

**UCHWAŁA NR XL/380/2022  
RADY POWIATU STAROGARDZKIEGO**

z dnia 24 sierpnia 2022 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) na lata 2023-2027 dla Powiatu Starogardzkiego**

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1526) oraz art. 8 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.) - Rada Powiatu Starogardzkiego uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji Program Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) na lata 2023-2027 dla Powiatu Starogardzkiego, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Starogardzkiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

§ 4. Uchwała podlega ogłoszeniu na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

Przewodniczący Rady

**Wiesław Brzoskowski**

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XL/380/2022  
Rady Powiatu Starogardzkiego  
z dnia 24 sierpnia 2022 r.

**Program Profilaktyki Zakazań Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) na lata 2023-2027 dla  
Powiatu Starogardzkiego**

**Podstawa prawna opracowania programu polityki zdrowotnej:**

Program polityki zdrowotnej opracowany na podstawie art. 48aa ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.#)

Starostwo Powiatowe w Starogardzie Gdańskim  
Wydział Nadzoru Właścicielskiego i Zdrowia  
Starogard Gdański 2022

## Spis treści

### **I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**

I. 1. Opis problemu zdrowotnego

I. 2. Dane epidemiologiczne

I. 3. Opis obecnego postępowania

### **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności**

II. 1. Cel główny

II. 2. Cele szczegółowe

II. 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

### **III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji**

III. 1. Populacja docelowa

III. 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

III. 3. Planowane interwencje

III. 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

III. 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

IV. 1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach poszczególnych etapów

IV. 2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

### **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

V. 1. Monitorowanie

V. 2. Ewaluacja

### **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

VI. 1. Koszty jednostkowe

VI. 2. Koszty całkowite

VI. 3. Źródła finansowania

### **VII. Bibliografia**

## I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

### I. 1. Opis problemu zdrowotnego

HPV (Human Papilloma Virus) jest nazwą ludzkiego wirusa brodawczaka. HPV jest czynnikiem wywołującym raka szyjki macicy (RSzM) i odbytu u kobiet oraz raka jamy ustnej, gardła, odbytu i prącia u mężczyzn. Wyróżnia się 150 typów HPV, wśród których 40 wywołuje zmiany: skórne, w okolicy narządów płciowych oraz innych okolic ciała. Wyróżniono typy wirusa wysoce onkogenne i o małym ryzyku onkogennym. W zależności od typu wirusa oraz lokalizacji zmian, zakażenia HPV mogą przebiegać pod postacią:

- łagodnych zmian naskórka (brodawki, brodawczaki);
- łagodnych zmian nabłonka wielowarstwowego błon śluzowych (brodawki i brodawczaki narządów płciowych, kłykciny kończyste);
- przednowotworowych zmian okolic narządów płciowych (szyjki macicy, sromu i pochwy, odbytu);
- nowotworowych zmian szyjki macicy i odbytu.

Zakażenia HPV szerzą się drogą płciową. Do zakażenia dochodzi najczęściej w początkowym okresie po rozpoczęciu aktywności seksualnej. W związku z tym zapadalność gwałtownie wzrasta od momentu rozpoczęcia aktywności seksualnej i jest najwyższa w grupie wiekowej 20-29-latków. Przeważająca liczba kobiet zostaje zakażona przed ukończeniem 50. roku życia. Okres wylegania wynosi od 1 do 6 miesięcy. Okres zakaźności dotyczy czasu utrzymywania się zmian chorobowych. Zakażenie przebiega bezobjawowo i ustępuje samoistnie. Układ odpornościowy człowieka zazwyczaj skutecznie walczy z tym wirusem i tylko w przypadku zmniejszonej odporności może dojść do przetrwałego zakażenia. Wrotami zakażenia mogą być skaleczenia czy obtarcia mające kontakt np. z naskórkiem nosiciela. Najczęściej do zakażenia dochodzi podczas stosunku płciowego i kontaktu ze skórą zewnętrznych narządów płciowych i okolic odbytu. Rezerwuarem dla wirusa HPV jest mężczyzna i to właśnie on przekazuje zakażenie, które w postaci przetrwałej w obrębie narządów płciowych może prowadzić do rozwoju nowotworów zarówno u kobiet jak i u mężczyzn.

Do głównych czynników ryzyka zakażenia HPV należą:

- wczesny wiek inicjacji seksualnej,
- liczba partnerów/partnerek seksualnych,
- seks analny,
- współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową,
- palenie tytoniu,
- antykoncepcja hormonalna,
- osłabienie odporności (np. infekcja HIV czy leki zmniejszające odporność).

Niskoonkogenne typy HPV, w szczególności typy 6 i 11, są odpowiedzialne za powstawanie brodawek narządów moczowo-płciowych (kłykciny kończyste – mięsistych zmian rozrostowych bez cech nowotworzenia). W rzadkich przypadkach przeniesienia zakażenia tymi typami wirusa z matek na noworodki może dojść do rozwoju zespołu RRP (recurrent respiratory papillomatosis), czyli nawracającej brodawczakowości układu oddechowego.

Zakażenie wirusem HPV niskiego ryzyka onkogennego może przebiegać w postaci:

- zakażenia bezobjawowego;
- zakażenia objawowego w formie brodawek okolic narządów płciowych lub odbytu (kłykciny kończyste), w większości ustępujących samoistnie w ciągu około 6 miesięcy, lecz u części chorych wymagających kosztownego, bolesnego i powtarzanego leczenia związanego z interwencją chirurgiczną.

Przewlekłe zakażenie wysoce onkogennymi typami HPV prowadzi do śródbłonkowej neoplazji szyjki macicy CIN (z ang. cervical intraepithelial neoplasia) i w konsekwencji rozwoju raka płaskonabłonkowego szyjki macicy. Trzy najczęściej występujące wysoce onkogenne typy HPV-16, HPV-18 i HPV-45 są odpowiedzialne za 75% przypadków raka płaskonabłonkowego szyjki macicy, 90% przypadków raka gruczołowego szyjki macicy i większość przypadków zmian przednowotworowych w postaci śródbłonkowej neoplazji szyjki macicy (CIN2 oraz CIN3). Typy HPV-16 i HPV-18 są odpowiedzialne za 80% przypadków raka płaskonabłonkowego sromu i pochwy oraz ponad 90% przypadków raka odbytu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała typy HPV-16 i HPV-18 za czynnik rakotwórczy dla człowieka.

Zakażenie HPV typem wysoce onkogennym może przebiegać w postaci:

- zakażenia bezobjawowego, ustępującego samoistnie w ciągu około 2 lat od zakażenia;
- zakażenia przetrwałego, utrzymującego się w długim okresie czasu może prowadzić do neoplazji szyjki macicy nabłonka wielowarstwowego płaskiego szyjki macicy, a w konsekwencji i przy braku leczenia, w raka płaskonabłonkowego i raka inwazyjnego.

