zdrowia.

W wymiarze międzynarodowym są to przede wszystkim:

- Rezolucja Światowej Organizacji Zdrowia Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku oraz wynikająca z niej Światowa Deklaracja Zdrowia. W ramach tej strategii Region Europejski WHO wyznaczył sobie i krajom członkowskim 21 zadań na XXI wiek, wśród których kilka odnosi się wprost do profilaktyki i promocji zdrowia.
- Program Zdrowe Miasta, wprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia w 1988 r. (ma za zadanie realizację na poziomie lokalnym strategii Zdrowie dla Wszystkich).
- Strategiczne Wytyczne Wspólnoty na lata 2007–2013. Wytyczna 4.3.5. Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia siły roboczej.
- Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE 2008–2013.
- Program ochrony zdrowia i praw konsumenta (2007–2013).
- Opinia Komisarza Europejskiego ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów pt. Zapewnienie Dobrego Zdrowia dla Wszystkich.
- Wspólnotowy Fundusz Tytoniowy.
- Program przyspieszenia działań na rzecz zwalczania HIV/AIDS, malarii i gruźlicy.
- Europejski Kodeks Walki z Chorobami Nowotworowymi.

W wymiarze krajowym, autorom programów zdrowotnych polecamy odniesienie się do:

- Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015. Główny cel programu to poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu.
- Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007–2013, która opiera się na Strategii Lizbońskiej, Narodowym Planie Rozwoju, a także uwzględnia zadania Światowej Organizacji Zdrowia oraz dyrektywy organów Unii Europejskiej. Główny cel SROZ w Polsce to poprawa zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnik rozwoju społeczno-gospodarczego.
- Strategii Rozwoju Kraju 2007–2015.
- Strategii e-Zdrowie Polska.
- Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego.
- Raportu Finansowania ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga.
- Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Krok 3. Przygotowanie projektu programu zdrowotnego

3.1. Elementy programu zdrowotnego

Przepisy prawa powszechnie obowiązującego nie precyzują, jakie elementy powinny się znaleźć w programach zdrowotnych opracowywanych przez jst. Można się posiłkować wytycznymi zawartymi w Zarządzeniu Ministra Zdrowia z 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych. W zarządzeniu tym został opracowany schemat programu zdrowotnego wykorzystywany do użytku wewnętrznego MZ. Uwzględniając odmienność programów samorządowych, warto wskazać na następujące elementy, jakie powinien zawierać program zdrowotny:

Wprowadzenie

- nazwa programu;
- okres realizacji programu;
- podstawa prawna realizacji programu.

Streszczenie

- skróty opis celów i podstawowych elementów programu;
- określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach realizacji;
- spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenie głównych mierzalnych/niemierzalnych korzyści i kosztów.

Zdefiniowanie problemu, określenie potrzeby

- opis problemu;
- przyczyny istnienia problemu;
- waga problemu dla społeczeństwa;
- dotychczasowe próby rozwiązania problemu;
- przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń.

Uzasadnienie

- dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana (należy wskazać m.in. odpowiednie wskaźniki i mierniki w relacji do innych ważnych z punktu widzenia polityki zdrowotnej programów);
- zdefiniowanie potrzeby społecznej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu;
- efektywność ekonomiczna;
- nowatorstwo zaproponowanych rozwiązań;
- wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń;
- wykorzystanie istniejących środków;
- promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami;
- możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki.

Opis programu

- określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych;
- cele ogólne i szczegółowe;
- plan działań – opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów;
- sposób realizacji zadań;
- źródła finansowania;
- szczegółowy harmonogram działań wynikający z części opisowej;
- wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów.



Koszty

Powinien zawierać wydatki niezbędne do poniesienia na realizację programu w poszczególnych latach, w podziale na zadania, z uwzględnieniem wydatków bieżących oraz majątkowych.

Realizatorzy programu

Należy określić kryteria wyboru realizatora lub koordynatora programu.

Kontynuacja działań podjętych w programie

Należy podać informację o przewidywanym sposobie i zakresie kontynuacji działań podjętych w programie.

3.2. Cechy dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego⁵

Program zdrowotny powinien być skierowany na 1 lub kilka problemów zdrowotnych, dokładnie określonych, możliwych do zmiany (oszacowania), którym można zapobiegać lub które można modyfikować (np. ograniczać ryzyko) u członków wybranej grupy docelowej. Wśród tych problemów najistotniejsze są czynniki będące zagrożeniem dla stanu zdrowotnego lub jakości życia obywateli.

Przed wdrożeniem programu należy się więc upewnić, że wybrany problem zdrowotny jest w populacji docelowej rzeczywiście obecny i na tyle rozpowszechniony, że projektowane działania są uzasadnione. Należy też oszacować rozpowszechnienie danego

problemu zdrowotnego na tle innych (aby jako cel interwencji wybrać problem najpowszechniejszy).

Jako przykład programu zawierającego ww. elementy można wskazać „Program szczepień 12-latek z terenu powiatu inowrocławskiego przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) jako pierwotna profilaktyka raka szyjki macicy i zdrowia prokreacyjnego”. Przed przystąpieniem do opracowania tego programu przeprowadzono rozpoznanie problemu zdrowotnego, z którego wynikało, że przed rozpoczęciem realizacji programu na terenie powiatu inowrocławskiego zaszczepionych zostało łącznie tylko 7 dziewczynek. Jako barierę wskazano przede wszystkim wysoką cenę szczepionki (1500 zł) oraz brak możliwości jej refundacji ze środków NFZ. Program zakłada podanie szczepionek profilaktycznych 2317 dziewczynkom w wieku 12 lat.

Program zdrowotny powinien uwzględniać szczegółową charakterystykę, analizę potrzeb i preferencji grupy docelowej. W szczególności proponowane świadczenia powinny być łatwo dostępne (oferowane we właściwym miejscu, porze dnia, bez barier finansowych, jeśli wymagają współpłacenia), tak aby były postrzegane jako przygotowane z myślą o końcowym odbiorcy.

Należy też rozważyć kwestię ewentualnych zmian behawioralnych, koniecznych do osiągnięcia pożądanych efektów.

Nie do pominięcia są kwestie pozytywnego bądź negatywnego nastawienia społeczeństwa do proponowanych działań (zwłaszcza w przypadku edukacji seksualnej lub kontroli urodzin), co może wpłynąć na liczbę osób, które skorzystają z programu.

W ramach programu powinny być podejmowane działania o udowodnionej skuteczności w zakresie danego problemu zdrowotnego, w warunkach danej społeczności. Należy rozważyć, jak ograniczenie indywidualnych lub środowiskowych czynników ryzyka wpłynie w przyszłości na zmianę stanu zdrowotnego uczestników programu. Zalecane jest znalezienie dowodów potwierdzających skuteczność proponowanych interwencji. Należy przeanalizować proponowane działania ze zwróceniem uwagi na przewidywane punkty krytyczne (tj. elementy niezbędne do osiągnięcia zamierzonych rezultatów, których pominięcie może negatywnie wpłynąć na skuteczność programu), niezbędną kolejność albo szczególne warunki przeprowadzenia. W szczególności należy rozważyć, czy program wpisuje się logicznie w inne dostępne działania (np. w przypadku badań przesiewowych, czy obywatel, u którego wykryje się chorobę, będzie miał zapewnione leczenie, np. w ramach NFZ).

W przywołanym wyżej programie powiatu inowrocławskiego – brano pod uwagę rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia, zalecenia towarzystw naukowych, Ministerstwa Zdrowia, Funduszu Ludnościowego ONZ oraz Komisji Europejskiej.

Jeżeli chodzi o wymóg wpisywania się programu w inne działania w zakresie ochrony zdrowia, jest to słabość wielu programów zdrowotnych realizowanych przez jst.

Projekt programu powinien uwzględniać optymalne wykorzystanie zasobów. W szczególności należy rozważyć możliwości organizacyjne, w tym potencjał przewidywanych wykonawców programu, oczekiwane korzyści i inne efekty (np. zwiększenie zapotrzebowania na określone usługi medyczne) oraz oszacować koszty (pieniężne i nie związane bezpośrednio z wydatkami, jak np. potrzeba zwolnienia się uczestnika programu z pracy), co powinno dać podstawę do zorientowania się, czy należy poszukiwać dodatkowych funduszy na sfinansowanie programu w wersji gwarantującej maksymalną efektywność.

Przykładowo – w Programie profilaktyki prozdrowotnej dla dzieci powiatu poznańskiego wskazano, że program realizowany będzie przez starostwo powiatowe we współpracy z jednostkami oświatowymi oraz ośrodkami opiekuńczo-zdrowotnymi, na których terenie powstaną otwarte strefy rekreacji dziecięcej. W celu właściwej realizacji tych założeń dokonano szczegółowych obliczeń oraz kalkulacji kosztów związanych z wdrożeniem Programu.

Program zdrowotny od samego początku należy planować, organizować i wdrażać w takiej postaci, żeby można było ocenić jego efektywność. Jeśli to możliwe (i adekwatne dla danego problemu zdrowotnego), należy zmierzyć wyjściową chorobowość (liczba chorych/100 tys. populacji) i zachorowalność (liczba nowych przypadków/100 tys. populacji) albo rozprzestrzenienie czynnika ryzyka, który zamierzamy ograniczyć. W trakcie realizacji programu powinno się zbierać obiektywne dane, dotyczące udziału w nim członków grup docelowych i osiąganych efektów zdrowotnych. Jeśli ma to zastosowanie, przydatne jest zidentyfikowanie grupy kontrolnej – osób niepoddawanych/poddanych w mniejszym zakresie działaniom w ramach programu, dla porównania efektów końcowych (przy czym nie chodzi tu o pozbawianie części obywateli świadczeń, ale np. porównanie z danymi historycznymi albo z populacją sąsiedniej gminy, gdzie świadczenie nie jest oferowane).

3.3. Wymóg efektywności

Badanie efektywności jest najsłabszym punktem w programach zdrowotnych realizowanych dotychczas przez powiaty. Każdy program powinien przewidywać pomiar efektów jego wdrożenia.

Przez efektywność należy rozumieć stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych. W związku z tym przed przystąpieniem do realizacji projektu powinno się zmierzyć stan wyjściowy. Inną metodą jest porównanie wyników zdrowotnych ze

zmierzonymi w zbliżonej populacji, np. z danymi z sąsiedniej gminy o podobnej populacji, gdzie nie prowadzono programu⁶. Należy zaznaczyć, że jednostki samorządu terytorialnego nie są zobowiązane do samodzielnego przeprowadzania analizy klinicznej i ekonomicznej programu, jednak w jego opisie powinny się znaleźć elementy pozwalające oszacować te wyniki.

Analiza kliniczna polega na porównaniu skuteczności i bezpieczeństwa stosowania ocenianej interwencji (sposobu postępowania) z wynikami innych interwencji (opcjonalnych sposobów postępowania), stosowanych w docelowej populacji.

W analizie klinicznej powinny być oceniane efekty zdrowotne, które stanowią istotne klinicznie punkty końcowe, odgrywające istotną rolę w danej jednostce chorobowej, tj.: zgon, zachorowania bądź wyleczenia, jakość życia, działania niepożądane i/lub incydenty medyczne.

Analiza ekonomiczna stanowi porównawczą ocenę zużycia zasobów koniecznych dla uzyskania efektu klinicznego.

W ocenie tej można się posłużyć różnymi technikami:

- Analiza kosztów – efektywności.
- Analiza kosztów – użyteczności.
- Analiza minimalizacji kosztów.
- Analiza kosztów – konsekwencji.
- Analiza kosztów – korzyści⁷.

Samorządy nie muszą samodzielnie dokonywać analizy efektu klinicznego. Zostanie ona przeprowadzona przez AOTM na etapie oceny projektu programu, niemniej autorzy zalecają dokonanie wcześniejszego rozpoznania dostępnych metod lub np. zasadności wykonywania badań planowanych w programie; w tym celu warto zasięgnąć opinii specjalistów w danej dziedzinie.

Skutkiem przyjęcia niewłaściwych założeń lub metod realizacji programu może być uzyskanie negatywnej opinii AOTM. Dalsze negatywne skutki to przede wszystkim nieefektywne wydatkowanie środków publicznych oraz niespełnienie założonych efektów programu.

3.4. Program wieloletni czy roczny?

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, program zdrowotny może być realizowany w okresie 1 roku albo wielu lat. Czas realizacji projektu zależy od jst wdrażającej program. Przy planowaniu okresu realizacji należy uwzględnić cele, jakie jednostka chce osiągnąć, program i zadania, jakie zamierza podjąć dla osiągnięcia założonych celów oraz możliwości finansowe. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku realizacji zadań z ochrony zdrowia, zwłaszcza działań o charakterze profilaktycznym, mierzalne efekty w postaci poprawy stanu zdrowia mieszkańców z reguły będą widoczne po kilku albo nawet kilkudziesięciu latach.

