

CZY SKUTECZNIE DBAMY O ZDROWIE Kobiet?

**RAPORT Z AUDYTU SPOŁECZNEGO
NARODOWYCH PROGRAMÓW
PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ**

Czy skutecznie dbamy o zdrowie kobiet?
RAPORT Z AUDYTU SPOŁECZNEGO NARODOWYCH PROGRAMÓW PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ



Raport powstał w ramach projektu „Audyt społeczny narodowych programu profilaktyki nowotworowej”, współfinansowanego z Funduszy EOG w ramach programu Obywatele dla Demokracji

AUTORZY RAPORTU

Ewa Borek
Michał Brzeziński
Izabella Dessoulavy-Gładysz
Aleksandra Gac
Beata Gronek
Adrian Janus
Maria Libura
Kristjan Oddsson
Anna Sitek
Joanna Turkiewicz

WARSZAWA, KWIECIEŃ 2016

STRESZCZENIE

Audyt społeczny narodowych programów profilaktyki nowotworowej był realizowany w okresie maj 2015 - kwiecień 2016 roku przez Fundację MY Pacjenci, we współpracy z ekspertami oraz Fundacją Alivia, Icelandic Cancer Society i Polskim Towarzystwem Programów Zdrowotnych. Prace w ramach audytu były finansowe ze środków Europejskiego Obszaru Gospodarczego, których operatorem w ramach projektu grantowego „Obywatele dla Demokracji” była Fundacja Batorego. Raport powstał jako wyraz potrzeby partycypacji pacjentów w procesie podejmowania decyzji w sprawie poprawy skuteczności profilaktyki onkologicznej w Polsce po okresie pierwszych 10 lat jej realizacji.

Zwieńczeniem przeprowadzonych w ramach audytu badań (analizy danych, raportów, publikacji, wywiadów indywidualnych z realizatorami, ekspertami oraz decydentami, ankiet internetowych i wywiadów pogłębionych z kobietami) jest raport z audytu programu badań przesiewowych, który zawiera główne wnioski z przeprowadzonych analiz i badań, diagnozę problemu niskiej zgłaszalności i nieskuteczności programów przesiewowych oraz rekomendacje dla resortu zdrowia, które jeśli zostaną wdrożone, umożliwią zwiększenie skuteczności badań przesiewowych w okresie kolejnych 10 lat ich realizacji. Rekomendacje przygotowano dla dwu odrębnych grup kobiet - dla populacji ogólnej oraz dla kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym i dotyczą one zarówno strony merytorycznej programów, jak również strony organizacyjnej, zarządczej, administracyjnej, finansowej i komunikacyjnej.

1. **Profilaktyka nowotworów to istotny element zdrowia publicznego.** Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów powinny zostać objęte Ustawą o zdrowiu publicznym a Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZCHN) na lata 2016-2025 w aspekcie pierwotnej profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów powinien stać się ważnym zadaniem administracji publicznej realizowanym w ramach Narodowego Programu Zdrowia.
2. **Konieczna jest ewaluacja skuteczności programów przesiewowych po pierwszych 10 latach i uwzględnienie wniosków w planowaniu kolejnych 10 lat ich realizacji.** Nowelizacja NPZCHN na lata 2016-2025 powinna stać się okazją do przeprowadzenia dogłębnej analizy skuteczności realizowanych w Polsce od 10ciu lat programów profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów oraz do przeprowadzenia dogłębnych zmian w obszarze organizacji, komunikacji i finansowania tych programów.
3. **Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów nie będą skuteczne jeśli zgłaszalność będzie niższa niż 70%.** Należy dążyć do osiągnięcia w programach profilaktyki nowotworowej poziomu zgłaszalności przekraczającego 70%, określonego na podstawie udokumentowanych wiarygodnych danych, gromadzonych przez wspólny system monitorowania profilaktyki nowotworów, gromadzący dane nie tylko od świadczeniodawców publicznych, ale także prywatnych i w tym abonamentowych. Problem niskiej zgłaszalności dotyczy zwłaszcza RSM.