RSzM jest pierwszym spośród nowotworów występujących u ludzi, którego czynniki ryzyka zidentyfikowano jako konieczne do jego rozwoju. Są nimi HPV o wysokim potencjale rakotwórczym, przenoszone drogą płciową i wywołujące przewlekłe zakażenie. Inne czynniki ryzyka obejmują:

- wiek między 45 a 55 r.ż.
- liczne porody,
- niski status socjoekonomiczny,
- niewłaściwą dietę (ubogą w witaminę C),
- obecność nowotworu w rodzinie.

RSzM na żadnym z etapów swojego rozwoju nie daje charakterystycznych objawów klinicznych. Zależą one od stopnia zaawansowania nowotworu i umiejscowienia przerzutów. Upławy i krwawienia z dróg rodnych są objawami bardzo częstych chorób nienowotworowych i są przyczyną najczęstszego zgłaszania się do ginekologów. Te niespecyficzne objawy towarzyszą stanom zapalnym pochwy i zaburzeniom hormonalnym, które mogą występować w każdym wieku. W przypadkach raka występują one w wyższych stadiach zaawansowania choroby. Bóle podbrzusza, okolicy krzyżowej czy stawów biodrowych również są objawami wielu innych chorób. W raku również występują one w wyższych stadiach zaawansowania. W fazie choroby z przerzutami objawy zależą od miejsca przerzutu czy nacieku (duszności, krwiotłucie, bóle, ograniczenie wydolności nerek, wątroby i inne). Stany przedrakowe i wczesne stadia zaawansowania przebiegają bezobjawowo. Stąd badania przesiewowe RSzM dotyczą kobiet bezobjawowych.

Ryzyko zakażenia HPV można zmniejszyć, ograniczając liczbę partnerów seksualnych. Również używanie prezerwatyw redukuje ryzyko zakażenia, ale nie eliminuje go całkowicie. Wszystkie wymienione wyżej działania są konieczne, niemniej jednak jedyną skuteczną formę profilaktyki pierwotnej zakażenia HPV stanowią szczepienia ochronne.

Celem profilaktyki pierwotnej RSzM jest zmniejszenie zachorowalności na tego raka poprzez unikanie czynników ryzyka lub zwiększenie indywidualnej odporności na te czynniki. Jej elementami są więc: edukacja i kształtowanie zachowań prozdrowotnych oraz szczepienia ochronne przeciw rakotwórczym szczepom HPV.

Profilaktyka wtórna ma na celu wykrywanie raka we wczesnym stadium, gdy leczenie jest skuteczniejsze, wskaźniki przeżycia wyższe, a częstość poważnych następstw choroby (w tym zgonu) mniejsza. W stosunku do RSzM zadanie to spełniają populacyjne badania przesiewowe (skryning) oparte na teście cytologicznym.

Za najlepszą strategię w profilaktyce RSzM uważa się szczepienie młodych kobiet i kontynuowanie cytologicznych badań przesiewowych u zaszczepionych i niezaszczepionych.

## I. 2. Dane epidemiologiczne

W raporcie International Agency for Research on Cancer (IARC) we współpracy z Catalan Institute of Oncology z 2021 r. wskazano, że na świecie żyje 2869,0 milionów kobiet w wieku 15 lat i starszych, które są zagrożone zachorowaniem na RSzM. Aktualne szacunki wskazują, że co roku u 569 847 kobiet diagnozuje się RSzM, a 311 365 umiera z powodu tej choroby. RSzM plasuje się na 4 miejscu wśród najczęściej występujących nowotworów wśród kobiet na świecie.

Ponadto jak wskazano w w/w raporcie w Polsce żyje 16,7 milionów kobiet w wieku 15 lat i starszych, które są zagrożone zachorowaniem na RSzM. Aktualne szacunki wskazują, że co roku u 3862 kobiet rozpoznaje się RSzM, a 2137 umiera z powodu tej choroby. RSzM plasuje się na 6. miejscu wśród najczęstszych nowotworów u kobiet w Polsce i na 3. miejscu wśród kobiet młodych, tj. w wieku od 15 do 44 lat. Szacuje się, że około 3,4% kobiet w populacji ogólnej jest nosicielem zakażenia szyjki macicy wirusem HPV typ 16 lub 18, a 88,1% inwazyjnych nowotworów szyjki macicy przypisuje się wirusom HPV 16 lub 18.

Zgodnie z danymi pochodzącymi z najnowszego raportu Krajowego Rejestru Nowotworów u kobiet w 2019 roku w Polsce najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy piersi - 22,9%, płuca - 9,9%, trzonu macicy - 7,0%, okrężnicy - 5,9%, jajnika - 4,3%, tarczycy - 4,1% i szyjki macicy - 2,8%. W populacji młodych kobiet najczęstsze były nowotwory piersi (28% zachorowań, 27% zgonów), a na drugim miejscu nowotwory szyjki macicy (5% zachorowań, 10% zgonów).

Największą wartość surowego i standaryzowanego wskaźnika (dla populacji europejskiej) zapadalności na RSzM odnotowano w województwie opolskim na poziomie odpowiednio 15,54/100 tys. oraz 11,98/100 tys. Najniższe wartości odnotowano w województwie lubelskim: współczynnik surowy – 8,91/100 tys., współczynnik standaryzowany – 7,15/100 tys. W przypadku wskaźników dla całego kraju, uzyskano wartości na poziomie odpowiednio 12,15/100 tys. (surowy) oraz 9,58/100 tys. (standaryzowany).

Najwyższą wartość surowego i standaryzowanego (dla populacji europejskiej) wskaźnika śmiertelności dla RSzM w roku 2019 odnotowano w województwie lubuskim odpowiednio 10,19/100 tys. oraz 7,78/100 tys. Najniższe wartości w omawianej jednostce chorobowej odnotowano w województwie świętokrzyskim – 4,89/100 tys. (współczynnik surowy) oraz 3,02/100 tys. (współczynnik standaryzowany). W przypadku wskaźników dla całego kraju, uzyskano wartości na poziomie odpowiednio 7,92/100 tys. (surowy) oraz 5,51/100 tys. (standaryzowany). Zapadalność oraz śmiertelność wzrastają wraz z wiekiem pacjentki. W przypadku zapadalności dla całego kraju, najwyższe wartości tego wskaźnika osiągane są w grupach wiekowych 60-64 (26,04/100 tys.) oraz 65-69 (27,84/100 tys.). W kolejnych, starszych grupach natomiast odnotowuje się powolny spadek wartości omawianego wskaźnika, choć nie spada on poniżej 13,56/100 tys. Śmiertelność natomiast stale wzrasta aż do grupy wiekowej 65-69 (21,16/100 tys.), gdzie dochodzi do stabilizacji i wskaźnik utrzymuje się na poziomie ok. 20/100 tys.

W przypadku standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe szyjki macicy woj. pomorskie w 2019 roku zajmuje ósme miejsce w Polsce (12/100 tys. mieszkańców). Natomiast w przypadku standaryzowanych współczynników umieralności na nowotwory złośliwe szyjki macicy w roku 2019 woj. pomorskie zajmuje trzecie miejsce w Polsce (8,9/100 tys. mieszkańców).