Z uwagi na charakter działań podejmowanych w ramach programów zdrowotnych autorzy niniejszego poradnika zalecają realizację programów w perspektywie wieloletniej. Realizacja programu w okresie dłuższym niż rok pozwala na lepsze rozplanowanie zadań, zmniejsza presję czasową oraz sprzyja bardziej racjonalnemu gospodarowaniu środkami publicznymi.

3.5. Budowa harmonogramu realizacji programu zdrowotnego

Harmonogram realizacji programu jest jednym z najistotniejszych elementów programu, a powinien wynikać z opisu przewidzianych w nim działań.

Ustalając harmonogram, należy wziąć pod uwagę m.in. takie czynniki, jak:

- konieczność przeprowadzenia konkursu na realizatora programu,
- czas potrzebny na działania promocyjne,



Program zdrowotny od samego początku należy planować, organizować i wdrażać w takiej postaci, żeby można było ocenić jego efektywność. Jeśli to możliwe (i adekwatne dla danego problemu zdrowotnego), należy zmierzyć wyjściową chorobowość (liczba chorych/100 tys. populacji) i zachorowalność (liczba nowych przypadków/100 tys. populacji) albo rozprzestrzenienie czynnika ryzyka, który zamierzamy ograniczyć.

- czas potrzebny na dokonanie naboru na nowe stanowisko pracy, jeżeli realizacja programu będzie się wiązała z koniecznością zatrudnienia dodatkowego pracownika,
- konieczność przeprowadzenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (np. w przypadku zakupu sprzętu) lub w przypadku wartości zamówienia do 14 tys. euro postępowań przetargowych przewidzianych w przepisach wewnętrznych podmiotu zamawiającego.

Przy budowaniu harmonogramu należy wziąć również pod uwagę czynniki wynikające ze specyfiki wdrażanych działań. Przykładowo, jeżeli w ramach programu zostały zaplanowane działania skierowane na dzieci w wieku szkolnym, to przy ustalaniu harmonogramu należy wziąć pod uwagę wpływ, jaki na przebieg realizacji programu mogą mieć ferie czy przerwa wakacyjna.

Harmonogram powinien zawierać takie elementy, jak:

- wskazanie planowanych działań,
- określenie wykonawców poszczególnych działań lub sposób ich wyłonienia,
- czas realizacji poszczególnych działań (poprzez wskazanie jednostek czasu bądź konkretnych dat).

3.6. Główne źródła finansowania programów zdrowotnych

Punktem wyjścia jest określenie wartości programu, nawet jeśli będzie to liczba szacunkowa i wymienienie potencjalnych źródeł finansowania. Ważne jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do szczegółowego ustalania corocznie nakładów z budżetu jst (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym; warunkuje to konieczność ścisłego planowania).

Bardzo precyzyjna musi być także analiza finansowania pojedynczych projektów w całym programie. Należy określić wartość programu, w tym skalę własnego zaangażowania (pieniężnego, jak i rzeczowego), wskazać inne źródła wsparcia go, oszacować możliwości skorzystania z wolontariatu.

Głównym źródłem finansowania samorządowych programów profilaktycznych pozostają jednak środki własne. Mimo że kształtując źródła dochodów jst nie uwzględniono jakichkolwiek środków na realizację przez nie zadań z zakresu ochrony zdrowia – gminy, powiaty i województwa angażują znaczące kwoty, zarówno w przedsięwzięcia związane z rozbudową infrastruktury technicznej zakładów opieki zdrowotnej, jak i na realizację programów zdrowotnych.

W tym kontekście trudne do zrozumienia jest pozbawienie możliwości skorzystania przez jednostki samorządu terytorialnego ze środków NFZ, przeznaczonych na programy zdrowotne.

Z jednej strony mamy bowiem do dyspozycji ogromny potencjał (np. w realizacji programów kierowanych do dzieci i młodzieży, w oparciu o szkoły prowadzone przez jst), a z drugiej – coroczne problemy z wykorzystaniem przez NFZ środków na programy profilaktyczne.

Mimo to, przy odrobinie aktywności i pomysłowości w konstruowaniu programów profilaktycznych, jst mogą pozyskać środki z kilku źródeł (w lepszej sytuacji są organizacje obywatelskie i zakłady opieki zdrowotnej, dla których katalog grantodawców może być szerszy, a obejmuje m.in. konkursy ogłaszane przez NFZ czy MZ).

Na realizację programów profilaktycznych samorządy bardzo często przeznaczają środki z tzw. korkowego, czyli pieniędzy uzyskanych z opłat za koncesje alkoholowe. Praktyka uczy, że z „korkowego” finansować można programy o bardzo szerokim

zasięgu, ale warto też pamiętać, że ustawa o wychowaniu w trzeźwości mówi, iż można je wydać tylko na profilaktykę i leczenie uzależnień, by osiągać cele ustalone w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych.

Inne możliwe źródła finansowania programów zdrowotnych to:

- środki pozyskiwane w ramach konkursów ogłaszanych przez resorty edukacji, sportu czy gospodarki,
- fundusze ochrony środowiska,
- partnerstwo z III sektorem (organizacje obywatelskie),
- banki, firmy ubezpieczeniowe, przedsiębiorcy (ograniczeniem są niejasne przepisy, dotyczące przyjmowania, ewidencjonowania i rozliczania pomocy tego typu),
- Szwajcarsko-Polski Program Współpracy,
- Mechanizmy Finansowe EOG i Norweski Mechanizm Finansowy (nie są już dostępne środki z perspektywy 2004–2009, ale trwają ustalenia co do mechanizmów wsparcia przez kraje EOG po 2010 r.).

Środki na programy zdrowotne można także uzyskać z regionalnych programów operacyjnych, ale pod warunkiem, że zarządy województw (instytucje pośredniczące, odpowiadające za wdrażanie RPO) ogłoszą konkurs, w którym przewiduje się uzupełnienie działań infrastrukturalnych (finansowanych z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego) o elementy profilaktyki (w ramach tzw. cross-financing, czyli zasady odstępstwa od monofunduszowości, umożliwiającej elastyczne finansowanie jednofunduszowych programów operacyjnych Unii Europejskiej).

3.7. Etap obowiązkowy: opinia AOTM

Projekty programów zdrowotnych opracowywane przez jst podlegają zaopiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych.

Kryteria, w oparciu o które sporządzana jest ocena programu zdrowotnego, to:

- wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu priorytetów zdrowotnych określonych przez MZ w rozporządzeniu z 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do przedwczesnego zgonu, niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS, niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS, przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby, obniżenia jakości życia;
- znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności: ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia, ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia, zapobiegania przedwczesnemu zgonowi, poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo;
- stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Bezpośrednią realizacją zadania z zakresu opiniowania programów zdrowotnych zajmuje się Dział Programów Zdrowotnych. Opiniuje m.in. programy zdrowotne, prowadzi ocenę programów na podstawie ww. kryteriów, współpracuje z ekspertami zewnętrznymi, ośrodkami naukowo-badawczymi oraz podmiotami zagranicznymi w zakresie objętym zadaniami działu.



Opinię wydaje prezes Agencji po zapoznaniu się z rekomendacją Rady Konsultacyjnej AOTM. Należy zaznaczyć, że rolą tej instytucji jest ocena technologii medycznych, w tym określanie skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa interwencji zdrowotnych takich jak programy zdrowotne, a w szczególności stosunku uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, a także stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych, czyli tzw. efektywności ekonomicznej.

Podmiot wnioskujący o ocenę nie jest zobowiązany do samodzielnego wykonywania analiz klinicznej i ekonomicznej. Jednak wskazane jest zawarcie w projekcie programu zdrowotnego podstawowych informacji pozwalających oszacować te dane, jak:

- szacowane rozpowszechnienie problemu zdrowotnego, którego program dotyczy, w populacji przewidywanej do objęcia programem;
- przewidywana liczba osób do objęcia programem;
- przewidywane koszty objęcia programem pojedynczej osoby.

Oszacowanie tych wielkości jest częścią prawidłowego planowania programu, gdyż określa stan wyjściowy i pozwala następnie monitorować efekty działania programu (jeśli interwencja zdrowotna ma efekty odległe w czasie albo trudne do oszacowania, trzeba takie stwierdzenie w projekcie programu zawrzeć).

Przedmiotem oceny AOTM nie jest projekt uchwały w sprawie realizacji programu zdrowotnego (chyba że uchwała zawiera szczegółowy opis programu) ani lista programów zdrowotnych realizowanych przez jst. Przedmiotem tej oceny nie może też być strategia ogólna. Musi to być konkretny program, dotyczący dobrze zdefiniowanego działania prozdrowotnego (np. program „Profilaktyka nowotworów piersi u mieszkanek powiatu”).

Opinia wydawana jest nieodpłatnie, w terminie 3 miesięcy od otrzymania przez Agencję projektu programu i nie ma charakteru wiążącego. Autorzy niniejszego poradnika stoją jednak na stanowisku, że program negatywnie zaopiniowany przez AOTM nie powinien być wdrażany, chyba że z treści opinii wynika, iż braki mogą być uzupełnione, a błędy usunięte. W naszej ocenie, w takiej sytuacji jst powinna przedłożyć AOTM poprawiony projekt programu celem ponownego zaopiniowania.

Należy pamiętać, że zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (art. 44) wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad:

- uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów oraz
- optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Również NIK, kontrolując działalność organów samorządu terytorialnego, dokonuje tego z punktu widzenia legalności, gospodarności i rzetelności.

Opinii AOTM podlegają projekty programów zdrowotnych, które nie zostały uchwalone przed 12 sierpnia 2009 r. (tj. przed wejściem w życie ustawy z 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach).

Krok 4. Wdrażanie programów profilaktycznych

4.1. Rola organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego (jst)

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wskazuje wprost organu odpowiedzialnego za przyjęcie programu zdrowotnego, zatem należy przyjąć za ustawami ustrojowymi, że jest to kompetencja organu stanowiącego.

Do projektu uchwały rady gminy/powiatu lub sejmiku województwa powinna być dołączona opinia AOTM.

Kwestią do rozstrzygnięcia pozostaje, czy brak opinii Agencji w sprawie projektu programu wpływa na ważność uchwały organu stanowiącego, zatwierdzającego program. W naszej ocenie – tak.

Zgodnie z samorządowymi przepisami ustrojowymi, jeżeli prawo uzależnia ważność rozstrzygnięcia organu jst od jego zatwierdzenia, uzgodnienia lub zaopiniowania przez inny organ – zajęcie stanowiska przez ten organ powinno nastąpić nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia tego rozstrzygnięcia lub jego projektu. Jeżeli organ nie zajmie stanowiska w sprawie, rozstrzygnięcie uważa się za przyjęte w brzmieniu przedłożonym przez jst.

Należy zaznaczyć, że termin 14-dniowy, wskazany w przepisach ustrojowych, nie ma zastosowania do terminu sporządzenia opinii przez AOTM – w tym zakresie obowiązuje termin 3-miesięczny, wskazany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustrojowe ustawy samorządowe mówią z kolei o opiniowaniu rozstrzygnięcia lub projektu rozstrzygnięcia organu, tymczasem projekt programu stanowi załącznik do projektu uchwały organu stanowiącego. W naszej ocenie zatem powołana wyżej regulacja, dotycząca trybu uzyskiwania opinii, ma zastosowanie także do opinii Agencji. Uzyskanie jej negatywnej opinii nie pozbawia jednak organu stanowiącego możliwości zatwierdzenia programu.

Uchwała zatwierdzająca program zdrowotny nie jest też aktem prawa miejscowego, jej wejście w życie nie jest więc uzależnione od ogłoszenia uchwały w wojewódzkim dzienniku urzędowym.

W rozstrzygnięciu nadzorcym wojewody świętokrzyskiego z 12 marca 2009 r. (NK. I-0911/36/2009) wskazano, że programy nie mają waloru przepisów powszechnie obowiązujących. Jest to akt prawny organu gminy, określający sposób działania gminy. Program w rzeczywistości jest zatem planem działania gminy w określonym zakresie.

Powyższy akt nadzoru został wydany co prawda w odniesieniu do programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, niemniej podniesione w uzasadnieniu argumenty są aktualne również w odniesieniu do programów zdrowotnych.



4.2. Wybór realizatorów programu – procedura konkursowa

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne podmioty niż NFZ, wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

O przeprowadzeniu konkursu ofert podmiot ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej – co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

W ogłoszeniu określa się w szczególności:

- przedmiot konkursu ofert;
- wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego;
- termin i miejsce składania ofert.

W zakresie nieuregulowanym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego, dotyczące przetargu (art. 70¹–70⁵ k.c.).