4. **Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów należy dostosować do potrzeb zdrowych kobiet.** Należy zmienić podejście do profilaktyki nowotworowej, a strategię programów profilaktycznych skupić na potrzebach zdrowych kobiet. Te potrzeby należy rozpoznać, a następnie dostosować do nich organizację, finansowanie i komunikację w programach.
5. **Kobieta dokonuje wyboru placówki, w której chce wykonać badania przesiewowe a płatnik płaci wybranemu przez kobietę świadczeniodawcy.** Należy stworzyć system, w którym to kobieta wybiera miejsce wykonania badań przesiewowych, a publiczny płatnik pokrywa jego koszty u wskazanego przez kobietę świadczeniodawcy, niezależnie od jego statusu i formy działalności. Voucher na bezpłatne badanie powinien zastąpić dotychczasowe zaproszenia.
6. **System informacji o badaniach przesiewowych i umawiania wizyt online.** Należy stworzyć i udostępnić system informacji o badaniach profilaktycznych, umożliwiający zlokalizowanie i dokonanie wyboru świadczeniodawców, u których można wykonać badania profilaktyczne i dający możliwość umówienia dogodnego dla kobiety terminu badania, nie tylko telefonicznie czy poprzez wizytę w rejestracji, ale także online. Należy w przyjazny dla użytkownika sposób informować o trasach mammo czy cytobusów.
7. **Jeden program – dwie populacje docelowe.** Należy rozwijać dwie odmienne strategie organizacji i komunikacji programów profilaktyki nowotworowej dla dwu różnych populacji kobiet – dla populacji ogólnej i zagrożonej wykluczeniem. Dotychczas populacja ta najbardziej zagrożona zgonem z powodu chorób nowotworowych pozostawała poza zasięgiem programów profilaktyki, przyczyniając się do niskiej skuteczności tych programów.
8. **Dla populacji kobiet nie zgłaszających się na badania profilaktyczne – dodatkowe strategie.** W przypadku profilaktyki raka szyjki macicy należy dążyć do objęcia badaniami cytologicznymi jak największej populacji kobiet, które na te badania się zgłaszają. Dla tych subpopulacji kobiet, które na badania się nie zgłaszają, należy dodatkowo rozważyć strategię oferty nieodpłatnych dobrowolnych szczepień przeciwko HPV. W tym kontekście warto rozważyć objęcie dziewczynek w wieku 11-12 lat ze środowisk zagrożonych wykluczeniem programem dobrowolnych szczepień ochronnych przeciwko HPV finansowanym ze środków publicznych. Jednocześnie program taki wymagałby odpowiedniej edukacji dotyczącej korzyści i ryzyka związanego z samym szczepieniem. Brak rzetelnej, łatwo dostępnej i przystępnie sformułowanej informacji na temat szczepień płynącej ze strony instytucji publicznych utrudnione jest podejmowanie świadomych decyzji zdrowotnych przez pacjentki, w szczególności zaś pacjentki z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.
9. **Nie będzie skutecznej profilaktyki nowotworów bez nowego systemu informatycznego.** Należy udoskonalić i połączyć istniejące systemy informatyczne lub stworzyć *de novo* nowoczesny system informatyczny, integrujący dane SIMP z systemem płatnika, systemem szybkiej ścieżki onkologicznej, rejestrem histopatologicznym i Krajowym Rejestrem Nowotworów. Nowoczesny system informatyczny powinien gromadzić nie tylko dane dotyczące opisów wyników, ale umożliwiać także cyfrowy zapis wyników badania oraz pozwalać na kontrolę wcześniejszych wyników badań profilaktycznych, monitorowanie losów kobiet, u których wykryto zmiany oraz efektów leczenia. W systemie informatycznym powinny znaleźć się dane i wyniki dotyczące badań przesiewowych, realizowanych nie tylko w

ramach systemu publicznego, ale należy dołożyć wszelkich starań, żeby system zbierał dane także od placówek abonamentowych czy od prywatnych świadczeniodawców. Dostęp do bazy danych wyników powinien mieć personel medyczny wszystkich pięter systemu opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem personelu POZ.

10. **Nadzór nad edukacją i zgłaszalnością w badaniach przesiewowych powinien pełnić POZ. W POZ edukacją zdrowotną i profilaktyką powinny się zajmować pielęgniarki, położne i edukatorzy zdrowotni.** Organizację programów profilaktyki nowotworowej należy dla populacji ogólnej kobiet powierzyć Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Należy powierzyć zadania związane z edukacją, dotyczącą profilaktyki nowotworów oraz nadzorem nad zgłaszaniem się kobiet na badania profilaktyczne, zespołom POZ. Zadania te należy powierzyć pielęgniarkom, położnym oraz edukatorom zatrudnionym w POZ. System finansowania zadań POZ, związanych z profilaktyką nowotworów, należy uzależnić od poziomu zgłaszalności kobiet objętych opieką na badania profilaktyczne.
11. **Współodpowiedzialność za profilaktykę dla populacji zagrożonej wykluczeniem – w zadaniach OPSów.** Profilaktyka dla kobiet ze środowisk zagrożonych wykluczeniem powinna być zorganizowana z wykorzystaniem OPSów. Centrum organizacji profilaktyki dla kobiet wykluczonych powinny być nie POZy, tak jak dla ogólnej populacji kobiet, tylko OPSy, do których kobiety te często zgłaszają się z problemami społecznymi. Edukacja zdrowotna z zakresu profilaktyki nowotworów powinna zostać wpisana w zakres zadań realizowanych przez OPSy. OPSy powinny być odpowiedzialne na swoim terenie za motywowanie kobiet do badań oraz ich edukację, organizację i kontrolę dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz badań przesiewowych. Należy rozważyć wprowadzenie do postępowania w sprawie udzielenia pomocy społecznej tematyki edukacji zdrowotnej i profilaktyki nowotworów.
12. **Jedna instytucja centralna odpowiedzialna za profilaktykę nowotworów.** Obecny podział na instytucję zarządzającą operacyjnie programami (COK) oraz zarządzającą budżetem (MZ) jest przyczyną rozmycia odpowiedzialności za realizację programów. Zarządzanie programami profilaktyki nowotworowej należy powierzyć jednej instytucji centralnej, która zarządzałaby programami profilaktyki oraz budżetem na nie przeznaczonym oraz podlegała stałej kontroli efektów realizacji programów.
13. **Mierniki oceny skuteczności (KPIs) i standardy postępowania (SOP) w programach profilaktyki nowotworów.** Należy wprowadzić do programów profilaktyki nowotworów mierniki oceny ich skuteczności (KPI) zgodne z rekomendacjami European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening” (2008) oraz European Guide for Quality National Cancer Control Programmes (2015) oraz standardy postępowania (SOP), w których zostanie określony czas trwania i sposób komunikacji wyniku badania dla całego procesu badań profilaktycznych i diagnostyki pogłębionej oraz dla każdego z jej etapów osobno. Mierniki oceny skuteczności należy co roku analizować, podawać do publicznej wiadomości i wykorzystywać do dokonywania korekt i usprawnień w realizacji programów.
14. **Monitorowanie losów pacjentek skierowanych do diagnostyki pogłębionej i na leczenie.** Należy określić ścieżkę postępowania dla pacjentek z rozpoznanymi w ramach programów profilaktyki chorobami nowotworowymi i preferencyjne zasady kierowania ich na leczenie. Pacjentki kierowane z programów profilaktyki powinny zostać objęte opieką w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. Należy dopracować, a później nadzorować i analizować, skuteczność działań systemu opieki zdrowotnej łączącego programy profilaktyki i leczenie nowotworów. Należy monitorować losy