Dla Powiatu Starogardzkiego liczbę nowych zachorowań i zgonów z powodu RSzM (C53) w ciągu ostatnich 10 lat na podstawie dostępnych danych KRN przedstawia tabela 1.

**Tabela 1. Liczba zachorowań i zgonów z powodu RSzM w Powiecie Starogardzkim w latach 2010-2019 (dane KRN).**

C53 - RSzM	rok									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
zachorowania	8	11	11	7	9	11	10	10	10	8
zgony	4	5	7	4	1	4	7	3	10	8

*Opracowanie własne na podstawie danych KRN*

Zmniejszająca się liczba zachorowań w stosunku do stałej, a w roku 2018 nawet rosnącej liczby zgonów w populacji świadczyć może o późnej wykrywalności RSzM oraz poprawiającej się profilaktyce ogólnej oraz selektywnej. Należy jednak mieć świadomość, że dane KRN mogą być w pewnym stopniu niedoszacowane – zarówno w zakresie zachorowalności, jak i zgonów. Choć, jak wskazują dane z najnowszego raportu KRN, odsetek potwierdzeń histologicznych zgłoszonych do rejestru jest zależny od umiejscowienia nowotworu i u kobiet dla nowotworów szyjki macicy wynosi 97%.

Dodatkowo dane te nie odnoszą się do liczby wykrywanych stanów przednowotworowych oraz nowotworów in situ, które również są wywoływane przez HPV.

Ponadto jak wynika z Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. w 2019 r. badaniom przesiewowym w kierunku RSzM w 2019 r. w województwie pomorskim poddało się 20% rocznej populacji do przebadania i było to więcej niż średnio w kraju (17,3%). Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania z roku na rok maleje (w 2018 r. przebadano 21,6 tys. kobiet na 100 tys. rocznej populacji do przebadania, a w 2019 r. 20 tys.). W roku 2019 w województwie pomorskim nowotwór złośliwy szyjki macicy spowodował 124 837 zgonów, co stanowi 5,9% ogółu liczby zgonów dla Polski z powody RSzM.

Według prognoz przedstawionych przez Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie, przewiduje się ciągły spadek zapadalności na nowotwory złośliwe w Polsce aż do 2025 roku. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy będzie wzrastające zainteresowanie społeczeństwa problemem oraz profilaktyka pierwotna i wtórna realizowana w ramach programów zdrowotnych.

### I. 3. Opis obecnego postępowania

#### Świat

Ogromną rolę w przeciwdziałaniu nowotworom szyjki macicy i ograniczeniom zakażeń HPV odgrywają działania profilaktyczne. Rekomendowaną formą profilaktyki w zakresie RSzM są regularne badania cytologiczne oraz szczepienia ochronne. Zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne w naszym kraju jest niska. Stąd też szansa na wczesne wykrycie tego nowotworu i skuteczne jego leczenie wciąż jest niewielka. Dlatego też oprócz szczepień i badań cytologicznych bardzo ważna jest prowadzona jednocześnie edukacja zdrowotna, zarówno wśród dziewcząt jak i chłopców szczególnie przed podjęciem inicjacji seksualnej oraz wśród ich opiekunów.

Większość wytycznych wskazuje na zasadność realizacji szczepień w schemacie 2-dawkowym w populacji pediatrycznej mieszczącej się w zakresie 9-14 r.ż. oraz wśród osób powyżej 15 r.ż., które pierwszą dawkę szczepienia otrzymały przed ukończeniem 15 r.ż. Natomiast wśród osób powyżej 15 r.ż., które nie zostały wcześniej zaszczepione, zaleca się realizację 3-dawkowego schematu szczepień.

Wśród zalecanych preparatów szczepionkowych wymienia się szczepionki 2-, 4- lub 9-walentne w populacji kobiet/dziewcząt oraz 4- i 9-walentne w populacji chłopców/mężczyzn.

Również w zakresie rutynowych szczepień (realizowanych cyklicznie w ramach szczepień obowiązkowych) zalecany wiek znajduje się w przedziale 9-14 lat.

W wytycznych WHO dziewczęta w wieku 9-14 lat wskazywane są jako pierwszorzędowa grupa docelowa dla szczepień. Drugorzędową grupę stanowią natomiast kobiety  $\geq 15$  r.ż. oraz mężczyźni, wśród których szczepienia zaleca się tylko w sytuacjach, gdy ich realizacja jest wykonalna, przystępna cenowo, kosztowo-efektywna oraz nie wpływa na zakres finansowania szczepień w grupie pierwszorzędowej oraz programów badań przesiewowych w kierunku RSzM. Ponadto w wytycznych wskazuje się inne populacje docelowe, dla których szczepienia są zalecane m.in.:

- osób z obniżoną odpornością (wynikającą m.in. z obecności zakażenia HIV, występowania nowotworu złośliwego, przebytych przeszczepów, bądź stosowania terapii immunosupresyjnej) w 3-dawkowym schemacie;

- mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami.

Nie zaleca się natomiast wykonywania szczepień przeciw HPV w populacji kobiet w ciąży. W odnalezionych rekomendacjach odniesiono się również do edukacji zdrowotnej. WHO w swoich

zaleceniach z 2017 r. wskazuje, że szczepienia przeciwko HPV powinny stanowić część skoordynowanych i kompleksowych strategii w zakresie profilaktyki RSzM i innych nowotworów złośliwych wywoływanych przez HPV. Tego typu strategie, oprócz szczepień, powinny obejmować również działania edukacyjne dotyczące redukcji zachowań zwiększających ryzyko HPV, szkolenia personelu medycznego, działania informacyjne skierowane do kobiet nt. dostępnych form wsparcia oraz zwiększanie dostępu do świadczeń z zakresu badań przesiewowych, leczenia oraz opieki paliatywnej. Wytyczne ASCO wskazują, że wskazane jest promowanie/rozpowszechnianie wiedzy/danych na temat związku pomiędzy zakażeniem HPV a rozwojem nowotworów złośliwych oraz bezpieczeństwie i skuteczności dostępnych szczepionek w zakresie zapobiegania zakażeniom HPV i rozwojowi zmian przednowotworowych.

W rekomendacjach podkreśla się również, że szczepienia przeciwko HPV stanowią podstawową interwencję profilaktyczną, jednak ich stosowanie nie eliminuje potrzeby realizacji badań przesiewowych w kierunku RSzM opartych o cytologię w późniejszych okresach życia. Wynika to z faktu, iż istniejące preparaty szczepionkowe nie zapewniają ochrony przed wszystkimi wysokoonkogenicznymi typami HPV oraz mają ograniczony wpływ na rozwój chorób u kobiet powyżej wieku kwalifikującego do szczepień.

Oprócz swoistych metod profilaktyki zakażeń HPV jakimi są szczepienia ochronne, odnalezione dowody naukowe wskazują również metody nieswoiste, w tym edukację dotyczącą zmniejszenia ryzyka zakażeń przenoszonych drogą płciową. Chorych zakażonych HPV trzeba poinformować o ryzyku zakażenia partnerów seksualnych, a także o możliwości rozwoju nowotworu złośliwego i ewentualnej potrzebie odpowiednich okresowych badań (cytologia, kolposkopia, anoskopia).