Zgodnie z przepisami, ogłoszenie, a także warunki przetargu mogą być zmienione lub odwołane tylko wtedy, gdy zastrzeżono to w ich treści. Organizator od chwili udostępnienia warunków, a oferent od chwili złożenia oferty zgodnie z ogłoszeniem przetargu, są obowiązani postępować zgodnie z postanowieniami ogłoszenia, a także warunków przetargu. Oferta złożona w toku przetargu przestaje być wiążąca, gdy została wybrana inna albo gdy przetarg został zamknięty bez wybrania którejkolwiek z ofert, chyba że w warunkach przetargu zastrzeżono inaczej. Organizator jest obowiązany niezwłocznie powiadomić na piśmie uczestników przetargu o jego wyniku albo o zamknięciu przetargu bez dokonania wyboru. W warunkach przetargu można zastrzec, że

przystępujący do przetargu powinien, pod rygorem niedopuszczenia do niego, wpłacić organizatorowi określoną sumę albo ustanowić odpowiednie zabezpieczenie jej zapłaty (wadium).

Jeżeli uczestnik przetargu, mimo wyboru jego oferty, uchyla się od zawarcia umowy, której ważność zależy od spełnienia szczególnych wymagań przewidzianych w ustawie, organizator przetargu może pobraną sumę zachować albo dochodzić zaspokojenia z przedmiotu zabezpieczenia. W pozostałych wypadkach wadium należy niezwłocznie zwrócić, a ustanowione zabezpieczenie wygasa. Jeżeli organizator przetargu uchyla się od zawarcia umowy, jego uczestnik, którego oferta została wybrana, może żądać zapłaty podwójnego wadium albo naprawienia szkody.

Organizator oraz uczestnik przetargu może zażądać unieważnienia zawartej umowy, jeżeli strona tej umowy, inny uczestnik lub osoba działająca w porozumieniu z nimi wpłynęła na wynik przetargu w sposób sprzeczny z prawem lub dobrymi obyczajami. Uprawnienie powyższe wygasa z upływem miesiąca od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o istnieniu przyczyny unieważnienia, nie później jednak niż z upływem roku od dnia zawarcia umowy.

Przepisów o zamówieniach publicznych nie stosuje się do wyboru realizatora programu zdrowotnego.

Do odrębnych przepisów, o których wspomina ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a obowiązujących przy wyborze organizatora konkursu na realizatora programu zdrowotnego, należy zaliczyć ustawę z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzieleniu zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Zgodnie z przywołanymi przepisami, organ jst może udzielić zamówienia na świadczenia zdrowotne:

- niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu;
- osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki – na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych prowadzącym działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienia i przyjmujący zamówienie. W zakresie udzielonego zamówienia przyjmujący zamówienie podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności.

Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń zdrowotnych lub na czas określony, na podstawie wyników przeprowadzonego konkursu ofert na udzielenie zamówienia. W rozporządzeniu wykonawczym uszczegółowiono, że umowa nie może być zawarta na czas krótszy niż 3 miesiące, chyba że z rozdzaju i ilości świadczeń zdrowotnych wynika czas krótszy. Do zawierania umów i przeprowadzania konkursu nie stosuje się przepisów prawa zamówień publicznych.

Ogłoszenie o konkursie zamieszcza się na łamach prasy codziennej, na tablicy ogłoszeń w siedzibie udzielającego zamówienia i w siedzibie terenowo właściwego okręgowego organu samorządu zawodu medycznego, odpowiedniego ze względu na rodzaj świadczeń zdrowotnych objętych ogłoszeniem.

W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowaną skargę. Do czasu jej rozpatrzenia postępowanie konkursowe zostaje zawieszane. Komisja konkursowa rozpatruje skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi komisja konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych oferentów i udzielającego zamówienia.

Oferent może złożyć do udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wynikach konkursu. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy. Po wniesieniu protestu udzielający zamówienia, aż do jego rozstrzygnięcia, nie może zawrzeć umowy.

Udzielający zamówienia rozpoznaje i rozstrzyga protest najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu udzielający zamówienia niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych oferentów. W przypadku uwzględnienia protestu udzielający zamówienia powtarza konkurs ofert.

Udzielający zamówienia obowiązany jest zawrzeć umowę zgodną z wybraną przez komisję konkursową najkorzystniejszą ofertą w terminie 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert. Umowa o udzielenie zamówienia zostaje zawarta z chwilą podpisania jej przez obie strony. Wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

4.3. Możliwości realizowania programów profilaktycznych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Odmienne zasady przekazywania środków na realizację programów zdrowotnych ustanowiono dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spozozów).

Zgodnie z art. 54 ust. 1 pkt 2, spozoz może uzyskiwać środki finansowe na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym.

Zadanie to może być finansowane ze środków publicznych, pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych przez dysponentów tych środków nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych.

Zasady realizacji i finansowania programów zdrowotnych określają przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niestety, ustawodawca nie sprecyzował, czy należy przez to rozumieć również obowiązek przeprowadzenia konkursu ofert. Wydaje się, że nie. Szczegółowe warunki przekazania spozozom środków publicznych na realizację programów zdrowotnych, sposób rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli reguluje rozporządzenie MZ z 1 lipca 2005 r. Zgodnie z tym aktem, przekazanie przez zleceniodawcę środków publicznych na realizację programów zdrowotnych następuje na podstawie umowy o realizację zadania. Zleceniodawca przed podpisaniem umowy przedstawia zleceniobiorcy wykaz przewidzianych do realizacji zadań w ramach programów zdro-

wotnych lub programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, będących przedmiotem umowy.

Zleceniobiorca przedstawia zleceniodawcy plan rzeczowo-finansowy na realizację programu zdrowotnego będącego przedmiotem umowy oraz informację o prowadzonej działalności, za okres wskazany przez zleceniodawcę. Środki publiczne przekazane zleceniobiorcy na zadania określone w umowie podlegają rozliczeniu przez zleceniobiorcę. Zleceniodawca jest uprawniony – w okresie trwania umowy oraz po jej wygaśnięciu albo rozwiązaniu – do przeprowadzenia kontroli wykorzystania środków publicznych przekazanych na jej podstawie.

Podmiot, który utworzył spozoz, może również przekazać środki na realizację programów zdrowotnych w formie dotacji. Zgodnie z art. 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, spozoz może otrzymywać dotację m.in. na realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia, w tym na realizację programów wieloletnich.

Dotację na realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz na promocję zdrowia może przekazać również właściwy organ jst. Z brzmienia przepisów wynika zatem, że nie musi to być organ jednostki, która utworzyła zakład.

Do otrzymania dotacji na promocję zdrowia nie jest konieczne przygotowanie programu zdrowotnego. Wynika to z użycia w odniesieniu do „promocji zdrowia” słowa „oraz”. Przy udzielaniu dotacji należy uwzględnić przepisy ustawy o finansach publicznych.

4.4. Zlecenie realizacji programów zdrowotnych organizacjom obywatelskim

Nie ma przeszkód prawnych, by zlecić realizację przynajmniej niektórych zadań przewidzianych w programie zdrowotnym na zasadach określonych w ustawie z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Działania z zakresu ochrony i promocji zdrowia zostały zaliczone do zadań, które mogą realizować organizacje pozarządowe w ramach działalności pożytku publicznego.

Zlecenie realizacji takich zadań może mieć formę:

- powierzenia wykonania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na sfinansowanie ich realizacji,
- wspierania wykonywania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie ich realizacji.

Powierzenie zadań odbywa się w drodze otwartego konkursu ofert.

4.5. Promocja programów zdrowotnych

Promocja programu powinna spełniać funkcję informacyjną (dostarczenie wiedzy o programie, a w szczególności o działaniach podejmowanych w jego ramach) i pobudzającą (wywołanie zamierzonych postaw poprzez dostarczenie odpowiednich argumentów).

Najczęściej realizatorzy programu nie dysponują znaczącymi środkami finansowymi na przeprowadzenie kampanii promocyjnej.

Zdani są więc na formy promocji dostępne w ramach działalności bieżącej urzędu samorządowego oraz własną inwencję i pomysłowość (która często podpowiada rozwiązania b. skuteczne w docieraniu do mieszkańców).

Używanie ulotek i zwykłych plakatów, opartych głównie na treści, nie powoduje oczekiwanych efektów promocji. W natłoku przekazów informacyjnych, by zaistnieć, należy się w zdecydowany sposób wyróżnić, używając nowych, kreatywnych form promocji, obecnie o wiele bardziej skutecznych niż typowe „ogłoszenia”.

Do prowadzenia działań promocyjnych warto zaprosić osoby, które odczuły „na własnej skórze” pozytywne efekty profilaktyki. Nie wolno też zapomnieć o zamieszczaniu w dostępnych nośnikach informacyjnych sprawozdania z realizacji programu („twarde” rezultaty).

Będzie to doskonałą zachętą do udziału w kolejnym programie profilaktycznym.

Krok 5. Monitoring i kontrola realizacji programu zdrowotnego

5.1. Zasady prowadzenia monitoringu i kontroli programu zdrowotnego

Monitorowanie i kontrola (nie są to pojęcia tożsame) powinny być niezbędnymi narzędziami stosowanymi w procesie zarządzania programem zdrowotnym.

Monitorowanie można zdefiniować jako systematyczne, ciągłe pozyskiwanie, analizowanie oraz wykorzystywanie informacji do celów kontroli zarządzania i podejmowania decyzji. Monitoring dostarcza informacji, na podstawie których zarządzający mogą zidentyfikować i rozwiązać problemy związane z wdrażaniem programu, a także ocenić postęp w stosunku do pierwotnych planów.

Monitorowanie odbywa się na wszystkich poziomach realizacji programu, pozwala zmierzyć postęp względem zaplanowanego harmonogramu działań, budżetu, założeń oraz zaplanowanych efektów (rezultatów). Stały monitoring umożliwia wychwycenie problemów występujących w toku wdrażania programu, zdiagnozowanie ich przyczyny oraz określenie sposobu rozwiązania lub przeciwdziałania.

Plan monitoringu obejmuje takie kwestie, jak rodzaj informacji, jakie będą zbierane, kiedy, przez kogo i za pomocą jakich narzędzi, a także ustalenie, kto, jak często i w jakim celu będzie analizował zebrane informacje oraz komu wyniki analiz będą dostarczane. Planowanie systemu monitorowania obejmuje 5 kroków:

- analizę celów programu,
- przegląd procedur wdrażania,
- przegląd wskaźników,
- zaprojektowanie formatu raportów,
- przygotowanie planu wdrażania systemu monitorowania.

System monitoringu powinien zostać przygotowany na etapie planowania.

Monitorowanie nie ogranicza się tylko do zbierania informacji. Dane te muszą zostać przygotowane w odpowiedniej formie i przekazane osobom zarządzającym programem. Powinny zostać ustalone mechanizmy komunikacji zapewniające, że niezbędne informacje powstaną i zostaną wykorzystane w sposób terminowy i skuteczny. Dwa podstawowe rodzaje mechanizmów to raporty na temat postępu realizacji programu i przegląd postępu prac.

Cele kontroli procesu realizacji programu profilaktycznego. Kontrola sprawdza przebieg postępowania z punktu widzenia prawa, a szczególnie prawidłowości w wydatkowaniu środków finansowych i ma charakter zdecydowanie incydentalny. Celem kontroli jest zidentyfikowanie zaistniałych nieprawidłowości, przeanalizowanie ich przyczyn oraz sformułowanie wniosków i zaleceń. Zalecenia pokontrolne mają za zadanie doprowadzenie do stanu zgodnego z prawem i wyeliminowanie podobnych zdarzeń w przyszłości.

5.2. Wskaźniki monitorowania programów zdrowotnych

Podstawą procesu monitorowania programu jest ocena postępu w osiąganiu zamierzonych celów. Służą temu wskaźniki monitorowania, które powinny być konkretne, porównywalne i mierzalne. Powinny dotyczyć zachowań zdrowotnych społeczeństwa (np. trybu życia i innych czynników wpływających na zdrowie), chorób (np. częstotliwości występowania i sposobów monitorowania chorób przewlekłych, poważnych i rzadko występujących) oraz systemów opieki zdrowotnej (np. dostępu do opieki zdrowot-

nej, jej jakości, pracowników służby zdrowia i rentowności systemów opieki zdrowotnej).

Spośród wielu kategorii badanych danych polecamy zestaw wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej, przydatnych i sprawdzonych w praktyce wdrażania programów zdrowotnych. Dane zbierane w oparciu o tego typu porównywalne wskaźniki zdrowotne, a także wspólnie uzgodnione definicje oraz metody gromadzenia i ich wykorzystywania – mają zastosowanie w całej Europie.