pacjentek skierowanych na leczenie. Należy dociekać przyczyn braku współpracy pacjentek w procesie diagnozowania i leczenia.

15. **Ewaluacja wyceny badań profilaktycznych.** Należy dokonać ewaluacji wyceny procedur mammografii i cytologii wykonywanych w ramach narodowych programów profilaktyki i opieki specjalistycznej w sposób, który sprawi, że kobiety zgłaszające się do programów profilaktyki będą miały wykonywane badania profilaktyczne w ramach tych programów i nie będą odsyłane do segmentu opieki specjalistycznej, a ilościowe i jakościowe wyniki badań profilaktycznych będą wprowadzane do bazy danych programów profilaktyki nowotworów.
16. **Profilaktyka nowotworów zadaniem medycyny pracy.** Należy wprowadzić obowiązek wykonywania badań profilaktycznych w kierunku nowotworów dla pracowników, jako stały element medycyny pracy.
17. **Profilaktyka nowotworów dla wszystkich, niezależnie od uprawnień do świadczeń zdrowotnych.** Programy profilaktyki nowotworowej powinny być dostępne dla wszystkich kobiet, niezależnie od posiadania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego.
18. **Edukacja to podstawa skutecznej profilaktyki.** Należy objąć obowiązkową edukacją zdrowotną w zakresie profilaktyki nowotworów młodzież w wieku gimnazjalnym.
19. **Skuteczna profilaktyka nowotworów wymaga skutecznej kampanii społecznej.** Działania komunikacyjne w zakresie edukacji i promowania wiedzy na temat profilaktyki nowotworów u kobiet powinny mieć charakter masowy, regularny, długoterminowy, ogólnopolski i być integralnym elementem programów profilaktyki nowotworów. Tylko odpowiednia korelacja działań systemowych i komunikacyjnych uwzględniająca różnorodne potrzeby kobiet w dwóch grupach docelowych (kobiety zagrożone wykluczeniem, oraz populacja ogólna 25-59 lat) ma szansę osiągnąć efekt populacyjny. Planowanie strategii komunikacji jak również jej realizację należy powierzyć jednej instytucji centralnej, która miałaby kompetencje merytoryczne oraz dysponowała budżetem zapewniającym ciągłość i systematyczność kampanii. Realizowane kampanie powinny posiadać jasno określone cele (KPI), których poziom realizacji oceniany byłby raz do roku za pomocą profesjonalnych badań marketingowych. Planowaniem kampanii i zakupem mediów powinny zająć się wyspecjalizowane podmioty posiadające odpowiednią wiedzę, oprogramowanie i narzędzia umożliwiające optymalizację działań i kosztów zakupu oraz pomiar skuteczności dotarcia komunikatu do odbiorców. Kampania społeczna powinna wykorzystywać nowoczesne narzędzia i kanały komunikacji on-line oraz media społecznościowe, gdyż umożliwiają one precyzyjne dotarcie z przekazem (socjo i geotargetowanie) interakcję pomiędzy nadawcą i odbiorcą oraz budowę emocjonalnego zaangażowania.
20. **Skuteczna profilaktyka nowotworów będzie oznaczała większe nakłady publiczne.** Wdrożenie proponowanych zmian będzie się wiązało ze wzrostem wydatków na profilaktykę nowotworów z budżetów NFZ, samorządów oraz NPZCHN. Finansowanie programów profilaktyki przez NFZ na poziomie zgłaszalności 70% będzie oznaczało wydatki na poziomie około 250 mln pln rocznie, w tym na profilaktykę raka szyjki macicy około 90 mln pln a na profilaktykę raka piersi około 160 mln pln. Do wydatków NFZ należy dodać istotnie wyższe niż dotychczas wydatki z budżetu NPZCHN na organizację, promocję i nadzór nad realizacją programów profilaktyki nowotworów. Do tych

kwot należałoby dodać koszty szczepień przeciwko HPV z budżetu publicznego dostępnych dla dziewczynek ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym. Koszt szczepień populacji około 45 tys. dziewczynek rocznie wyniósłby około 9-13,5 mln pln w zależności od zastosowanej szczepionki.