Edukacja zdrowotna w przypadku szczepienia przeciwko HPV pełni istotną rolę w zwiększaniu poziomu zaszczepienia, jednak jak wskazują badacze jest to temat złożony i brak jest silnych dowodów pozwalających na wskazanie specyficznej interwencji edukacyjnej, którą można zarekomendować do powszechnej implementacji.

Poza samą immunizacją dodatkowym celem edukacji powinno być wytworzenie zachowań sprzyjających zapobieganiu zakażeń i profilaktyce chorób wywoływanych przez HPV, w tym nowotworów jak RSzM. Edukacja zdrowotna powinna być kierowana do kilku grup, z których każda pełni inną rolę. Wykazano, że szkolne programy szczepionkowe mają pozytywny wpływ na wzrost poziomu zaszczepienia, gdyż zarówno nastolatki, jak i ich rodzice mają ograniczoną świadomość i wiedzę w zakresie zakażeń HPV oraz szczepień. Jednym z zalecanych działań jest umożliwienie dostępu do wiarygodnych źródeł informacji. Edukacja zdrowotna powinna obejmować takie tematy, które są istotne z punktu widzenia podniesienia poziomu zaszczepienia. Główne obawy rodziców dotyczą działań niepożądanych szczepienia i bezpieczeństwa szczepionki.

Na decyzję o zaszczepieniu wpływają także informacje i zachęty ze strony personelu medycznego. Akceptacja szczepień przeciw HPV wśród rodziców i ich dzieci wzrasta znacząco, gdy szczepionka jest rekomendowana przez lekarza.

Autorzy rekomendacji są zgodni, że głównym sposobem zapobiegania skutkom RSzM jest prowadzenie badań przesiewowych naceLOWanych na wczesne wykrycie tego nowotworu. Metodą przesiewową najczęściej wskazywaną przez towarzystwa naukowe jest cytologia. Część wytycznych wskazuje również test HPV jako pierwotne narzędzie przesiewowe oraz na możliwość połączenia obydwu powyższych metod.

Działania polegające na prowadzeniu badań przesiewowych w kierunku RSzM powinny w głównej mierze skupiać się na populacji młodych kobiet. Wiele wytycznych rekomenduje prowadzenie badań przesiewowych od 21 r.ż. Część odnalezionych wytycznych jako rozpoczęcie prowadzenia badań przesiewowych wskazuje granicę 30 r.ż. i 35 r.ż. W przypadku kobiet powyżej 65 r.ż. rekomendacje wskazują na zaprzestanie prowadzenia badań przesiewowych po uzyskaniu negatywnych wyników we wcześniejszych badaniach przesiewowych. Niektóre rekomendacje jako górną granicę wiekową przesiewu wskazują 69 lat lub nawet 74 lata. Wytyczne nie zalecają prowadzenia badań przesiewowych u kobiet po histerektomii.



W przypadku kobiet, które nie stawiają się na umówione badanie przesiewowe, po ponownym zaproszeniu, można rozważyć wysłanie zestawu do samodzielnego pobierania próbek HPV. Nie jest jednak zalecane wysłanie zestawów do samodzielnego pobierania próbek do całej populacji.

### **Polska**

W Polsce realizowany jest Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy oparty o skryning cytologiczny. Programem profilaktyki objęte zostały Polki między 25 a 59 rokiem życia, które w ciągu 3 ostatnich lat nie miały wykonanego wymazu cytologicznego w ramach ubezpieczenia w NFZ oraz co 12 miesięcy kobiety w wieku od 25 do 59 lat obciążone czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV typem wysokiego ryzyka). Bezpłatne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego badania cytologiczne świadczą podmioty lecznicze w całej Polsce, które podpisały z NFZ umowę na realizację Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

Obecnie w Polsce realizowany jest Program Szczepień Ochronnych (PSO), gdzie co roku publikowany jest nowy kalendarz, który obejmuje zarówno szczepienia obowiązkowe (bezpłatne), jak i zalecane (płatne). Szczepienia przeciwko HPV znajdują się w wykazie szczepień zalecanych, finansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia na zasadach 50% refundacji (dot. szczepionki 2-walentnej). Docelowo, zgodnie z Programem wieloletnim Ministerstwa Zdrowia pn. "Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030" szczepienia przeciwko HPV mają być dobrowolne, ale finansowane z budżetu państwa, początkowo dla dziewcząt w wieku dojrzewania, a później także dla chłopców.

Do obrotu na terenie Polski dopuszczone są trzy rodzaje szczepionek: 2-walentna (przeciwko zakażeniom HPV typami 16 i 18), 4-walentna (przeciwko zakażeniom HPV typami: 6, 11, 16, 18) oraz 9-walentna (przeciwko zakażeniom HPV typami: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).

### **Powiat Starogardzki**

Powiatowy Program Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego poprzez działania edukacyjne i szczepienia profilaktyczne realizowany jest nieprzerwanie przez Powiat Starogardzki we współpracy z gminnymi jednostkami samorządu terytorialnego od roku 2012. W ramach realizacji Powiatowego Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) w latach 2013-2017 zaszczepiono 1 141 dziewczynek. W latach 2013-2014 podano szczepionkę dwuwalentną Cervarix, w latach 2015-2017 natomiast czterowalentną szczepionkę Silgard, a następnie szczepionkę dziewięciowalentną Gardasil. Odsetek zaszczepionych dziewcząt w ubiegłych latach kształtuje się następująco: 2013 r. - 67,9%, 2014 r. - 68,8%, 2015 r. - 67%, 2016 r. - 46,2%, 2017 r. - 51,8%, 2018 r.- 48,8%.

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności**

### **II. 1. Cel główny**

Uzyskanie nie mniejszego niż 50% poziomu zaszczepienia pełnym schematem szczepienia przeciwko HPV w populacji docelowej 12-letnich dziewczynek i chłopców w latach 2023-2027.

### **II. 2. Cele szczegółowe**

1. Uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki RSzM wśród 50% 12-letnich dziewczynek i chłopców w latach 2023-2027 w Powiecie Starogardzkim.

2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki RSzM wśród 50% matek/opiekunek prawnych zaszczepionej młodzieży w latach 2023-2027 w Powiecie Starogardzkim.

3. Uzyskanie 2% wzrostu liczby wykonanych badań cytologicznych wśród kobiet w okresie lat 2023-2027 w Powiecie Starogardzkim (średnie objęcie populacji 23% - stan na dzień 01.06.2022).