5.3. Obowiązek przekazywania informacji o zrealizowanych programach

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłada na gminy, powiaty i województwa obowiązek przekazywania informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz programach planowanych w roku bieżącym. Informacje o tych programach jednostka samorządu terytorialnego oraz wojewoda przekazują w formach pisemnej i elektronicznej, w postaci arkusza kalkulacyjnego bazy danych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do rozporządzenia MZ z 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje.

Prawodawca nie wypowiedział się wprost, jak należy traktować programy realizowane w okresie dłuższym niż rok, tzn. czy należy je uwzględniać w informacji, mimo iż nie zakończyła się ich realizacja. Odpowiedź na to pytanie wynika pośrednio z treści wzoru formularza informacji, w którym do rubryki „Czas trwania programu” dodano wyjaśnienie, iż należy określić cały okres realizacji programu, co oznacza, że zadania zrealizowane w danym roku w ramach programów wieloletnich również powinny zostać wskazane w informacji.

Informacje w formie elektronicznej powinny być dostarczane na nośniku umożliwiającym odczyt danych, w sposób cyfrowy albo poprzez teletransmisję.

Gmina przekazuje powiatowi informacje o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na rok bieżący w terminie do 31 stycznia każdego roku.

Powiat przekazuje marszałkowi województwa informacje o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz programach planowanych na rok bieżący, w tym również informacje o programach zdrowotnych otrzymane od gmin, w formie zbiorczej, w terminie do 5 lutego każdego roku.

Samorząd województwa przekazuje wojewodzie informacje o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na rok bieżący, w tym również informacje o programach zdrowotnych otrzymane od gmin i powiatów, w formie zbiorczej, w terminie do 12 lutego każdego roku. ■

1. http://www.lodzkie.pl/lozkie/-zdrowie/Profilaktyka/informacje_ogolne.html
2. Anna Fiks, "Profilaktyka i promocja działania na rzecz zdrowia mieszkańców Łodzi", s. 81-82 w: "Polityka Zdrowotna VI", październik 2006.
3. Maciej Dercz, Tomasz Rek, "Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz" s. 19, ABC Wolters Kluwer Business 2007.
4. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, <http://www.inib.uj.edu.pl/zdrowie/>
5. Za American Public Health Association – oprac. na podst. Wurzbach ME (ed.). Community Health Education and Promotion-A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland, 2002 (źródło: www.aotm.gov.pl)
6. Konferencja samorządowa, "Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie ustawy koszykowej", Kraków 8 kwietnia 2010 r. ("AOTM – współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie oceny programów zdrowotnych", Anna Zawada).
7. Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA) – Załącznik do zarządzenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 1/2010 z 4 stycznia 2010 r.
8. Maciej Dercz, Tomasz Rek, "Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz" s. 337 ABC Wolters Kluwer Business 2007.
9. Portal zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_pl.htm

HPV w liczbach

Z prof. dr. hab. med. Januszem Ślusarczykiem, kierownikiem Zakładu Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, na temat epidemiologii, zagrożenia i profilaktyki HPV rozmawia Marcin Wełnicki.

Rak szyjki macicy to przede wszystkim konsekwencja zakażenia HPV. Czy dysponujemy rzetelnymi danymi odnośnie do rozpowszechnienia zakażenia tym wirusem?

– Wiemy, że rak szyjki macicy jest ważnym problemem klinicznym, a zakażenia HPV należą do najczęstszych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Warto pamiętać, że wirus przenosi się nie tylko drogą kontaktów seksualnych, ale także przez kontakt skóra-skóra. Stosowanie prezerwatywy zmniejsza ryzyko zakażenia.

Powinowactwo do nabłonka narządów płciowych wykazuje ponad 30 typów HPV, z czego około 15 ma charakter onkogeny (high risk). Typy „szczipionkowe”, czyli HPV 16 i 18, stanowią czynnik onkologiczny 70% raków szyjki macicy. Nieonkogenne HPV, nazywane typami niskiego ryzyka (low risk), wywołują łagodne, brodawczakowate zmiany narządów płciowych. Za powstawanie 90% z nich odpowiadają HPV 6 i 11.

Wektorem zakażenia HPV są mężczyźni. Czy dysponujemy danymi na temat rozpowszechnienia nosicielstwa w naszym kraju?

– Nie ma osobnych danych dla płci. Uważa się natomiast, że w okresie aktywności seksualnej około 50–80% kobiet i mężczyzn zakaża się HPV. Do pierwszego zakażenia dochodzi najczęściej w krótkim czasie po inicjacji, chociaż w czasie całego okresu aktywności seksualnej najprawdopodobniej dochodzi do wielu kontaktów z HPV. Ponad 80% przypadków to zakażenia przemijające, bezobjawowe i ustępujące samoistnie. Połowa wywołwana jest jednak przez typy onkogenne.

Jak wygląda zachorowalność i umieralność na raka szyjki macicy wśród Polek i jak nasz kraj wypada pod tym względem na tle innych krajów UE?

– W Polsce w 2007 r. zachorowało na raka szyjki macicy 3431 kobiet, z czego ponad połowa zmarła – to dane z Krajowego Rejestru Nowotworów z 15 kwietnia 2010 r. Pod względem częstości występowania wśród innych nowotworów u kobiet zajmuje 4. miejsce. Jest to sytuacja epidemiologiczna zbliżona do danych z Europy. Wskazują one na następującą kolejność występowania nowotwo-



Fot. Jacek Persa

Największa częstość zakażeń występuje wśród najmłodszych kobiet, na całym świecie 50% zakażonych wirusem HPV kobiet i mężczyzn jest między 15 a 25 rokiem życia

”

rów pod względem ich częstości: rak sutka (62,3%), jelita grubego/odbytnicy (24,2%), trzonu macicy (12,1%), szyjki macicy (11,9%). Jest jednak 7. z kolei nowotworem wśród innych pod względem śmiertelności (sutek, jelito grube/odbytnica, płuca, żołądek, jajniki, trzustka, szyjka macicy). Natomiast inaczej wygląda sytuacja epidemiologiczna raka szyjki macicy na świecie. W statystykach ogólnoświatowych występuje on na drugim miejscu (16,2%) po raku sutka (37,4%) i stanowi 3. w kolejności przyczynę

śmiertelności w przebiegu choroby nowotworowej (kolejno sutek, płuca, szyjka macicy) (IARC Cancer Base, 2004).

Czy akcje informacyjne na temat badań cytologicznych prowadzone w ostatnich latach w widoczny sposób wpłynęły na epidemiologię tej choroby?

– Takie zmiany są zwykle widoczne po pewnym czasie. Obecnie można raczej rozważać przypuszczenia oparte na poszlakach. Na przykład od 2002 r., gdy pojawiły się pierwsze doniesienia o zaawansowanych badaniach nad nową szczepionką przeciw rakowi szyjki macicy, można zanotować stopniowy spadek liczby nowych przypadków choroby w Polsce. Z drugiej strony, na jednej z konferencji w 2008 r. ogłoszono, że na 5,6 mln zaproszeń na badania cytologiczne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wysłane kobietom w Polsce w 2007 r., zgłosiło się zaledwie 10% zaproszonych.

Od kilku lat trwają debaty na temat uwzględnienia szczepienia przeciwko HPV w kalendarzu szczepień obywatelskich. Jaka jest Pana opinia odnośnie do skuteczności i bezpieczeństwa tego szczepienia jak również oczekiwanego wpływu rozpowszechnienia go na epidemiologię zakażenia HPV i raka szyjki macicy.

– Szczepienia ochronne, zintegrowane z programem badań przesiewowych, są najbardziej efektywną metodą profilaktyki raka szyjki macicy. Szczepienia są bezpieczne i dobrze tolerowane, należy je wykonywać przede wszystkim w populacji dziewcząt przed inicjacją seksualną. Bardzo istotną rolę odgrywają więc lekarze podstawowej opieki zdrowotnej: lekarze rodzinni oraz pediatrzy, którzy powinni informować rodziców oraz młode pacjentki o możliwości zaszczepienia się przeciwko HPV.

Największa częstość zakażeń występuje wśród najmłodszych kobiet, na całym świecie 50% zakażonych wirusem HPV to kobiety i mężczyźni między 15. a 25. rokiem życia. Liczba nowych zakażeń, pierwotnych i wtórnych, maleje z wiekiem, ale ryzyko utrzymuje się przez cały okres aktywności seksualnej. Dlatego tak ważna jest długotrwała ochrona, którą może zapewnić szczepionka. ■

**Polkowice** były pierwsze

Gminny wyścig o zdrowie



Na umieszczonych w ruchliwych punktach miasta bilbordach nastolatki reklamują czwartą już edycję Polkowickich Dni „Chroń życie przed rakiem”, którymi miasto żyło przez pierwszy kwartał 2010 r.

Fot. Archiwum Gminy Polkowice

W szkołach młodzież słuchała wykładów na temat profilaktyki raka szyjki macicy, propagujących razem zdrowy styl życia. Zorganizowano też konferencję, a w przychodniach przeprowadzono gratisowe badania cytologiczne i mammograficzne oraz bezpłatne szczepienia szesnastolatek, mieszkanek gminy Polkowice, przeciwko wirusowi HPV.

Jedenaście programów w jednej gminie

– Gdy tylko weszły na polski rynek szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego, postanowiłam zainteresować szczepieniem nastolatek radnych Polkowic. Rada miejska szybko podjęła tę propozycję – wspomina inicjatorka szczepień przeciw HPV, Mariola Kośmider, dyrektor Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych.

Burmistrz Polkowic, Wiesław Wabik, potwierdza, że gdy dyrektor Kośmider

przedstawiła mu dane dotyczące zachorowalności na raka szyjki macicy i wyjaśniła znaczenie szczepień przeciw HPV, od razu zaakceptował jej propozycję. – Warto namawiać kobiety do badań i szczepić nastolatki. To nieustanny wyścig o zdrowie – mówi burmistrz, który sam jest ojcem trzech córek.

Profilaktyka zdrowotna jest bliska samorządowi Polkowic od kilkunastu lat. Do prowadzonych 10 programów profilaktycznych doszedł w 2007 r. jedenasty – „Chroń życie przed rakiem”.

Polkowice są pierwszą gminą w Polsce, która zdecydowała się na sfinansowanie szczepień przeciw HPV dla całego rocznika dziewcząt. W 2007 r. zaszczepiono wszystkie dziewczęta urodzone w 1991 r. Kolejne grupy szesnastolatek zaszczepiono w 2008, 2009 i 2010 r. Założono bowiem, że będzie to program długofalowy i w następnych latach obejmie kolejne roczniki uczennic III klasy gimnazjum.

– Program profilaktyki raka szyjki macicy opiera się na szerokiej edukacji skierowa-

nej do młodzieży i jej rodzin, a także do wszystkich mieszkańców Polkowic. Wiadomości przekazywane są w atrakcyjnej formie, podczas wykładów specjaliści mówią w przystępny sposób o profilaktyce chorób nowotworowych. Kolejnym etapem jest szczepienie 16-latek przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego oraz zaproszenie na bezpłatne badania cytologiczne i mammograficzne ich mam i innych mieszkanek gminy. W tym roku zaszczepiliśmy 212 dziewcząt, a dla kobiet przygotowaliśmy 700 zaproszeń na badania – informuje Mariola Kośmider.

O wirusie w szkole, domu i na ulicy

W poprzednich latach program „Chroń życie przed rakiem” reklamowały bilbordy ze zdjęciami dziewcząt – ambaserek tej akcji. W tym roku pojawili się na bilbordach także chłopcy, zachęcając wraz z dziewczętami do szczepień i badań onkocytologicznych.

– Ważne jest, by nasi koledzy też wiedzieli o wirusie HPV i chorobach, które wywołuje – mówi jedna z tegorocznych ambasaderek akcji, Alicja Dembek i dodaje, że młodzież z innych miejscowości przeważnie nie ma pojęcia, co to jest wirus HPV, podczas gdy gimnazjaliści z Polkowic wiedzą na ten temat niemal wszystko. – Jesteśmy bombardowani wiadomościami o tym wirusie w szkole, na ulicy, podczas prelekcji dla młodzieży. Lekarze podczas wykładów nie straszą nas śmiertelną chorobą, ale mówią przede wszystkim o tym, jak można jej uniknąć poprzez odpowiedni styl życia, dzięki szczepieniom przeciw HPV i badaniom cytologicznym. Potem sami staramy się przekazać innym wiedzę, którą zdobyliśmy. Także naszym rodzicom i znajomym.