Należy dołożyć wszelkich starań, aby wnioski z dotychczasowej 10-letniej realizacji programów i proponowane zmiany w programach profilaktyki nowotworowej, determinujące ich skuteczność i efektywne wydawanie publicznych środków na profilaktykę zostały uwzględnione w nowelizowanym NPZCHN na lata 2016–2025. Kontynuowanie realizacji programów profilaktyki przez okres 10 lat na dotychczasowych zasadach oznaczać będzie świadome przyzwolenie na nieefektywne dysponowanie środkami publicznymi.

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE	3
REALIZACJA AUDYTU	11
O AUTORACH	12
RECENZJE	17
AUDYT SPOŁECZNY – METODYKA	26
CELE AUDYTU	29
ETAP I - PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA ORAZ RAPORTÓW	30
BADANIA PRZESIEWOWE – DEFINICJA, CELE, RODZAJE (MICHAŁ BRZEZIŃSKI)	31
CHARAKTERYSTYKA OGÓLNA	31
RAK SZYJKI MACICY	33
RAK PIERSI.....	34
POZOSTAŁE NOWOTWORY.....	35
PODSUMOWANIE	35
LITERATURA	36

POPULACYJNE PROGRAMY WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE - GENEZA PRAWNA, AUDYTY NIK (ADRIAN JANUS)	37
GENEZA NPZCHN.....	37
KONTYNUACJA PROGRAMU.....	37
NPZCHN NA LATA 2016-2024.....	38
AUDYTY NIK.....	39
ZGŁASZALNOŚĆ I WYKRYWALNOŚĆ RAKA – RÓŻNICE REGIONALNE (MICHAŁ BRZEZIŃSKI)	40
ZGŁASZALNOŚĆ W POLSCE I ZA GRANICĄ.....	40
WYKRYWALNOŚĆ RAKA W POLSCE I ZA GRANICĄ.....	46
BARIERY PARTYCYPACJI W BADANIACH PRZESIEWOWYCH (MARIA LIBURA)	54
KATEGORYZACJA BARIER PARTYCYPACJI W BADANIACH PRZESIEWOWYCH.....	54
LITERATURA.....	59
SKUTECZNOŚĆ PROGRAMÓW PRZESIEWOWYCH W POLSCE W ŚWIETLE OECD HEALTH STATISTICS 2015 ORAZ DANYCH KRAJOWEGO REJESTRU NOWOTWORÓW	60
SKUTECZNOŚĆ PROGRAMÓW PRZESIEWOWYCH W INNYCH KRAJACH - PRZYKŁADY DOBRYCH PRAKTYK W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA PROGRAMÓW PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ (EWA BOREK)	67
RAK SZYJKI MACICY.....	67
RAK PIERSI.....	71
ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY UMIERALNOŚCIĄ Z POWODU RAKA I UBÓSTWEM.....	73
STANDARDY MIĘDZYNARODOWE I KRAJOWE (EWA BOREK)	74
LITERATURA DO TRZECH ROZDZIAŁÓW	77
ETAP II - ANALIZA ORGANIZACJI, ZARZĄDZANIA I FINANSOWANIA PROGRAMÓW PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY I RAKA PIERSI W POLSCE NA POZIOMIE CENTRALNYM I WOJEWÓDZKIM	79
POPULACYJNE PROGRAMY PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE (EWA BOREK, ANNA SITEK)	80
PROCEDURA BADAŃ PRZESIEWOWYCH (MICHAŁ BRZEZIŃSKI)	85
ZASADY OGÓLNE.....	85
PRZEPIYW PACJENTKI W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY.....	85
PRZEPIYW PACJENTKI W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI.....	87