### **II. 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

L.p.	Cel	Miernik efektywności programu
1.	Główny	iloraz liczby osób zaszczepionych w ramach programu polityki zdrowotnej pełnym schematem szczepienia przeciwko HPV i liczby osób z populacji

		docelowej. Wynik wyrażony w procentach
2.	Szczegółowy 1	odsetek 12- letniej młodzieży, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
3	Szczegółowy 2	odsetek matek/opiekunek prawnych zaszczepionej młodzieży, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich matek/opiekunek prawnych, które wypełniły pre-test.
4	Szczegółowy 3	odsetek kobiet, w szczególności matek/opiekunek prawnych zaszczepionej młodzieży, które zgłosiły się na skryningowe badania cytologiczne w ramach programu ogólnopolskiego

Długofalowym celem realizacji programów polityki zdrowotnej oferujących w ramach interwencji szczepienia przeciwko HPV jest zmniejszenie liczby zachorowań na nowotwory i infekcje wynikające z zakażenia HPV. Należy mieć na uwadze, że efekt ten nie będzie widoczny w czasie realizacji programu, ani też krótko po jego zakończeniu. Ocena efektywności działań tego rodzaju powinna odbywać się w dłuższym horyzoncie czasowym, obejmującym kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt lat.

### III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

#### III. 1. Populacja docelowa

Programem w zakresie szczepień zostanie objęta populacja 12-letnich dziewczynek i chłopców zameldowanych lub zamieszkałych na terenie Powiatu Starogardzkiego. Liczebność populacji na podstawie danych GUS z 2021 roku została przedstawiona w tabeli 2.

**Tabela 2. Liczebność populacji docelowej 12-letniej młodzieży w programie polityki zdrowotnej (D- dziewczynki, Ch- chłopcy).**

Nazwa gminy	Rocznik 2011		Rocznik 2012		Rocznik 2013		Rocznik 2014		Rocznik 2015	
	D	Ch	D	Ch	D	Ch	D	Ch	D	Ch
Bobowo	19	21	16	12	21	17	21	12	19	17
Czarna Woda	13	11	11	14	10	10	14	15	15	18
Kaliska	28	42	26	37	37	33	33	24	25	27
Lubichowo	40	55	37	32	39	59	44	44	38	44
Osieczna	8	8	10	17	8	20	16	13	15	11
Osiek	11	12	15	16	8	8	8	6	10	11
Skarszewy	97	99	92	116	80	80	91	102	95	75
Skórcz	27	38	28	27	16	23	38	31	10	17
Miasto Skórcz	24	17	21	20	20	14	12	20	21	31
Smętowo Graniczne	28	34	29	34	27	22	23	22	14	27
Starogard Gdański	112	93	100	99	88	89	93	97	57	53
Miasto Starogard Gdański	252	287	274	246	219	245	229	251	248	298
Zblewo	78	64	106	72	60	70	80	62	73	59
<b>Razem</b>	<b>737</b>	<b>781</b>	<b>765</b>	<b>742</b>	<b>633</b>	<b>690</b>	<b>702</b>	<b>699</b>	<b>640</b>	<b>688</b>

*Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2021 roku*

Na podstawie powyższych danych można oszacować także wielkość populacji matek/opiekunek kwalifikujących się do działań edukacyjnych w poszczególnych latach realizacji programu. Liczebność populacji przedstawia tabela 3.

**Tabela 3. Liczebność populacji docelowej matek/opiekunek prawnych młodzieży w programie polityki zdrowotnej.**

Rok	Rok 2023	Rok 2024	Rok 2025	Rok 2026	Rok 2027
Liczba matek/opiekunek prawnych	1518	1507	1323	1401	1328

*Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2021 roku*

W przypadku objęcia szczepieniami w pierwszej kolejności wszystkich włączonych do programu dziewczynek, możliwe jest dodatkowe objęcie szczepieniami chłopców w wieku 12 lat. Biorąc pod uwagę przyjęty cel główny i cel szczegółowy 2 programu, w których docelowo przyjęto wartość 50% można oszacować wielkość populacji objętej programem w poszczególnych latach realizacji programu. Liczebność populacji objętej interwencją w programie polityki zdrowotnej przedstawia tabela 4.

**Tabela 4. Liczebność populacji objętej programem polityki zdrowotnej.**

Rok	Rok 2023	Rok 2024	Rok 2025	Rok 2026	Rok 2027
Liczba młodzieży odbiorców działań edukacyjnych i szczepień ochronnych	759	754	662	701	664
Liczba dorosłych odbiorców działań edukacyjnych	759	754	662	701	664

*Opracowanie własne na podstawie danych z tabel 2 i 3.*

### III. 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w programie polityki zdrowotnej należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
<b>Dot. dzieci</b>	
<b>Szczepienia</b>	
wiek 12 lat w roku kalendarzowym realizacji programu	brak zgody na szczepienie ze strony rodziców/opiekunów,
adres zamieszkania lub zameldowania na terenie Powiatu Starogardzkiego,	brak kwalifikacji lekarskiej,
pisemna zgoda rodziców lub opiekunów dziecka.	stałe lub czasowe przeciwwskazania do szczepień,
	brak adresu zamieszkania/zameldowania na terenie Powiatu Starogardzkiego,
	wcześniejsze zaszczepienie p/HPV
<b>Edukacja zdrowotna</b>	
wiek 12 lat w roku kalendarzowym realizacji programu	brak
<b>Dot. matek/opiekunek prawnych</b>	
<b>Edukacja zdrowotna</b>	
uczestnictwo dziecka w programie	brak

### III. 3. Planowane interwencje

W ramach realizacji programu polityki zdrowotnej planowane są następujące interwencje:

#### 1. Szczepienia

Główną planowaną interwencją o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie jest wykonanie pełnego schematu szczepienia ochronnego przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego szczepionką zarejestrowaną i dopuszczoną do obrotu w Polsce.

Dziewczęta i chłopcy zakwalifikowani do programu zostaną zaszczepieni szczepionką bezpieczną i posiadającą rekomendację Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP), działającego przy Europejskiej Agencji ds. Leków.

Szczepienia prowadzone będą zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego wybranego preparatu szczepionkowego. Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie karty charakterystyki produktu.

Szczepienie będzie poprzedzone każdorazowo kwalifikacją lekarską i udzieleniem kluczowych informacji na temat szczepienia oraz uzyskaniem zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka. Informacja dla rodziców będzie wskazywać, że w przypadku nieukończenia pełnego cyklu szczepienia należy uzupełnić brakujące dawki szczepionki. Nieukończony cykl szczepień nie zapewnia odporności. Kwalifikacja do szczepienia, szczepionka i jej podanie są nieodpłatne dla pacjenta.

## 2. Działania informacyjno-promocyjne

Zaproszenie do uczestnictwa w programie będzie zamieszczone na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Starogardzie Gdańskim [www.powiatstarogard.pl](http://www.powiatstarogard.pl), Urzędów Gmin, realizatora programu, w prasie lokalnej, na ulotkach i plakatach w miejscach publicznych.

Starostwo Powiatowe zwróci się do dyrektorów szkół podstawowych o podjęcie współpracy z realizatorem programu. Zostanie wystosowane pismo z prośbą o włączenie się w realizację programu poprzez przeprowadzenie działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka szyjki macicy.