Dzięki m.in. edukacji prowadzonej przez młodych ludzi, którzy mają za za-

danie przekonać do badań swoje mamy i ciocie, z roku na rok zwiększa się świadomość polkowskich kobiet dotycząca znaczenia badań profilaktycznych i coraz więcej kobiet przychodzi na badania cytologiczne i mammograficzne. W polkowskich gimnazjach prześcigano się

– Warto było przejechać pół Polski, żeby zobaczyć, jak w Polkowicach prowadzi się kampanię „Chronimy życie przed rakiem” – mówi piosenkarka Halinka Mlynkova

w tym roku, która klasa namówi więcej na badania.

– Okazało się, że młodzież jest doskonałym partnerem w działaniach profilaktycznych. Gdy funkcjonował program

wczesnego wykrywania raka szyjki macicy realizowany przez NFZ, na badania cytologiczne zgłaszało się u nas tylko ok. 7% z zaproszonych listownie kobiet. Teraz, gdy zapraszają i nakłaniają do badań córki i synowie, zgłasza się już 30%. Liczymy, że z czasem osiągniemy 100%,

podobnie jak jest już teraz w przypadku szczepień szesnastolatek przeciw HPV – mówi Ewa Szczecińska-Zielińska, rzecznik prasowy Urzędu Gminy Polkowice.

Halinka Mlynkova podziwia

Dobłą okazją, aby zachęcić do badań, był zorganizowany dla polkowskich kobiet koncert, w którym wystąpiła m.in. Alicja Majewska. Tuż przed wejściem na tę imprezę 16-letnie ambasadorki kampanii rozdawały paniom zaproszenia na bezpłatne badania cytologiczne. Do skorzystania z nich namawiał przed koncertem także burmistrz Polkowic.

Co roku w marcu organizowana jest w Polkowicach konferencja podsumowująca Polkowskie Dni „Chronimy życie przed rakiem”, podczas której z udziałem lekarzy, lokalnych władz, ambasaderek kampanii i młodzieży prowadzona jest dyskusja na temat profilaktyki chorób nowotworowych. Konferencje urozmaicane są występami zespołów muzycznych. W tym roku zaprezentował się Madox, laureat programu „Mam talent”.

– Warto było przejechać pół Polski, żeby zobaczyć, jak w Polkowicach prowadzi się kampanię „Chronimy życie przed rakiem” – mówiła podczas konferencji piosenkarka Halinka Mlynkova, ambasadorka tegorocznej krajowej kampanii „Chronimy życie przed rakiem”.

– W Polsce szczepienia przeciw HPV są zalecane, ale nie są finansowane z budżetu państwa. Macie szczęście, że w tym mieście są władze, które znajdują na ten cel środki i chronią was przed groźną chorobą – stwierdziła jedna z lekarek uczestniczących w konferencji.

W ciągu ostatnich 4 lat zaszczepiono w gminie Polkowice przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego 900 dziewcząt. Na szczepienia nastolatek przeciw HPV i program „Chronimy życie przed rakiem” z gminnej kasy wyasygnowano w tym okresie 1,4 mln zł. Burmistrz Wiesław Wabik zapewnia, że na szczepienia nastolatek nie zabraknie pieniędzy także w następnych latach. ■



IV Konferencja „Chronię życie przed rakiem” – przemawia burmistrz Polkowic, Wiesław Wabik. Siedzą: Mariola Kośmider, dyrektor Polkowskiego Centrum Usług Zdrowotnych, i piosenkarka Halinka Mlynkova.



Poznań pierwszym powiatem

Zmniejszyć umieralność

Na początek szczepieniami objęto 13-latkę, mieszkankę 17 gmin. Zaszczepiono około 29% populacji z rocznika 1995. W 2008 r. powiat poznański jako pierwszy w Polsce sfinansował w całości ze środków własnych szczepienia przeciwko HPV w ramach programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych szyjki macicy.



Szczepienia wsparciem cytologii

– Decyzję podjęliśmy na podstawie danych statystycznych. Liczba rocznych zachorowań i zgonów w kraju wskazywała, że to poważny problem epidemiologiczny. Jeszcze większe wrażenie zrobiły na nas dane dotyczące uczestnictwa kobiet w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Okazało się, że w 2005 r. z badań cytologicznych skorzystało tylko 9% mieszkanek naszego powiatu – mówi Jan Grabkowski, starosta poznański. Jeszcze gorsze wyniki zgłaszalności do tych badań uzyskano w 2006 r., skorzystało z nich jedynie 6% kobiet.

Miliona na kontynuację

Zainteresowanie szczepieniami było wręcz ogromne, podjęto więc decyzję o ich kontynuacji w 2009 r. Powiat poznański przeznaczył wówczas na ten cel 1 milion złotych, co umożliwiło objęcie szczepieniem całej populacji dziewczynek z rocznika 1996, zameldowanych na pobyt stały bądź czasowy na terenie gmin z obszaru powiatu. Ze szczepień przeciwko HPV skorzystało blisko 80% dziewczynek z populacji objętej progra-

mem. Program zostanie zakończony w czerwcu br.

Oprócz szczepień, powiat opłacił spotkania edukacyjne poświęcone profilaktyce raka szyjki macicy. Zapraszano na nie dziewczynki z terenu całego powiatu z rodzicami lub opiekunami.

– Podmioty realizujące te programy wybieraliśmy w latach 2008–2009 w drodze konkursu ofert. Głównym kryterium wyboru oferty był najniższy jednostkowy koszt całkowity szczepienia jednej osoby, obejmujący serię 3 szczepień, edukację zdrowotną, foldery i plakaty informacyjne – mówi Teresa Gromadzińska, dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Starostwa Powiatowego.

– mówi Teresa Gromadzińska, dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Starostwa Powiatowego.

Jeszcze raz milion

Część zadań z promocji i ochrony zdrowia, w ramach odrębnych środków, powiat poznański przekazał do realizacji w latach 2008–2010 organizacjom pozarządowym. Dokumentem, na którego podstawie ogłoszono konkurs ofert na te działania, był m.in. „Roczny program współpracy powiatu poznańskiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie”. Zadania, które powiat dofinansował, dotyczyły m.in. edukacji zdrowotnej w zakresie chorób układu krążenia i cukrzycy oraz udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach zagrożenia zdrowia i życia. – W latach 2008 i 2009, w ramach zadań związanych z działaniami promującymi zdrowie, udzieliliśmy dotacji dla organizacji pozarządowych na kwotę 62 tysiące złotych. W tym roku zaplanowaliśmy na ten cel 50 tysięcy złotych – mówi starosta Grabkowski.

W 2010 r. w budżecie powiatu poznańskiego na kontynuację programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz edukację zdrowotną zaplanowano znowu 1 milion zł. Część tej kwoty zostanie przeznaczona na profilaktykę wad postawy oraz profilaktykę zdrowotną chorób nowotworowych przewodu pokarmowego i chorób tarczycy.

Kierunki działań i cele związane z poprawą zdrowia mieszkańców i zmianą świadomości zdrowotnej zawarto w dokumencie: „Program zdrowotny powiatu poznańskiego na lata 2009–2013”. – Na pierwszym miejscu wśród celów strategicznych postawiliśmy zmniejszenie zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia oraz na choroby nowotworowe – mówi dyrektor Gromadzińska. ■



Jan Grabkowski, starosta poznański

Najczęściej wykrywany zbyt późno

Z prof. dr. hab. med. Markiem Spaczyńskim, kierownikiem Katedry Ginekologii, Położnictwa i Onkologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, o klinice raka szyjki macicy i badaniach skriningowych rozmawia Marcin Wełnicki

Pomimo powszechnej, wydawałoby się, dostępności badań przesiewowych oraz wysokiej skuteczności leczenia wczesnej fazy choroby, rak szyjki macicy wciąż zbiera w Polsce obfite żniwo zgonów. Czy przynajmniej część odpowiedzialności za ten stan rzeczy można przypisać bezobjawowemu przebiegowi choroby?

– Wiadomo, że rak szyjki macicy rozwija się w ciągu 13 lat, początkowo, przez wiele lat, nie dając żadnych objawów klinicznych. W chwili wystąpienia krwawień, upławów, bólów w podbrzuszu i okolicy krzyżowo-lędźwiowej, zaburzeń oddawania moczu – w badaniu ginekologicznym stwierdza się często daleko już zaawansowany proces rozrostowy. Z tego powodu trzeba zachęcać do wykonywania badań cytologicznych, bo pozwalają one na wykrycie stanów przedrakowych, a te można wyleczyć w 100%.

Cytologia jest badaniem, które powinna wykonywać regularnie każda współżyjąca płciowo kobieta. Jak często?

– W skriningu wykonujemy badanie cytologiczne co 3 lata – przy założeniu, że poprzedni wynik cytologiczny jest prawidłowy. W chwili jakichkolwiek niepokojących objawów, krwawień, dolegliwości bólowych – kobieta niezależnie od wieku powinna się udać do ginekologa.

Czy istnieje objaw kliniczny, którego stwierdzenie każe lekarzowi myśleć przede wszystkim o raku szyjki macicy?

– Kiedy kobieta zgłasza się do ginekologa, ten zawsze powinien wykluczyć lub potwierdzić ciążę i raka. To stara, ale wciąż aktualna dewiza ginekologiczna.

Z czym należy przede wszystkim różnicować omawiane schorzenie?

Raka należy różnicować ze zmianami niezłośliwymi na szyjce, jednak w tym przypadku należy te niezłośliwe zmiany usunąć i wykonać badanie histopatologiczne.



W Polsce raka szyjki macicy rozpoznaje się zbyt późno, w stadium zaawansowanym, dlatego przeszło połowa chorych, bo aż 57%, niestety, umiera



W jakim stadium omawiana choroba rozpoznawana jest w Polsce najczęściej?

– W Polsce raka szyjki macicy rozpoznaje się zbyt późno, w stadium zaawansowanym, dlatego przeszło połowa chorych, bo aż 57%, niestety, umiera.

Jak wygląda typowy przebieg raka szyjki macicy od momentu postawienia diagnozy do wyleczenia lub zgonu?

– Rak rozwija się na tarczy (płaskonabłonkowy) lub w kanale szyjki macicy (gruczołowy). Na tarczy rozwija się najczęściej pod postacią krwawiącej przy dotyku nadżerki, naciekając niekiedy ściany miednicy, w tym również moczowody. Chore najczęściej umierają z powodu mocznicy. Rak rozwijający się wewnątrzkanalowo często jest trud-

niejszy do wykrycia, gorsze są też wyniki jego leczenia.

Czy prawidłowy wynik cytologii zawsze pozwala wykluczyć raka szyjki macicy?

– Niestety, cytologia również może być obciążona błędem, związanym z nieprawidłowym pobraniem, utwaleniem, wybarwieniem, odczytem i archiwizacją. To samo odnosi się do interpretacji preparatu, wyniku i sposobu jego odesłania. Błędy mogą pojawić się na każdym z powyższych etapów badania i decydują o końcowym jego wyniku. Całkowite ich wyeliminowanie nie jest możliwe i nie osiągnięto tego w żadnym systemie programów skriningowych. Uważa się jednak, że test cytologiczny ma wystarczające zalety, aby był powszechnie stosowany.

Należy jednocześnie pamiętać o jego niedoskonałości. Powszechnie uważa się, że test cytologiczny zmniejsza zachorowalność i śmiertelność u kobiet powyżej 65. roku życia, częstość występowania raka inwazyjnego zmniejszając o 60–90%. Niestety, nawet najlepiej wykonana cytologia cechuje się pewną liczbą wyników fałszywie ujemnych, która wynosi 3,3% w przypadku raka płaskonabłonkowego i 10% w przypadku raka gruczołowego. Cennym uzupełnieniem jest więc wykonywanie testów na obecność wirusów brodawczaka ludzkiego. Warto podkreślić, że badanie to w określonych wskazaniach jest refundowane przez NFZ.

Obecnie w niektórych krajach wprowadza się tzw. płynną cytologię, znacznie lepszą i dokładniejszą, jednak droższą. Pierwsze spotkanie ekspertów płynnej cytologii odbędzie się w Poznaniu, 27 maja 2010 r.

Pobranie wymazu nie z tarczy i kanału, a np. ze sklepień pochwy, prowadzi do błędów. W czasie pobierania należy zebrać dokładnie wywiad, a następnie we wzierniku dokładnie ocenić tę część macicy, pobrać wymaz z kanału i tarczy, utwalić i przekazać dalej – do pracowni histopatologicznej. W ten sposób można niekiedy uniknąć fatalnych błędów. Z tego powodu ten fragment badań powinni wykonywać ginekolodzy. ■



Profilaktyka kompleksowo

Licząca około 5 tysięcy mieszkańców Rzeczyca była w ubiegłym roku nazywana najlepiej przebadaną gminą w Polsce. W ramach festynu zdrowotnego w ciągu tylko jednego dnia wykonano ponad tysiąc badań diagnostycznych. W tym roku władze Rzeczyca chcą powtórzyć to przedsięwzięcie.