MONITOROWANIE LOSÓW PACJENTEK	88
FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ W SYSTEMIE PUBLICZNYM – WYCENA, ŹRÓDŁA FINANSOWANIA (MICHAŁ BRZEZIŃSKI)	89
RAPORT Z REALIZACJI BADANIA JAKOŚCIOWEGO (POLSKIE TOWARZYSTWO PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH).....	92
ZAŁOŻENIA, CELE I ZAKRES TEMATYCZNY BADANIA	93
SPOSÓB DOBORU I WIELKOŚĆ PRÓBY	94
METODA REALIZACJI WYWIADÓW	96
GŁÓWNE WYNIKI ORAZ REKOMENDACJE Z BADANIA	97
ANALIZA FUNKCJONOWANIA WOJEWÓDZKICH OŚRODKÓW KOORDYNUJĄCYCH POPULACYJNE PROGRAMY PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW (ALEKSANDRA GAC, BEATA GRONEK).....	128
OBSZAR: BUDŻET OGÓLNY, WARTOŚĆ ŚRODKÓW PRZEZNACZONY NA POSZCZEGÓLNE DZIAŁANIA, ELEMENTY SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH, DZIAŁANIA OBLIGATORYJNE I DODATKOWE ZAWARTE W UMOWIE Z WOK NA RZECZ POPRAWY ZGŁASZALNOŚCI NA BADANIA PROFILAKTYCZNE	129
OBSZAR: WSPÓŁPRACA MIĘDZY WOK A POZOSTAŁYMI REALIZATORAMI PROGRAMU, KONTROLE, AUDYTY I SZKOLENIA ŚWIADCZENIODAWCÓW	131
OBSZAR: WSPÓŁPRACA Z SAMORZĄDAMI, ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI I IN., DZIAŁALNOŚĆ WOK W KONTEKŚCIE RÓŻNIC SPOŁECZNYCH	132
LITERATURA	133
ETAP III – BADANIA OPINII KOBIET DOTYCZĄCE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACIY (ANNA SITEK, JOANNA TURKIEWICZ)	134
CEL BADAŃ.....	135
METODY I TECHNIKI BADAWCZE - ORGANIZACJA BADAŃ.....	135
BADANIA ILOŚCIOWE	135
BADANIA JAKOŚCIOWE	136
CHARAKTERYSTYKA PRÓBY BADAWCZEJ	137
GŁÓWNE WYNIKI Z BADAŃ ORAZ REKOMENDACJE	141
BARIERY UTRUDNIAJĄCE ZGŁASZANIE SIĘ NA BADANIA CYTOLOGICZNE	145
CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE BADANIOM CYTOLOGICZNYM	146
OPINIE I PREFERENCJE KOBIET	148
ORGANIZACJA BADAŃ.....	157
ZAPROSZENIE NA CYTOLOGIĘ	162
LITERATURA.....	164

STRATEGIA KOMUNIKACJI (IZABELLA DESSOULAVY-GŁADYSZ)	165
ANALIZA SYTUACJI WYJŚCIOWEJ POD WZGLĘDEM KOMUNIKACJI POPULACYJNEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY (DALEJ: PROGRAMU)	166
BADANIA MARKETINGOWE JAKO NIEZBĘDNY ELEMENT TWORZENIA REKOMENDACJI DOT. STRATEGII KOMUNIKACJI PROGRAMU- METODOLOGIA I NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI	171
OCENA JAKOŚCIOWA MATERIAŁÓW I KAMPANII KOMUNIKACYJNYCH.....	184
WYTYCZNE STRATEGICZNE I REKOMENDACJE ZMIAN W STRATEGII KOMUNIKACJI SPOŁECZNEJ PROGRAMU.....	196
JAK PORADZIĆ SOBIE Z WYZWANIEM ZBUDOWANIA SKUTECZNEJ STRATEGII KOMUNIKACJI ?	198
WNIOSKI I REKOMENDACJE Z AUDYTU SPOŁECZNEGO	205
GŁÓWNE WNIOSKI I REKOMENDACJE	206
WNIOSKI I REKOMENDACJE SZCZEGÓŁOWE - POPULACJA OGÓLNA KOBIEC.....	209
WNIOSKI I REKOMENDACJE SZCZEGÓŁOWE – POPULACJA KOBIEC ZAGROŻONYCH WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM	218
SPIS TABEL	221
SPIS WYKRESÓW	222
SPIS SCHEMATÓW	224

REALIZACJA AUDYTU



Audyt społeczny narodowych programów profilaktyki nowotworowej był realizowany w okresie maj 2015 - kwiecień 2016 roku przez Fundację MY Pacjenci, we współpracy z ekspertami oraz Fundacją Alivia, Icelandic Cancer Society i Polskim Towarzystwem Programów Zdrowotnych. Prace w ramach audytu były finansowe ze środków Europejskiego Obszaru Gospodarczego, których operatorem w ramach projektu grantowego „Obywatele dla Demokracji” była Fundacja Batorego. Raport powstał jako wyraz potrzeby partycypacji pacjentów w procesie podejmowania decyzji w sprawie poprawy skuteczności profilaktyki onkologicznej w Polsce. Efektem współpracy oraz realizowanych w ramach audytu badań i analiz jest dokument pt. „Raport z audytu społecznego narodowych programów profilaktyki nowotworowej”, składający się z (1) Raportu i rekomendacji dotyczących organizacji badań przesiewowych; oraz (2) Strategii komunikacji do grup docelowych kobiet. Dotyczą one programów przesiewowych w kierunku wykrycia raka szyjki macicy oraz raka piersi.

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZCHN) jest obecnie nowelizowany na lata 2016-2024, stąd w trakcie przeprowadzania audytu trwały prace nad uchwałą Rady Ministrów i stosownymi rozporządzeniami. Realizatorzy audytu przekazywali swoje uwagi i stanowisko podmiotom zaangażowanym w nowelizację programu oraz próbowali wpłynąć na ostateczny kształt zapisów programu.

Partnerzy przed przystąpieniem do audytu zidentyfikowali trzy najistotniejsze obszary determinujące skuteczność badań przesiewowych: (1) organizację (2) finansowanie badań, oraz (3) komunikację z grupami docelowymi kobiet. Początkowo zakładano, że wnioski i rekomendacje wynikające z audytu będą dotyczyły jednej grupy docelowej tj. kobiet będących adresatkami badań przesiewowych. W trakcie realizacji audytu partnerzy uznali, że należy przygotować dwie odrębne grupy wniosków i rekomendacji oraz strategii komunikacji skierowane do dwu różnych grup docelowych – kobiet zagrożonych wykluczeniem oraz pozostałych kobiet.