## 3. Działania edukacyjne

Działania edukacyjne będą miały na celu zwiększenie wiedzy populacji docelowej na temat ryzyka zakażeń onkogennymi typami wirusa HPV i zachorowań na raka szyjki macicy oraz zwrócenie uwagi na właściwe zachowania zdrowotne wśród młodzieży, zachęcanie do dbania o własne zdrowie.

W ramach tej części programu planowane jest:

- opracowanie materiałów informacyjno -edukacyjnych,
- organizacja spotkań informacyjno-edukacyjnych dla młodzieży szkolnej,
- organizacja spotkań informacyjno-edukacyjnych dla matek młodzieży objętej programem.

Zajęcia edukacyjne dla uczniów prowadzone będą, za zgodą dyrektora szkoły, przez nauczycieli prowadzących wychowanie do życia w rodzinie/biologię/przyrodę lub wychowawców klas i/lub pielęgniarki szkolne.

W ramach edukacji zakłada się przeprowadzenie, w szkole lub innym wybranym miejscu, spotkań edukacyjno-informacyjnych dla matek uczniów biorących udział w programie. Celem spotkań będzie przekazanie wiedzy na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej (z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych), w tym bezpieczeństwa szczepień przeciwko HPV oraz zachęcenie do uczestnictwa w badaniach przesiewowych realizowanych w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

Edukacja będzie mogła być także realizowana w formie indywidualnej w ramach wizyty lekarskiej kwalifikującej do szczepienia.

Treści zawarte w materiałach edukacyjnych będą całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej. Zostaną opracowane z wykorzystaniem gotowych, zweryfikowanych materiałów m.in. z portalu NIZP-PZH <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/hpv/>.

Działania edukacyjne (w formie innej niż indywidualne spotkanie z lekarzem przed szczepieniem) zostaną zakończone przed rozpoczęciem szczepień.

### III. 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia udzielane będą przez podmioty lecznicze, wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert, zgodnie z art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z póź. zm.). Szczepienia dzieci zostaną przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków określonych dla prawidłowego szczepienia.

### **III. 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Zakończenie udziału jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej (inny niż zakończenie realizacji):

a) dla dziecka:

- realizacja pełnego cyklu szczepień zgodnego z zaleceniami producenta szczepionki;
- zdiagnozowanie trwałego przeciwwskazania do szczepienia przeciwko HPV w wywiadzie lekarskim;
- w przypadku młodzieży, u której nie zastosowano szczepionki: zakończenie uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych.
- zgłoszenie przez rodziców lub opiekunów prawnych dziecka woli zakończenia udziału ich dziecka w programie polityki zdrowotnej.

b) dla rodziców:

- zakończenie uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych;
- zgłoszenie woli zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

Opuszczający program otrzymuje komplet materiałów informacyjnych na temat profilaktyki RSzM. Po wykonaniu schematu szczepień przyjmujący szczepionkę nie wymaga żadnych działań medycznych i może opuścić podmiot leczniczy. Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepienia zgodnie z wytycznymi dotyczącymi dawkowania.

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

### **IV. 1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach poszczególnych etapów**

1. Starostwo Powiatowe w Starogardzie Gdańskim będzie pełnić rolę koordynującą i wspierającą program, a także angażującą wszystkich interesariuszy niezbędnych do powodzenia programu (m. in. przedstawicieli JST oraz przedstawicieli realizatora itp.) do wspólnych działań w ramach programu. Realizator we współpracy z Starostwem Powiatowym w Starogardzie Gdańskim będzie odpowiedzialny za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu) w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie.

2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów programu polityki zdrowotnej oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności projektu przedmiotowego programu polityki zdrowotnej z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z póź. zm.).

3. Podpisanie porozumień z gminami w celu wspólnej realizacji programu.

4. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu Powiatu Starogardzkiego w celu wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z póź. zm.).

5. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego realizatora programu polityki zdrowotnej oraz nauczycieli-wychowawców młodzieży kwalifikującej się do szczepień celem ujednoczenia sposobu postępowania we wszystkich zaangażowanych placówkach i przekazania niezbędnej do realizacji programu wiedzy.

6. W razie konieczności zaangażowanie Powiatu Starogardzkiego we wsparcie realizatora w centralnym zakupie szczepionek.

7. Przeprowadzenie interwencji: działania informacyjno-edukacyjne i przeprowadzenie pełnego cyklu szczepień (wypełnienie przez rodzica/opiekuna prawnego formularza zgody na wykonanie szczepienia, badanie lekarskie poprzedzające podanie każdej dawki, podanie szczepionki zgodnie ze schematem szczepienia, dokumentacja procedury, postępowanie z odpadami, edukacja w zakresie postępowania w przypadku wystąpienia odczynu poszczepiennego; dodatkowo na zakończenie cyklu szczepień wypełnienie przez rodzica/opiekuna prawnego ankiety satysfakcji z udziału w programie).

8. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).

9. Zakończenie realizacji programu.

10. Rozliczenie finansowe programu.

11. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji programu i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym programem, który został wdrożony do realizacji.

#### **IV. 2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Koordynatorem programu będzie Starostwo Powiatowe w Starogardzie Gdańskim. Realizatorem zaś podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, posiadający podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym realizacji szczepień. Realizator powinien zapewnić stosowną opiekę medyczną uczestnikom programu polityki zdrowotnej.

Wymagania dotyczące personelu:

<b>Działanie</b>	<b>Kwalifikacje personelu</b>
Kwalifikowanie do szczepienia:	Osoba uprawniona do przeprowadzenia badania kwalifikującego do szczepienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
Podanie szczepionki:	Osoba uprawniona do podania szczepionki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
Działania edukacyjne:	Osoba posiadająca doświadczenia dydaktyczne w pracy z grupą docelową oraz posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki HPV na poziomie odpowiednim, aby przekazywać treści całkowicie merytorycznie spójne z materiałami informacyjno-edukacyjnymi.

Wymagania dot. wyposażenia i warunków lokalowych:

<b>Działanie</b>	<b>Infrastruktura</b>
Kwalifikacja i szczepienie:	Warunki takie jak dla gabinetu diagnostyczno-zabiegowego (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa), a także dostępność do urządzeń odpowiednich do przechowywania szczepionek w warunkach zalecanych przez producenta (w szczególności zapewniający nieprzerwany łańcuch chłodniczy), materiały niezbędne do wykonania szczepienia oraz rozwiązania zapewniające gotowość do podjęcia działań na wypadek wystąpienia działań niepożądanych lub innej sytuacji zagrożenia dla zdrowia lub życia. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.
Działania edukacyjne:	Adekwatne do zaplanowanych działań.

### **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

#### **V. 1. Monitorowanie**

Monitorowanie realizacji programu będzie się odbywać na bieżąco, m. in. poprzez tworzenie raportów okresowych. Monitorowanie będzie składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej.