W Polsce zaledwie 1/3 samorządów lokalnych prowadzi działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej w sposób systemowy, kolejna 1/3 robi to dorywczo, pozostałe zaś nie zajmują się profilaktyką w ogóle.

Przy opracowywaniu „Gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych” władze gminy zapytały mieszkańców w ankietach o to, które problemy wymagają najpilniejszego rozwiązania. W trakcie zebrań wiejskich mieszkańcy zdecydowali, że ze względu na słaby dostęp do usług medycznych na wsi, chcieliby skorzystać z badań profilaktycznych. – Profilaktyka najmniej kosztuje, nie boli i daje najwięcej szans na dobre zdrowie – powtarza wójt gminy, Marek Pałasz. Dlatego, korzystając ze środków Banku Światowego w ramach poakcesyjnego programu wspierania obszarów wiejskich, ogłosił konkurs na realizację takiej usługi. Koordynatorem przedsięwzięcia został Gminny Ośrodek Kultury w Rzeczycu. W maju ubiegłego roku zorganizował dwudniowy integracyjny Festyn Profilaktyki



Zdrowotnej. Na realizację przedsięwzięcia przeznaczono 18 tys. zł.

W pierwszym dniu festynu odbyły się prelekcje na temat profilaktyki zdrowotnej

dla uczniów 6 klas szkół podstawowych i gimnazjum. Mówiono m.in. o profilaktyce raka szyjki macicy. W drugim dniu odbyło się wielkie badanie lokalnej ludności.

Mieszkańcy skorzystali z badań mammograficznych, cytologicznych, gruczołu krokowego, rtg klatki piersiowej, badania wzroku, mieli zmierzony poziom cukru, ciśnienie krwi, wykonano im spirometrię. Na 1324 mieszkanki gminy w wieku powyżej 18 lat – badania cytologiczne zrobiło sobie 147 pań. – To niemało, zwłaszcza że Polki niechętnie robią badania cytologiczne – mówi Regina Sarwa, koordynator przedsięwzięcia i kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. Opiekę merytoryczną festynu „Grunt to zdrowie” zapewnili koordynator Centralnego Ośrodka Profilaktyki Raka Szyjki Macicy prof. Marek Spaczyński oraz prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej prof. Mariusz Bidziński.

Oczekującym w kolejkach przed gabinetami Gminny Ośrodek Kultury oferował regionalne jadło, m.in. chleb na naturalnym zakwasie. Imprezie towarzyszyły zaś dźwięki kapel ludowych z Rawy Mazowieckiej, z Twardej i zespołu Stacha Skiby z Rzeczyca. ■

Prof. Mariusz Bidziński, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, współorganizator przedsięwzięcia:

– Rzeczyca jest mi bliska, kupiłem tam kawałek ziemi. Gmina ta leży w samym środku Polski. Kiedy wójt zaprosił mnie na spotkanie i opowiedział o swoim pomysle, chętnie się zaangażowałem. Muszę przyznać, że władze Rzeczyca należą do najbardziej aktywnych w Polsce w sprawach profilaktyki zdrowotnej. Zorganizowane działania przyniosły naprawdę wymierny efekt. Z badań profilaktycznych skorzystało prawie 55% mieszkańców. To dużo, zważywszy że w Polsce np. badania cytologiczne robi tylko 20% kobiet. Inicjatywy oddolne pokazują więc, ile pożytecznych rzeczy można zrobić. Oczywiście, potrzebna jest centralna oferta, ale nie można zapominać, że na barkach samorządów też spoczywa obowiązek działań w zakresie poprawy zdrowia swoich mieszkańców.

Rzeczyca może być więc przykładem dla innych i dowodem na to, że można i warto. Zwłaszcza że społeczność wiejska wymaga pewnego „wyjścia naprzeciw”. Dostęp do usług zdrowotnych jest dla niej o wiele trudniejszy, a i możliwości finansowe mniejsze. Przyjazd mammobusa czy możliwość dodatkowych badań profilaktycznych jest z pewnością takim „wyjściem naprzeciw”. Oczywiście, nie zwalnia to resortu zdrowia czy NFZ z kompleksowych działań profilaktycznych. Tego typu akcje powinny być jedynie ich uzupełnieniem. W tym roku w Rzeczycu zamierzamy zorganizować ponownie festyn zdrowotny. Kontaktują się też ze mną władze gmin z innych stron Polski, które chcą zorganizować podobne przedsięwzięcie. Uważam, że finansowanie przez samorządy profilaktycznych szczepień przeciwko HPV to

bardzo potrzebna inicjatywa. Budżet państwa nie jest w stanie płacić za te szczepienia, ponieważ wciąż mamy olbrzymie potrzeby w ramach medycyny naprawczej, co notabene jest skutkiem niskich nakładów na profilaktykę. Dziś, niestety, jest tak, że przy realizacji wysokonakładowych technologii medycznych musimy wspierać się finansowo na wszystkie możliwe sposoby. Pierwsza opinia AOTM, dotycząca finansowania ze środków publicznych szczepień przeciwko HPV, wypaczyła trochę spojrzenie na tę kwestię. Dyskusja toczy się jednak nadal i niedawno AOTM wydało już pierwszą pozytywną opinię – dla finansowania szczepień przeciwko HPV przez gminę Śrem. Mam więc nadzieję, że cena inicjatywa finansowania szczepień dla dziewczynek przez samorządy lokalne będzie się rozwijać.



Jak omijać pułapki?

„Podarowanie” mieszkańcom szczepień przeciwko HPV i trud znalezienia pieniędzy na ten cel wcale nie muszą zostać docenione. Część samorządów boleśnie się o tym przekonała organizując szczepienia, w których frekwencja była niska.

Postanowiliśmy się zastanowić, przeglądając efekty realizowanych programów, co zawiodło. O opinie poprosiliśmy też socjologa, który od lat zajmuje się tą tematyką.

Typowanie zagrożonych – droga do porażki

Szczepienia przeciw HPV są kosztowne, więc część samorządów próbowała typować grupy zagrożone, by zawęzić grono beneficjentów. W przypadku innych szczepień są to zwykle dzieci mające kłopot z układem odpornościowym lub bardziej narażone, np. ze względu na uczęszczanie do przedszkola czy szkoły. Ale przy HPV eksperci akcentują, że ryzyko zakażenia rośnie wraz z większą liczbą partnerów seksualnych. Stąd próby typowania do szczepień np. podopiecznych domów dziecka lub pomocy społecznej. Dodatkowo są to grupy, które same nie finansują szczepień z braku środków.

I tu zaczynały się kłopoty. Rodzice tych dzieci na temat szczepień wiedzieli bardzo niewiele, ale protestowali przeciwko stygmatyzowaniu ich pociech. W lokalnych mediach tłumaczyli, że ich córki to nie są żadne „latawice” i szczepić ich nie będą. Problem taki wystąpił np. w Szczecinie.

Zresztą dyrektorzy i wychowawcy domów dziecka, np. w stolicy, też nie zawsze wspierali program szczepień, obawiając się, że szczepionka będzie stanowić zachętę do wcześniejszej inicjacji, uwalniając dziewczęta od obawy o ryzyko zakażenia. Mimo że podopieczne tych placówek zapewne o HPV w ogóle wcześniej nie słyszały i bardziej obawiają się ciąży czy HIV.

Wydzielanie grup według kryteriów innych niż rok urodzenia jest więc bardzo ryzykowne. Przy szczepieniach należy podkreślać, że do zakażenia się wystarczy jeden partner.

Szkodliwe plotki

Zdaniem ekspertów, największe problemy z realizacją szczepień wynikają z powstałych wokół nich plotek i mitów, których siła jest o wiele większa niż przy aplikowaniu leków lub wyborze metod leczenia. – Badania pokazują, że bardzo się boimy klucica i wprowadzania do organizmu „dziwnych” substancji, któ-

rych sposobu działania nie rozumiemy – mówi dr Tomasz Sobierajski, socjolog zdrowia z Uniwersytetu Warszawskiego. – Ten mało skomplikowany proces mechaniczny nierzadko warunkuje to, co się dzieje w naszych głowach i sprawia, że jesteśmy bardziej podatni na „antyszczepionkowe” plotki – dodaje.

Informacje o 2 dziewczynach z Anglii, których śmierć nieszczęśliwie zbiegła się ze szczepieniem, znalazły się w wielu mediach i stały wodą na młyn dla ruchów antyszczepionkowych. – Mniej więcej w tym samym czasie w programie redaktora Pospieszalskiego w TVP lansowano tezę, że szczepiąc córkę skłania się ją do rozwiązłości i wczesnego rozpoczęcia życia seksualnego. To granie na emocjach rodziców, wprowadzające dezinformację i siejące strach – mówi Sobierajski.

Takie plotki mogą być zresztą niekiedy komuś na rękę. Gdy mniej więcej rok temu „Służba Zdrowia” pytała Ministerstwo Zdrowia, dlaczego szczepień HPV nie wprowadzono w całym kraju oraz czy są one bezpieczne, odsyłano nas od urzędu do urzędu. I wszędzie powtarzano o ryzykach i zgonach po szczepieniu, do jakich doszło w USA i Niemczech. Dopiero po dłuższym czasie minister przyznała, że po prostu nie ma pieniędzy na te szczepienia. Choć kolejny raz udowodniono, że szczepienia są bezpieczne.

O seksie nie rozmawiamy

Kłopotem w przypadku szczepień przeciwko HPV może być też fakt, że o seksie dorosli z dziećmi nie rozmawiają – ani w domach, ani w szkołach. A wychowanie do życia w rodzinie w placówkach edukacyjnych nieraz prowadzą zakonnice lub księża, którzy temat seksu traktują jako tabu.

– Rozmowa na temat szczepionki warunkuje poruszenie drażliwego dla wielu rodziców tematu, jakim jest seksualność człowieka. Wieloletni brak edukacji seksualnej w szkołach sprawia, że rodzice boją się pytać dzieci, na które nie będą potrafili odpowiedzieć – mówi Sobierajski.

Lekarze: wierzą lub nie

Kłopotem w realizacji szczepień może być też podejście lekarzy, nawet w przypadku popularnych szczepień na grypę.

– Lekarze często nie potrafią wytłumaczyć pacjentom, na czym polegają szczepienia. Z badań wynika, że często rozkładają ręce i mówią: – Albo pan wierzy w szczepienia, albo nie. Tymczasem szczepienia to nie religia – mówi Sobierajski.

Podkreśla, że nie chodzi tylko o to, by w nie wierzyć, lecz również, żeby wiedzieć, jak działają i jakie płyną z nich korzyści. – Z pacjentem trzeba umieć się dobrze i efektywnie skomunikować. Większość lekarzy bardzo by tego chciała, ale po prostu nie potrafi, bo nikt ich nigdy tego nie uczył – mówi socjolog. I dodaje, że do tej pory w większości uczelni medycznych w Polsce nie ma zajęć z komunikacji lekarza z pacjentem. – Szkoląc lekarzy w całym kraju w tym zakresie wiem, jak bardzo jest im to potrzebne. Dla przykładu, z badań, jakie przeprowadziłem, wynika, że termin „szczepionka skojarzona” rozumie tylko co trzeci pacjent.

Rady dla samorządów

Przed wszystkim jednak także sami samorządowcy muszą być przekonani, że szczepienia są skuteczne: od wójtów, burmistrzów, prezydentów i starostów poczynając, na radnych, także opozycyjnych kończąc. – Przekonani muszą być też lekarze, których pacjenci będą pytać o opinie. Jeśli lekarz oświadcza, że nie wierzy w skuteczność szczepień, to trudno oczekiwać, by uwierzył w nie jego pacjent – mówi Sobierajski.

Jak pokazuje przykład m.in. powiatu inowrocławskiego, drogą do sukcesu są spotkania z mieszkańcami. Im ich więcej, tym lepiej. Można do tego wykorzystać m.in. szkolne wywiadowki. A zaproszeni eksperci powinni być przygotowani na rozwianie wszelkich wątpliwości rodziców. – Kiedy pacjenci uzyskają wyjaśnienie od lekarza specjalisty, to będą dużo mniej podatni na spiskowe teorie sąsiadów – mówi Sobierajski.