Ewa Borek



Lekarz, menadżer, ekspert z wieloletnim doświadczeniem pracy na rzecz poprawy dostępu pacjentów do nowoczesnych terapii. Ekspert w dziedzinie organizacji i finansowania ochrony zdrowia oraz zdrowia publicznego. Absolwentka studiów MBA Illinois University oraz kursu HTA w London School of Economics. Organizator dużych międzynarodowych projektów edukacyjnych, wśród których warto wymienić projekt Wolność Oddechu, który realizowany w szkołach podstawowych w całej Polsce doprowadził do upowszechnienia wiedzy o astmie wśród 1 mln uczniów, czy projekt Rak Piersi od A do Z, który zaowocował wzrostem świadomości praw pacjenta wśród polskich Amazonek. Autorka bloga www.pacjenci.blogspot.com oraz licznych publikacji w prasie branżowej, poruszających tematykę z zakresu usprawnienia systemu ochrony zdrowia. Ekspert aktywnie wspierający organizacje pacjenckie. Obecnie od 2012 roku Prezes Fundacji MY Pacjenci działającej na rzecz zwiększenia partycypacji pacjentów w procesie podejmowania decyzji w ochronie zdrowia.

Michał Brzeziński



Dr n .med., absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku i Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku. Specjalista pediatrii, specjalista leczenia otyłości (Certyfikat Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Otyłością – SCOPE). Wykładowca akademicki z zakresu pediatrii, zdrowia publicznego, główne obszary badań i dydaktyki to gastroenterologia i żywienie dzieci, profilaktyka zdrowotna, zarządzanie i ewaluacja programów zdrowotnych oraz marketing społeczny w zdrowiu publicznym. Autor i pierwszy koordynator Programu „6-10-14 dla Zdrowia” – pierwszego w Polsce kompleksowego programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym u dzieci i młodzieży. Członek Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych, w którym buduje i realizuje programy i polityki zdrowotne dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego i instytucji prywatnych. Stypendysta Trust for Civil Society in Central and Eastern Europe w 2012 roku. Laureat konkursu Super Talenty Medycyny w roku 2012 w konkursie organizowanym przez Puls Medycyny oraz wyróżnienia w kategorii Zdrowie Publiczne konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia — Liderzy Medycyny w 2013 r. organizowanym przez wydawnictwo Termedia i miesięcznik “Menedżer Zdrowia”. Od 2015 r. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w POW NFZ.

Beata Groniek



Magister wydziału prawa i administracji Członek Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych aktywnie uczestniczący w realizacji programów zdrowotnych, wieloletni edukator z zakresu cukrzycy prowadzący szkolenia dla personelu szkolnego na temat postępowania w cukrzycy i opieka nad dzieckiem w placówce oświatowej. Specjalista w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,

Aleksandra Gac



Specjalista obszaru zdrowia publicznego i zarządzania (ekonomiczne otoczenie biznesu), doktorantka Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator projektów w Polskim Towarzystwie Programów Zdrowotnych, pracownik Programu zdrowotnego w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia”, W ramach audytu Narodowego Programu Profilaktyki Nowotworowej reprezentuje Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych jako Partnera projektu oraz koordynuje wszystkie działania powierzone Towarzystwu

Izabella Dessoulavy-Gładysz



Ekspert w zakresie komunikacji społecznej, PR i Public Affairs. Od wielu lat specjalizuje się również w budowaniu i umacnianiu wizerunku osób i organizacji z wykorzystaniem nowoczesnych i różnorodnych narzędzi komunikacji w tym mediów społecznościowych. Wieloletnie doświadczenie zawodowe w zakresie budowania skutecznych strategii komunikacji zdobywała pracując na stanowiskach managerskich międzynarodowych organizacji w różnorodnych sektorach m.in. ubezpieczeniowym, bankowym, logistycznym. Przez wiele lat pełniła funkcję rzecznika prasowego, organizując i prowadząc debaty, konferencje prasowe oraz kongresy. Była również odpowiedzialna za prowadzenie działań Public Affairs budując relacje z różnorodnymi grupami interesariuszy. Tematyką komunikacji w ochronie zdrowia jak również wpływem na tworzenie rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia w Polsce zajmuje się od 2012 roku współpracując z organizacjami takimi jak PASMI czy INFARMA. Od 2015 wspiera Fundację My Pacjenci w zakresie szeroko pojętej komunikacji i edukacji. Jest odpowiedzialna za rozwijanie kontaktów z mediami oraz realizację działań statutowych Fundacji. Absolwentka Zarządzania Wyższej Szkoły Marketingu i Biznesu w Łodzi, oraz programu doskonalenia i rozwoju umiejętności menedżerskich Management 200ITM w Canadian International Management Institute ICAN we współpracy z Harvard Business School Publishing.