Po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo przygotowywany będzie raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy posłużą ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Realizator programu będzie na bieżąco uzupełniał, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel informacje o każdym z uczestników programu polityki zdrowotnej, m.in. takie jak:

- data wyrażenia zgody rodzica/opiekuna prawnego na uczestnictwo w programie polityki zdrowotnej jego i jego dziecka, w tym udzielenie zgody na kontakt;

- dane kontaktowe do rodzica/opiekuna prawnego, tj. adres e-mail, numer telefonu, adres do korespondencji;

- dla każdego dziecka biorącego udział w programie polityki zdrowotnej:

- o numer PESEL – informacja ta w przyszłości może być użyteczna w ocenie długofalowych efektów zdrowotnych szczepienia przeciwko HPV (m.in. zapadalności na zmiany przedrakowe i nowotwory powiązane z HPV) po zakończeniu udziału dziecka w programie polityki zdrowotnej;

- o informacja o każdym szczepieniu w schemacie szczepienia: data, dawka, miejsce podania;

- o data zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej wraz z podaniem przyczyny m.in. zrealizowanie pełnego cyklu szczepień zgodnie z zaleceniami producenta, odmowa rodzica/opiekuna prawnego, brak kwalifikacji lekarskiej.

#### Ocena zgłaszalności:

W ramach oceny zgłaszalności na bieżąco kontrolowana będzie liczba zgłoszeń do programu względem planowanej liczby uczestników, którzy mają zostać objęci szczepieniami. Dodatkowo monitorowaniu poddana będzie liczba zgłoszeń na działania edukacyjne oraz szkolenia dla personelu z placówki/ek realizatora. W przypadku stwierdzenia znaczących odstępstw od oczekiwanego poziomu zgłoszeń podjęte zostaną działania naprawcze. W miarę dostępności danych opisane zostaną przyczyny braku uczestnictwa w działaniach programowych.

#### Ocena jakości świadczeń

Każdy uczestnik będzie miał zapewnioną możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji, w której znajdują się pytania odnośnie elementów programu polityki zdrowotnej, z którymi miał on styczność, w tym w szczególności jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych czy działań informacyjno-edukacyjnych. Wzór anonimowej ankiety satysfakcji stanowi załącznik nr 1 do niniejszego programu polityki zdrowotnej. Ankiety wypełniane będą bezpośrednio po wykonaniu szczepienia kończącego cykl szczepień, co pozwoli na ocenę stopnia zadowolenia rodziców/opiekunów.

Dokonana zostanie analiza ankiet satysfakcji przeprowadzonych wśród rodziców/opiekunów młodzieży, która została zaszczepiona w ramach programu.

## **V. 2. Ewaluacja**

Ewaluacja zostanie rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu i będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu. Dopuszcza się przeprowadzenie ewaluacji przez niezależnego eksperta.

W ramach ewaluacji zostanie przeprowadzone oszacowanie:

- liczby dzieci uczestniczących w programie zaszczepionych pełnym cyklem szczepień przeciwko HPV względem liczby dzieci włączonych do programu polityki zdrowotnej (wyrażona liczbowo oraz procentowo);

·liczby rodziców/opiekunów prawnych, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych (innych niż indywidualna edukacja w ramach kwalifikacji do szczepienia) względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych zaproszonych do udziału w działaniach edukacyjnych (wyrażona liczbowo oraz procentowo);

·liczby dzieci, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych (innych niż indywidualna edukacja w ramach kwalifikacji do szczepienia) względem wszystkich dzieci zaproszonych do udziału w działaniach edukacyjnych (wyrażona liczbowo oraz procentowo);

·liczby dzieci, które nie zakwalifikowały się do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich wraz z przyczynami niezakwalifikowania względem liczby dzieci włączonych do programu polityki zdrowotnej (wyrażona liczbowo oraz procentowo);

·liczby uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji względem liczby dzieci włączonych do programu polityki zdrowotnej (wyrażona liczbowo oraz procentowo);

·poziomu świadomość młodzieży i rodziców w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom wywołanym przez wirusy brodawczaka ludzkiego poprzez weryfikację testów przeprowadzonych przed i po zakończeniu działań edukacyjnych (wzory pre – i post-testów stanowią załączniki odpowiednio nr 2 i 3 do niniejszego programu polityki zdrowotnej);

·długofalowa zmiana w liczbie zachorowań i zgonów wywołanych wirusem HPV, w tym zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne.

Wyniki ewaluacji zostaną zawarte w raporcie końcowym z realizacji całego programu polityki zdrowotnej i przekazane do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### VI. 1. Koszty jednostkowe

Budżet zawiera wszystkie niezbędne koszty, w tym m.in.:

1. Koszty szczepionek i koszty związane z podaniem szczepionek (75-90% całego budżetu projektu) :

·koszt 1 dawki szczepionki 9-walentnej- 338,04 zł

·koszt podania 1 dawki szczepionki – 62 zł

2. Koszty przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjnej i działań edukacyjnych – 10 000 zł w każdym roku realizacji,

3. Koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją – w ramach realizacji zadań statutowych Koordynatora.

Zestawienie przewidywanych kosztów jednostkowych programu polityki zdrowotnej prezentuje tabela 5.

**Tabela 5. Zestawienie przewidywanych kosztów jednostkowych programu polityki zdrowotnej.**

Lp. [1]	Działanie [2]	Liczba [3]	Koszt jednostkowy [4]	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4] [5]
<b>Koszty pośrednie</b>				
1	Ewaluacja i monitorowanie programu	w ramach realizacji zadań statutowych Koordynatora		
2	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, plakaty, ulotki, spotkania edukacyjno-informacyjne itp.)	5 lat realizacji	10 000 zł rocznie	50 000,00 zł
<b>Koszty bezpośrednie</b>				
1	Działanie edukacyjne	w ramach realizacji zadań statutowych przez jednostki		



		oświatowe we współpracy z Realizatorem programu		
2	Koszt 2 dawek szczepionki 9-walentnej zgodnie z ChPL	3 540 podań	676,08 zł	2 393 323,20 zł
3	Koszt podania 2 dawek szczepionki	3 540 podań	124 zł	438 960,00 zł
SUMA		-----	-----	2 882 283,20 zł

## VI. 2. Koszty całkowite

Koszty całkowite programu polityki zdrowotnej do poniesienia w związku z jego realizacją za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata realizacji w zakresie szczepień przeciwko HPV prezentuje tabela nr 6.

**Tabela 6. Koszty całkowite realizacji programu polityki zdrowotnej:**

Rok realizacji	Koszt całkowity
2023	617 260, 72 zł
2024	613 260, 32 zł
2025	539 652, 96 zł
2026	570 856, 08 zł
2027	541 253, 12 zł
<b>Koszt całkowity</b>	<b>2 882 283, 20 zł</b>

## VI. 3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków zabezpieczonych w budżecie Powiatu Starogardzkiego oraz z innych źródeł zewnętrznych, do których należą:

- środki finansowe przekazane Powiatowi przez poszczególne gminy w formie dotacji celowej,
- współfinansowanie z poziomu wojewódzkiego,
- współfinansowanie poprzez organizacje pozarządowe i/lub rodziców,
- inne.