W przypadku gdy część opłat za szczepienie mają ponosić rodzice, lepszym rozwiązaniem wydaje się obciążenie ich kosztem zakupu pierwszej dawki lub rozłożenie dopłat na każdą z dawek. Wprowadzenie zasad, że opiekun płaci za ostatnią dawkę, może spowodować, że dziecko dostanie tylko 2 z 3 niezbędnych porcji szczepionki. ■



Inowrocław świeci przykładem

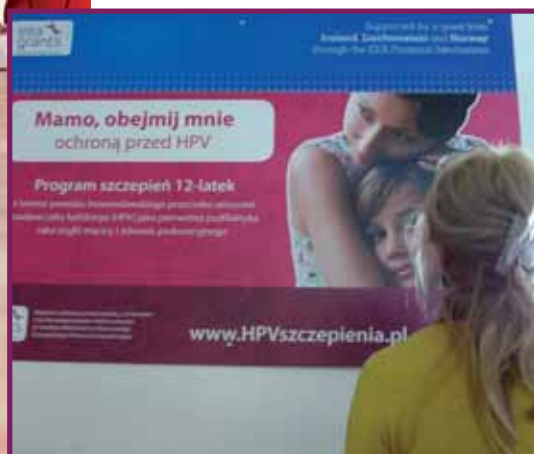
74% zaszczepionych dziewczynek spośród blisko 2,5 tysiąca w ciągu kilku miesięcy i kolejni chętni do szczepień – takim sukcesem może się poszczycić powiat inowrocławski. – Nie chcemy straszyć konsekwencjami choroby. Zachęcając do zapobiegania rakowi szyjki macicy, odnosimy się do marzeń i planów młodych dziewcząt. A osiągnąć je można poprzez dbanie o dobre zdrowie – mówi wicestarosta inowrocławski Sławomir Szeliga.

Powiat przygotował jeden z lepszych programów – nie tylko na papierze, ale wdrożył go wraz z gminami w życie. Pozyśkał też pieniądze na sfinansowanie szczepień z funduszy europejskich.

Wespół z gminami

Powiat inowrocławski wystartował z programem szczepień 12-latek przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w lipcu 2009 r. I już można stwierdzić, że odniósł sukces. Z kilku powodów. Przede wszystkim, zdobył fundusze na zaszczepienie wszystkich dziewczynek spełniających kryterium wiekowe. Chodzi o 2317 nastolatek z roczników 1996, 1997 i 1998.

Na szczepienia kosztujące w sumie blisko 3,9 mln zł aż 3,3 mln zł otrzymał z Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Na wkład własny w wysokości 15% złożyły się powiat oraz gminy.



Do powiatowego programu przystąpiły: miasto i gmina Inowrocław, a także gminy: Rojewo, Dąbrowa Biskupia, Złotniki Kujawskie, Gniewkowo, Janikowo i Pakość. – Lider projektu ponosi koszty związane z przeprowadzeniem akcji informacyjno-promocyjnej oraz zapewnia wkład w wysokości 5% kosztów zakupu szczepionek, a także usług medycznych związanych z badaniem i podaniem szczepionki – mówi Marlena Gronowska, rzecznik powiatu. Partnerzy projektu płacą jedną dziesiątą kosztu zakupu szczepionki oraz usług dla dziewczynek z terenu swojej gminy.

– Nie odnotowaliśmy problemów we współpracy z gminami, radni w większości poparli inicjatywę, a szum informacyjny nie zakłóca procesu szczepień, bo jest



tekst
Halina Pilonis

Śłużba Zdrowia



niwelowany przez szeroką kampanię promującą projekt – mówi Gronowska.

Informować i jeszcze raz informować

Rodzice dostawali informacje o zakwalifikowaniu ich dzieci do programu, a także o samych szczepieniach i miejscu ich przeprowadzenia. Zostali też zaproszeni do udziału w spotkaniach z lekarzami i przedstawicielami firmy farmaceutycznej, gdzie można było porozmawiać na temat skuteczności i bezpieczeństwa preparatu.

Poza ulotkami czy informacjami w lokalnych mediach powiat przygotował profesjonalny serwis internetowy (www.hpvszczepienia.pl).

Rodzice się zgadzają

Na terenie całego powiatu do tej pory tylko 17 osób odmówiło zgody na zaszczepienie swoich córek. – Średnia zgłaszalność na szczepienia, już na początku realizacji programu, zbliża się do najwyższej w Europie, czyli 80% zanonotowanych w Wielkiej Brytanii. Już 74% dziewczynek urodzonych na terenie powiatu inowrocławskiego w 1996 r. zostało zaszczepionych przeciwko wirusowi HPV – mówi z satysfakcją Gronowska.

W przetargach na wykonanie szczepień wygrały zakłady niepubliczne. Kryteria ich wyboru przygotował zespół roboczy, w którego skład wchodził specjalista z różnych wydziałów starostwa (finansowego, zamówień publicznych, funduszy unijnych, księgowości i promocji). W każdej gminie powołany został gminny koordynator, który na bieżąco czuwa nad realizacją programu na swoim terenie. ■

Parlamentarzystki w natarciu



CHROŃ TO, CO NAJCENIEJSZE

Do propagowania profilaktyki raka szyjki macicy włączyły się parlamentarzystki. Zorganizowały cykl spotkań edukacyjnych w każdym województwie, zaangażowały się też w reklamę tych spotkań.

Pomysłodawczynią projektu „Chroń to, co najcenniejsze” jest dr Beata Małecka-Libera, wiceprzewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia, lekarka i posłanka.

– Pomysł zrodził się po podpisaniu w kwietniu 2008 r. w Belwederze deklaracji wzywającej do stworzenia i realizacji nowoczesnego, kompleksowego programu profilaktyki chorób nowotworowych u kobiet – opowiada. – Inicjatorami deklaracji były Maria Kaczyńska Pierwsza Dama RP oraz Madeleine Albright, była sekretarz stanu USA.

Każdego dnia na ten rodzaj raka umiera 5 Polek. To jeden z najwyższych wskaźników w Europie. Profilaktyka jest niedostateczna, ponieważ tylko 12–15% kobiet w Polsce regularnie przeprowadza badania cytologiczne. W krajowym programie przesiewowym badania cytologiczne są dostępne za darmo, ale program wciąż jest w fazie wstępnej – mówiła wówczas Madeleine Albright.

Porozumienie w sprawie wspólnych działań na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej kobiet w Europie Środkowej podpisały też parlamentarzystki. Sygnatariuszki deklaracji chciały, by projekt przyczynił się do stworzenia i realizacji programów profilaktyki chorób nowotworowych, a tym samym do zwiększenia wykrywalności nowotworów i w efekcie zmniejszenia umieralności.

– Wystąpienie Madeleine Albright było dla mnie oraz Parlamentarnej Grupy Kobiet inspiracją do podjęcia działań na rzecz profilaktyki chorób nowotworowych u kobiet – wspomina Małecka-Libera.

Posłanki podjęły inicjatywę propagowania profilaktyki i włączyły się we wspólną akcję upowszechniania edukacji zdrowotnej wśród kobiet. Zyskała ona poparcie Marszałka Sejmu RP Bronisława Komorowskiego oraz Ministerstwa Zdrowia.

Parlamentarzystki zorganizowały we wszystkich województwach spotkania edukacyjne. Odbyły się one m.in. w Dąbrowie Górniczej, Grójcu, pod Poznaniem. – Każda z nas organizowała spotkanie na swoim terenie, reklamując je własnym nazwiskiem – opowiada posłanka Małecka-Libera. – Zapraszałyśmy



Dr Beata Małecka-Libera

panie poprzez organizacje kobiece, szkoły i osobiste kontakty. Zaangażowałyśmy do wykładów doświadczoną kadrę medyczną. Uczestniczyłam w kilku takich spotkaniach, w każdym brało udział od 150 do 200 kobiet z różnych środowisk i w różnym wieku – wspomina. Efektem spotkań były badania cytologiczne wykonywane uczestniczkom. – One dzieliły się też nową wiedzą z rodziną i koleżankami z pracy. Wiem, że w efekcie tych badań udało się wykryć kilka przypadków przedinwazyjnego raka – mówi Małecka-Libera.

Posłanka jest przekonana, że główną przyczyną niskiej akceptacji badania cytologicznego w Polsce jest niewiedza. Z tego powodu podczas spotkań dokładnie tłumaczono nie tylko rolę tych badań w zapobieganiu nowotworom, ale też prezentowano, jak wygląda badanie cytologiczne i jakich narzędzi medycznych przy nim się używa. Przekonywano, że nie jest ono ani dolegliwe, ani bolesne.

– Zajmuję się zdrowiem ponad 25 lat i po tym długim okresie doświadczeń wiem, że to, co na co dzień kojarzymy ze służbą zdrowia: leczenie, szpitale, przychodnie – wszystko to jest ważne, ale nie jest jedyną częścią ogólnego problemu. Drugą jest zapobieganie, a z nim wiąże się promocja zdrowia publicznego – mówi Beata Małecka-Libera. ■

Po pierwsze: wybudować ośrodki onkologiczne

Z **prof. dr. hab. n. med. Jerzym Stelmachówem**, konsultantem krajowym w dziedzinie ginekologii onkologicznej, o profilaktyce raka szyjki macicy rozmawia Halina Pilonis.

Wciąż jesteśmy w najściślejszej czołówce Europy, jeśli chodzi o umieralność z powodu raka szyjki macicy. Jak zmienić tę sytuację?

– Najlepszym sposobem jest profilaktyka wtórna, czyli regularne badania cytologiczne. Są to badania tanie, nie wymagające żadnych specjalnych urządzeń. Jeśli kobieta robi cytologię co 2 lata, jesteśmy w stanie wychwycić zmiany nowotworowe na etapie przedinwazyjnym, kiedy do całkowitego wyleczenia wystarczy prosty zabieg chirurgiczny, polegający na skróceniu szyjki macicy. Zabieg jest dostępny, nie trzeba nań czekać miesiącami w kolejce i znacznie tańszy niż chemio- czy radioterapia.

Niestety, mimo że cytologia jest badaniem prostym i niezbyt kosztownym, wskaźniki umieralności poprawiają się znacznie wolniej, niż tego oczekujemy.

– To prawda, dzieje się tak, ponieważ zgłaszalność kobiet na badania jest dramatycznie mała. W dodatku trudno to zmienić, ponieważ nie ma żadnych prawnych instrumentów przymusu do badań, a niestety profilaktyka zdrowotna nie mieści się wśród najbardziej aktualnych problemów, które kobieta, jako głowa rodziny, musi rozwiązywać.

NFZ podejmuje wiele akcji zachęcających do badań...

– Listy i zaproszenia na badania nigdy nie przyniosą oczekiwanych rezultatów. Może byłoby tak 40 lat temu, kiedy ludzie byli bardziej przywiązani do jednego miejsca pracy i zamieszkania. W dzisiejszych czasach wiele osób migruje i trudno do nich dotrzeć.

Czyli – niewiele można zrobić?

– No, nie. Jednym z rozwiązań jest na przykład wpisanie cytologii na listę badań koniecznych do wykonania przy przyjmowaniu do pracy, a potem – umieszczenie jej w wykazie pracowniczych, obowiązkowych badań okresowych.

Czy tylko cytologia pozwala na wczesne wykrycie zmian? Dziś coraz częściej mówi się też o badaniach na obecność wirusów HPV.



Nie ma nic lepszego i ekonomicznie bardziej efektywnego niż cytologia

– mówi prof. dr hab. med. Jerzy Stelmachów.



– Dzięki identyfikacji wirusów onkogennych, mogących przyczynić się do rozwoju raka szyjki macicy, pojawiła się możliwość ich rozpoznawania. Problem jednak polega na tym, że nie potrafimy jeszcze z tymi wirusami walczyć. Może za 5–10 lat zwiększy się wa-

chlaz leków. Nie można też zapominać o tym, że brak wirusów onkogennych w organizmie wcale nie oznacza, że kobieta nie może zachorować na raka szyjki macicy. Współistnienie infekcji wirusowej z rakiem nie jest jednoznaczne z tym, że to wirus wywołuje nowotwór. Są raki szyjki macicy, które rozwijają się bez infekcji wirusowej. Trzeba też pamiętać, że wirusy mają zdolność mutacji, więc dzisiejsza postać wirusa onkogenego może się różnić od tej, która będzie odpowiedzialna za nowotwór za 5 lat. Tymczasem cytologia bada martwe, złuszczone komórki pod względem obecności zmian nowotworowych, często jeszcze przedinwazyjnych.

Jak Pan ocenia efektywność lokalnych działań prozdrowotnych, organizowanych przez samorządy, a mających na celu propagowanie badań cytologicznych?

– Lokalne akcje związane z badaniami cytologicznymi, tzw. białe niedziele czy festyny zdrowotne, mają oczywiście sens. Kiedy jako konsultant krajowy jestem proszony o merytoryczne wsparcie takiej imprezy, zawsze namawiam władze lokalne, by nie było to przedsięwzięcie jednorazowe. Taka akcja musi być cykliczna. Wtedy może przynieść wymierne efekty zdrowotne.

Czy sytuacji nie poprawiłyby obowiązkowe szczepienia dziewczynek przeciwko wirusom HPV?