Adrian Janus



Prawnik, aplikant radcowski przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Krakowie. Specjalizuje się w szeroko rozumianym prawie medycznym, prawie ubezpieczeń, jak również w zagadnieniach dotyczących bezpieczeństwa informacji i ochrony danych osobowych. Zawodowo zajmuje się obsługą prawną podmiotów działających w branży medycznej. Stypendysta Fundacji im. Lesława A. Pagi w ramach projektu "Liderzy w sektorze ochrony zdrowia". Prawo ochrony zdrowia studiował w Polsce oraz w Holandii, w ramach międzynarodowego kursu "Health Law and Ethics" organizowanego przez Uniwersytet Erazma w Rotterdamie. W trakcie studiów na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego Prezes Koła Naukowego Prawa Medycznego UJ oraz członek Sekcji Prawa Medycznego uniwersyteckiej poradni prawnej, udzielającej pro bono porad prawnych osobom borykającym się z naruszeniami praw pacjenta. Autor i redaktor publikacji z zakresu prawa ochrony zdrowia. W wolnych chwilach bloger, autor bloga prawomedyczne.edu.pl, poświęconego prawnym aspektom działalności medycznej oraz prawom pacjenta.

Maria Libura



Dyrektor Instytutu Studiów Interdyscyplinarnych Uczelni Łazarskiego. Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej. Ekspert i aktywny działacz organizacji działających na rzecz pacjentów. Autorka publikacji z zakresu chorób rzadkich oraz badań nad dyskursem oraz komunikacją w ochronie zdrowia.

Kristján Oddsson



Lekarz medycyny, certyfikowany specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Od 2013 roku dyrektor medyczny Kliniki wykrywania raka. Od stycznia 2016 roku prezes Islandzkiego Towarzystwa Onkologicznego. Wykładowca na Wydziale Medycznym Uniwersytetu w Islandii. Autor licznych publikacji z zakresu medycyny.

Anna Sitek



Socjolog, prawnik, doktorantka w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, posiada doświadczenie jako szkoleniowiec i wykładowca, poparte działalnością dydaktyczną na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika i Universidad Nacional Autónoma de México w Mexico City, uczestnictwem w międzynarodowych projektach badawczych oraz współpracą z organizacjami pozarządowymi, w tym z Fundacją MY Pacjenci. Jest prezesem Centrum Inicjatyw Obywatelskich.

Joanna Turkiewicz



Ekonomista, socjolog, doktorantka na Wydziale Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, pisze pracę doktorską związaną ze zmianą postaw pacjentów i skutecznością kampanii społecznych w ochronie zdrowia. Jest wieloletnim praktykiem z zakresu mediów społecznościowych i wykorzystywania nowoczesnych narzędzi komunikacji w celu budowania wizerunku. Posiada doświadczenie w realizowaniu badań społecznych, wykładowca Ośrodka Doradztwa Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej, członek Zarządu Fundacji My Pacjenci.

RECENZJE

PROF. ANDRZEJ M. FAL, PREZYDENT POLSKIEGO TOWARZYSTWA ZDROWIA PUBLICZNEGO

W Polsce problem chorób nowotworowych do tej pory nie został rozwiązany w rozumieniu systemowego podejścia w ochronie zdrowia.

Z jednej strony dysponujemy coraz doskonalszą i ciaśniejszą siecią ośrodków zajmujących się diagnostyką i terapią nowotworów. Albo bezpośrednio, a najczęściej w formie programów lekowych nasi pacjenci mają dostęp do dużej części najnowocześniejszych terapii biologicznych. Z drugiej strony przeżywalność pięcioletnia w Polsce należy do najmniejszych w Europie, w związku z tym umieralność jest także niepokojąco wysoka.

Przedstawiony raport Fundacji MY Pacjenci przedstawia w sposób bardzo kompleksowy przeprowadzony audyt społeczny, który z samej swojej zasady dał istotne wnioski dotyczące wszystkich etapów działania przeciwnowotworowego. Należy pogratulować autorom i wykonawcom szczególności metodycznej i znajomości całości zagadnienia.

Z mojego punktu widzenia najistotniejsze są cztery kwestie:

1. Skuteczność edukacji i profilaktyki.
2. Proaktywne wyjście do zdrowych kobiet dla poprawy ich uczestnictwa w badaniach.
3. Systemowe regulacje profilaktyki i edukacji – interesariusze odpowiedzialni.
4. Opieka środowiskowa nad pacjentką w trakcie i po terapii.

Ad. 1. Skuteczność edukacji jest osiągnięta tylko wtedy, gdy edukacja jest procesem ciągłym i długotrwałym. Dlatego edukacja prowadzona powinna być już w szkołach ponadpodstawowych (MEN), w przychodniach (głównie POZ), w przestrzeni publicznej (NGO, samorządy) i mediach (działalność statutowa mediów publicznych). Drugi etap to profilaktyka drugorzędowa, czyli badania przesiewowe. Ich skuteczność zależy z kolei od zgłaszalności. Moim zdaniem zgłaszalność jest pochodną świadomości, a ta z kolei wynika z edukacji. Tak więc istotnym stwierdzeniem raportu – wartym rozbudowania – jest wielość interesariuszy i współodpowiedzialnych za edukację i profilaktykę. Prosty, wpływającym z tego wnioskiem jest konieczność unifikacji działań, a odpowiedzialność za tę koordynację ponosi dziedzina zdrowia publicznego. Istniejąca ustawa niestety nie uwypukla tego w sposób dostateczny.