## VII. Bibliografia

1. NIZP-PZH/ GIS Szczepionka przeciwko HPV  
<https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/hpv/?strona=1#podsumowanie---szczepionka-przeciw-hpv>  
[dostęp: 24.06.2022].

2. Rekomendacja nr 2/2019 z dnia 11 października 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z póź. zm.).

4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295).

5. The ICO Information Centre: Human Papillomavirus and related diseases report, March 2021, [https://hpvcentre.net/statistics/reports/POL\\_FS.pdf?t=1656110343623](https://hpvcentre.net/statistics/reports/POL_FS.pdf?t=1656110343623) [dostęp: 24.06.2022].

6. Krajowy Rejestr Nowotworów [http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory\\_2019.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf)  
[dostęp: 24.06.2022].

7. Medycyna Praktyczna: „Szczepionka przeciw HPV spowodowała spadek zakażeń tym wirusem o 64%”, <http://onkologia.mp.pl/aktualnosci/138484,szczepionka-przeciw-hpv-spowodowala-spadek-zakazen-tym-wirusem-o-64> [dostęp: 09.12.2020].
8. Zalecenia grupy ekspertów dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet [http://www.academia.edu/9140734/Zalecenia\\_grupy\\_ekspert%C3%B3w\\_dotycz%C4%85ce\\_pierwotnej\\_profilaktyki\\_raka\\_szyjki\\_macicy\\_u\\_dziewcz%C4%85t\\_i\\_m%C5%82odych\\_kobiet](http://www.academia.edu/9140734/Zalecenia_grupy_ekspert%C3%B3w_dotycz%C4%85ce_pierwotnej_profilaktyki_raka_szyjki_macicy_u_dziewcz%C4%85t_i_m%C5%82odych_kobiet) [dostęp: 09.12.2020].
9. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji <http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst> [dostęp: 24.06.2022].
10. Bąk B., Wrześniewska M.: „Skuteczność szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV w profilaktyce pierwotnej raka szyjki macicy”, *Probl Pielęg.* 2012;20(3): 353–360.
11. Petrovsky E., Bochinni J.A. et al.: „Use of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine: Updated HPV Vaccination Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices”, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6411a3.htm> [dostęp: 09.12.2020].
12. European Medicines Agency, Streszczenie EPAR dla ogółu społeczeństwa, EMA/211870/2015, [http://www.ema.europa.eu/docs/pl\\_PL/document\\_library/EPAR\\_-\\_Summary\\_for\\_the\\_public/human/003852/WC500189114.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/003852/WC500189114.pdf) [dostęp: 09.12.2020].

**ANKIETA SATYSFAKCJI**

Data: .....

**Dla rodziców/opiekunów dziecka:** Prosimy o wypełnienie tego krótkiego kwestionariusza. Przy każdym pytaniu proszę o zaznaczenie kwadratu, który najlepiej odpowiada Państwa opinii. Ankieta pozwoli nam ulepszyć działania w kolejnych latach. Ankieta jest w pełni anonimowa.

**1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
..	..	..	..	..	..

**2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie kwalifikacji i szczepienia?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
..	..	..	..	..	..

**3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie szczepienia?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
..	..	..	..	..	..

**4. Jak ocenia Pan(i) poziom edukacji w ramach programu?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
..	..	..	..	..	..

**5. Jak ocenia Pan(i) ogólnie realizację Programu?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
..	..	..	..	..	..

**6. Inne uwagi.**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.*

**PRE - TEST**

Data: .....

**Dla rodziców/opiekunów dziecka:** Prosimy o wypełnienie tego krótkiego kwestionariusza. Przy każdym pytaniu proszę o zaznaczenie kwadratu, który najlepiej odpowiada Państwa opinii. Ankieta pozwoli nam ulepszyć działania w kolejnych latach. Ankieta jest w pełni anonimowa i służy jedynie celom statystycznym.

1. Skrót HPV oznacza:

ludzki wirus upośledzenia odporności	wirus brodawczaka ludzkiego	wirus zapalenia wątroby	nie wiem
--------------------------------------	-----------------------------	-------------------------	----------

2. Wirusem HPV można zarazić się poprzez:

kontakty seksualne	środki higieny, bieliznę	drogę kropelkową	nie wiem
--------------------	--------------------------	------------------	----------

3. Rak szyjki macicy jest:

dziedziczny	uleczalny, jeśli zostanie wcześniej wykryty	nieuleczalny	nie wiem
-------------	---	--------------	----------

4. Jakie zna Pani/Pan sposoby zapobiegania rakowi szyjki macicy?

tylko szczepienia	tylko badania cytologiczne	badania cytologiczne i szczepienia	nie wiem
-------------------	----------------------------	------------------------------------	----------

5. Czy szczepiąc się szczepionką przeciw HPV można zrezygnować z badań cytologicznych?

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

6. Kogo można szczepić?

tylko dziewczynki	tylko chłopców	dziewczynki i chłopców	nie wiem
-------------------	----------------	------------------------	----------

7. Czy po przyjęciu I dawki szczepionki przeciwko HPV pacjentka jest już w pełni zabezpieczona przed infekcją HPV:

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

8. Pełen cykl szczepienia to 2 lub 3 dawki szczepionki podane w odstępie czasu w zależności od wieku dziecka:

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

**POST - TEST**

Data: .....

**Dla rodziców/opiekunów dziecka:** Prosimy o wypełnienie tego krótkiego kwestionariusza. Przy każdym pytaniu proszę o zaznaczenie kwadratu, który najlepiej odpowiada Państwa opinii. Ankieta pozwoli nam ulepszyć działania w kolejnych latach. Ankieta jest w pełni anonimowa i służy jedynie celom statystycznym.

1. Skrót HPV oznacza:

ludzki wirus upośledzenia odporności	wirus brodawczaka ludzkiego	wirus zapalenia wątroby	nie wiem
--------------------------------------	-----------------------------	-------------------------	----------

2. Wirusem HPV można zarazić się poprzez:

kontakty seksualne	środki higieny, bieliznę	drogę kropelkową	nie wiem
--------------------	--------------------------	------------------	----------

3. Rak szyjki macicy jest:

dziedziczny	uleczalny, jeśli zostanie wcześniej wykryty	nieuleczalny	nie wiem
-------------	---	--------------	----------

4. Jakże zna Pani/Pan sposoby zapobiegania rakowi szyjki macicy?

tylko szczepienia	tylko badania cytologiczne	badania cytologiczne i szczepienia	nie wiem
-------------------	----------------------------	------------------------------------	----------

5. Czy szczepiąc się szczepionką przeciw HPV można zrezygnować z badań cytologicznych?

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

6. Kogo można szczepić?

tylko dziewczynki	tylko chłopców	dziewczynki i chłopców	nie wiem
-------------------	----------------	------------------------	----------

7. Czy po przyjęciu I dawki szczepionki przeciwko HPV pacjentka jest już w pełni zabezpieczona przed infekcją HPV:

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

8. Pełen cykl szczepienia to 2 lub 3 dawki szczepionki podane w odstępie czasu w zależności od wieku dziecka:

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------