– Szczepionki to doniosłe odkrycia medycyny. Niestety, są bardzo drogie. Gdyby chcieć przeprowadzić w całym kraju szczepienia populacji dziewczynek w wieku 12 lat, kosztowałyby to system od 100 mln do 200 mln zł, i to pod warunkiem, że firmy farmaceutyczne udzieliłyby upustów. Są to działania, które mogą zaowocować zmniejszeniem zachorowań za 30, 40 lat. Tymczasem kobieta, u której dziś zostanie wykryty rak szyjki macicy, musi czekać w Warszawie prawie 3 miesiące na rozpoczęcie radioterapii. Dzieje się tak, ponieważ jest za mało ośrodków onkologicznych. Budowa takiego ośrodka, wyposażonego w sprzęt do radio- i chemioterapii, kosztuje 65 mln zł. Koszt szczepień równa się więc budowie 2 takich ośrodków, któ-



tekst

Jolanta Gromadzka-Anzelewicz

Śłużba Zdrowia

rych utrzymanie też nie jest zatrważająco drogie, ponieważ 80% pacjentów leczonych jest ambulatoryjnie. Przy niedoborach środków publicznych na opiekę zdrowotną jestem zwolennikiem budowy nowych ośrodków.

Co sądzi Pan o samorządowych programach szczepień przeciwko HPV?

– Programy samorządowe to co innego. Jeśli do mnie wpływa prośba o opinię na temat zorganizowania szczepień przez samorządy lokalne, zawsze to popieram. Takie też jest stanowisko wszystkich konsultantów wojewódzkich, toteż każdy samorząd lokalny może się zwrócić do konsultanta wojewódzkiego, który pomoże w zorganizowaniu przetargu na zakup szczepionek. Z tego, co się orientuję, samorządy negocjują z firmami znaczne upusty. Ceny spadają nawet o 30%. Gdyby szczepienia odbywały się co rok, to sądzę, że można by się pokusić o próbę wynegocjowania nawet 50% upustów. Chciałbym też zaznaczyć, że szczepieniami nie powinni zajmować się ginekolodzy. 12-letnie dziewczynki mają opór przed wizytą u lekarza tej specjalności. Na szczepienie może kwalifikować lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, a wykonaniem powinien się zająć punkt szczepień. No i, oczywiście, nie wolno zapominać, że szczepienie nie zwalnia z regularnych badań cytologicznych. Szczepieniom musi więc towarzyszyć edukacja. W przeciwnym razie, zamiast pożytku – mogą przynieść szkody.

Jak Pan ocenia dostępność usług zdrowotnych związanych z wykrywaniem i leczeniem raka szyjki macicy?

– Aby wykonać cytologię, nie trzeba czekać w kolejce. Zresztą materiał do badań mogą pobierać nawet położne. Problemem może się okazać brak histopatologów. Obecnie jest ich w Polsce około 420, z tego od 50 do 70 stale przebywa za granicą, ponieważ np. w Anglii zarabiają 150 funtów za godzinę. W Polsce pracuje więc około 350 histopatologów. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że mamy około 600–700 szpitali, to sytuacja okazuje się niewesoła.

Moim marzeniem jest, żeby w każdym mieście powiatowym była poradnia onkologiczna. Nie jest to jednak możliwe, bo w Polsce jest zaledwie 100 lekarzy ginekologów onkologów, z czego połowa to profesorowie. Mimo że resort zdrowia uczynił tę specjalność lekarską priorytetową, mam 30 wolnych miejsc do specjalizowania się. Niestety, lekarz po zakończeniu sześcioletniej specjalizacji z ginekologii nie zawsze może sobie pozwolić na dalsze kształcenie, które w przypadku ginekologii onkologicznej trwa 3,5 roku. Wielu musi się skoncentrować na pracy zarobkowej. Potrzebny jest więc system motywacji finansowej do dalszej edukacji. ■

Gdynia za szczepieniami, w Gdańsku władze są za, ale nie finansują

To inwestycja w zdrowie mieszkańców – tak Ewa Łowkiel, wiceprezydent Gdyni, uzasadnia decyzję o sfinansowaniu szczepień przeciw HPV 14-letnich mieszkanki miasta. Do programu profilaktyki raka szyjki macicy za pomocą szczepień Gdynia przystąpiła 3 lata temu. W 2008 r. skorzystało z niego 1100 dziewcząt z rocznika 1994, w 2009 r. szczepieniami objęto rocznik 1995, w bieżącym roku – nastolatki, które urodziły się w 1996 r.



Rocznie za szczepionki przeciw HPV miasto płaci ok. pół miliona złotych, co przy budżecie rzędu miliarda złotych nie jest wydatkiem nie do udźwignięcia. Szczepionki kupuje bezpośrednio w 14 niepublicznych przychodniach w Gdyni, które mają u siebie punkty szczepień. Miasto podjęło jedynie decyzję, któ-

rá szczepionkę będzie finansować, a teraz reguluje rachunki za jej zakup.

– Zanim zdecydowaliśmy się na ten wydatek, zebraliśmy opinie wielu uznanych autorytetów medycznych – tłumaczy wiceprezydent Gdyni. Miasto powiedziało „tak” i teraz musi co roku szczepić kolejne roczniki. Tej akcji nie da się przerwać, bo podważyłoby to sens wcześniejszych działań. ►



» Zgodnie z prawem, konkurs został rozstrzygnięty na 3 lata. W ciągu tego czasu może się przecież pojawić jeszcze bardziej skuteczna szczepionka lub firmy zdecydują się obniżyć jej cenę.

Szczepienia przeciw HPV cieszą się ogromnym zainteresowaniem rodziców. Ani złotówka z budżetu miasta na ten cel się nie marnuje. – To prawda, że skuteczność tej szczepionki będziemy w stanie sprawdzić, gdy nasze 14-latki osiągną średni wiek 50 lat, ale jesteśmy przekonani, że warto ryzykować – przekonują władze miasta.

Do programu profilaktyki zakażeń HPV nie przystąpiły natomiast władze Gdańska. Radni Prawa i Sprawiedliwości gdańskiej rady mają im za złe, że wycofały się z obietnicy zaszczepienia przeciw HPV wszystkich dziewcząt w wieku 12 lat. Prezydent Gdańska Paweł Adamowicz tłumaczy tę decyzję pogłębiającym się kryzysem ekonomicznym i koniecznością szukania oszczędności. Jego współpracownicy dodają nieoficjalnie, że skuteczność szczepionki budzi jeszcze wątpliwości. Po drugie – wejście w program oznacza konieczność jego kontynuacji w latach na-

stępnych, a to ogromny wydatek dla miasta. Po trzecie – z akcji profilaktycznej, która ma dać realne korzyści gdańszczanom, politycy zrobili sobie hasło wyborcze, a to budzi niesmak.

Na pomysł zafundowania szczepionek przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV mieszkankom Gdańska radni PiS wpadli 3 lata temu. Postanowili pójść śladem Gdyni, która ruszyła z programem szczepień przeciw HPV swoich nastolatek. – Napisaliśmy w tej sprawie list do prezydenta Adamowicza – wspomina Jacek Teodorczyk, szef Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia RMG. – O dziwo, prezydent zgodził się bez problemu – dodaje radny Wiesław Kamiński. W grudniu 2008 r. podjął też stosowną decyzję, jednak środki na ten cel nie zostały zarezerwowane w budżecie. Przygotowania do rozpoczęcia szczepień w 2009 r. szły już pełną parą, gdy nagle władze Gdańska wycofali się z projektu.

– Logistycznie jesteśmy do niego w pełni przygotowani – tłumaczy Teresa Plichta, dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Gdańska. – Jednak za-

szczenie 1900 dziewcząt w wieku 12 lat, które obecnie mieszkają w Gdańsku, kosztować będzie ok. 2,5 mln zł. – To zbyt duże obciążenie dla miasta, które w realiach kryzysu musi każdą złotówkę oglądać 2 razy – dodaje dyrektor Plichta. – Nie oznacza to jednak, że miasto wycofuje się z projektu, lecz jedynie odsuwa w czasie jego realizację.

Tymczasem radni PiS mają gotową receptę, jak znaleźć na ten cel pieniądze.

– Wystarczyłoby ograniczyć o 50% wyjazdy służbowe Rady Miasta – wylicza Kazimierz Koralewski, przewodniczący Klubu Radnych PiS. – O 30% zredukować liczbę krajowych i zagranicznych podróży prezydenta Adamowicza i jego urzędników – dodaje radny Wiesław Kamiński. Likwidacja „Herolda”, czyli informacyjnego magazynu prezydenta, też dałaby wymierne oszczędności. – I ostatnia propozycja: 15% z budżetu promocji miasta również powinno pójść na zakup szczepionki, bo szczepienie dziewcząt przeciw HPV to – zdaniem radnych PiS – najlepsza promocja miasta. ■

List otwarty przedstawicieli środowiska medycznego na temat metod profilaktyki raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy od lat niezmiennie odbiera życie wielu Polkom. Z ostatnich danych epidemiologicznych, pochodzących z Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w samym tylko 2007 r. z powodu tego nowotworu zmarło 1907 kobiet.

Na przestrzeni ostatniej dekady nie widać poprawy pod względem umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy. Mimo kampanii informacyjnej na temat badań cytologicznych, ciągle zbyt mało kobiet wykonuje regularne badania cytologiczne. Wczesne wykrycie tej choroby, w wielu przypadkach, umożliwia chorym pełny powrót do zdrowia.

O ile jednak badania cytologiczne dają nam możliwość wykrycia zmian przednowotworowych i podjęcia skutecznego ich leczenia, o tyle szczepienia przeciw wirusowi ludzkiego brodawczaka (HPV) pozwalają znacząco ograniczyć odsetek stanów przednowotworowych szyjki macicy. Potwierdziły to badania kliniczne prowadzone w wielu krajach, w tym w Polsce. Nic więc dziwnego, że pojawienie się w 2006 r. pierwszej szczepionki przeciw wirusowi HPV rozbudziło nadzieję na uzyskanie skutecznej, dodatkowej formy przeciwdziałania stanom przednowotworowym szyjki macicy.

Środowisko medyczne jest zgodne, że szczepienia są niezwykle cennym osiągnięciem, ale nie mogą odwracać uwagi kobiet od konieczności regularnych badań cytologicznych, ponieważ ich nie zastępują. To prawda, że szczepionki przeciw HPV są relatywnie nowe. Ale już teraz stoi za nimi ponad 10 lat badań klinicznych i miliony zaszczepionych kobiet na całym świecie.

Szczepienia dają nadzieję na zdrowe życie tysiącom kobiet. Są rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia, Europejskie Centrum Kontroli Chorób, Amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień i szereg innych instytucji i towarzystw naukowych z całego świata. Decyzję o finansowaniu szczepień przeciw HPV ze środków publicznych podjęło ponad 20 krajów, w tym wiele państw członkowskich Unii Europejskiej. W Polsce znalazły się w Programie szczepień Ochronnych, jako szczepienia zalecane. Bariera dla wielu osób jest ich wysoka cena, dlatego z zadowoleniem przyjmujemy finansowanie tych szczepień przez samorządy lokalne.

W ciągu minionych kilku lat świadomość społeczna dotycząca przyczyn i skutków zakażenia wirusem HPV wzrosła ogromnie. Wielokrotnie prosiłiśmy media o pomoc w przypominaniu kobietom, jak ważne są badania cytologiczne i regularne wizyty u ginekologa i widzimy, że nasze wspólne działania przynoszą pożądane efekty. Nie pozwólmy, aby wszystko to poszło na marne.

Podrywanie autorytetu środowisk naukowych i medycznych, kwestionowanie medycyny opartej na faktach i odbieranie samorządom prawa do decydowania o tym, w jaki sposób chcą dbać o swoich mieszkańców, jest działaniem niebezpiecznym.

Szczepionki zmieniły oblicze medycyny i uratowały zdrowie i życie milionów ludzi na całym świecie. Dzięki nim znacznemu ograniczeniu uległy zachorowania na chorobę Heinego - Medina, możemy chronić się przed gruźlicą, żółtaczką, ospą, odrą, świnką czy różyczką.

Nie do przecenienia jest ogromna rola mediów w promowaniu badań profilaktycznych i wierzymy, że w Polsce, podobnie, jak w wielu innych krajach, stworzymy koalicję, której uda się w końcu pokonać tę zabójczą chorobę, jaką jest rak szyjki macicy.

Pamiętajmy, że każda kobieta może zachorować na raka szyjki macicy, ale żadna nie powinna z tego powodu umrzeć.

Warszawa, 25 stycznia 2010 r.

Prof. Jerzy Stelmachów

konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej

Prof. Mariusz Bidziński

prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

Prof. Ryszard Poręba

prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Prof. Marek Spaczyński

Centralny ośrodek koordynujący ogólnopolski program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

ukazuje się od 1949 r.

Służba Zdrowia

Gazeta ludzi wolnego zawodu