Ad. 2. Niska zgłaszalność kobiet na badania powinna natychmiast wywoływać działania retroaktywne, a samo przewidywanie frekwencji na podstawie ewaluacji dotychczasowych wyników - proaktywne. Wymaga to po pierwsze rzetelnej ewaluacji każdego programu, zarówno ogólnopolskich, jak i lokalnych. Prowadzenie wieloletnie programów w jakiegokolwiek dziedzinie bez ewaluacji ich efektywności jest błędem w sztuce. Po drugie istnieją niewykorzystane dotychczas sposoby zwiększenia frekwencji, na przykład: wprowadzenie takiego wymogu do medycyny pracy dla kobiet w wieku 30, 35 itd.; lub wprowadzenie konieczności przedstawienia wyniku badania przy uzyskiwaniu wszelkich zaświadczeń (o zdolności do pracy w danym zawodzie, o przysługujących zasiłkach socjalnych lub pielęgnacyjnych itd.). Oczywiście noszą te działania znamiona wymuszania profilaktyki, ale dopóki nie będziemy mieli w społeczeństwie efektów edukacyjnych w postaci świadomości i samostnej chęci badania, musimy dla dobra samych pacjentek (lub potencjalnych pacjentek) przyjąć szersze rozwiązania.

Ad. 3. Jak wspomniałem powyżej liczba interesariuszy systemu jest duża. Raport podkreśla, i ja całkowicie się z tym zgadzam, że nie ma ładu organizacyjnego w Polsce w tym zakresie. W systemie powinni być włączeni pracodawcy (medycyna pracy), samorządy (oświata zdrowotna), organizacje pozarządowe (NGO). A koordynacja powinna pozostawać w rękach POZ (i być ściśle rozliczana!!!). Drugim koordynatorem, co ważne mającym wgląd w populację zagrożoną wykluczeniem, powinny być OPSy. Wszystko to jednak zależy od ustawowych zapisów kompetencji i obowiązków oraz od przychylności systemu (w tym regulacji finansowych) dla NGO stanowiących istotny element budowania społeczeństwa obywatelskiego.

Ad. 4. Problemem, do którego raport i audyt się nie odnoszą jest edukacja i opieka w środowisku życia nad pacjentką będącą w trakcie lub po zakończeniu terapii w rozumieniu onkologów. Dotyczy to z pozoru prostych spraw, wpływa jednak istotnie na przeżywalność pacjentki (przypominanie o wizytach i badaniach kontrolnych), jakość życia (pomoc psychologa), powrót do pełnej aktywności (grupy wsparcia, zachęty dla pracodawców). Ponownie są to zadania dla zdrowia publicznego, a w jego ramach dla samorządów, NGO i pielęgniarek środowiskowych.

Reasumując, raport przedstawił niedomaganie całości systemu prewencji nowotworowej, skutkujące wysoką zachorowalnością i późną zgłaszalnością. Jest to bardzo złe, bo niweczy efekt nowoczesnej diagnostyki i terapii pozostawiając Polskę na bardzo odległym miejscu jeśli chodzi o czas przeżywalności liczony od daty diagnozy. Drugim wnioskiem jest absolutnie niedocenie roli zdrowia publicznego i wszystkich zaangażowanych w nim podmiotów w edukacji i profilaktyce zdrowotnej.

Spośród wszystkich nowotworów złośliwych, najbardziej skuteczne kontrolowanie poprzez badania przesiewowe obserwujemy w przypadku raka szyjki macicy. Badanie przesiewowe szyjki macicy co trzy do pięciu lat może zapobiec do czterech na pięć przypadków raka szyjki macicy. Takie korzyści można osiągnąć tylko wtedy, gdy badania przesiewowe są prowadzone w zorganizowanych, programach populacyjnych z zapewnieniem jakości na wszystkich poziomach.

Zwykle najważniejszym czynnikiem przyczyniającym się do sukcesu badań przesiewowych jest zasięg, tzn. udział kobiet w populacji docelowej badanych przynajmniej raz w czasie standardowego przedziału zalecanego przez program przesiewowy. Wymierny cel 70% partycypacji jest ambitny ale i konieczny.

Ponieważ zasięg jest najważniejszym czynnikiem przyczyniającym się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy zrozumiałe jest, że wnioski i zalecenia Fundacji MY Pacjenci koncentrują się na tym jak skłonić kobiety do udziału w badaniach profilaktycznych. Ponadto, jak zapewnienie równego dostępu do badań przesiewowych ze zwróceniem szczególnej uwagi na sytuację kobiet o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, wśród których występuje większe ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. Fundacja MY Pacjenci przedstawia również, jak ważny jest dostęp do profilaktyki pierwotnej ze szczepionkami przeciwko wirusowi HPV, zwłaszcza wśród nieuprzywilejowanych. Co więcej, koszty mogą stanowić utrudnienie dla wielu kobiet. Dlatego, jak Fundacja MY Pacjenci, proponuje system kuponów jako być część zabezpieczenia równego dostępu do programu badań przesiewowych.

Dobrze zorganizowany program badań przesiewowych musi osiągnąć wysoką akceptację populacji i duży zasięg. Fundacja MY Pacjenci mówi o znaczeniu poznania kobiecych potrzeb i jak to może wpłynąć na akceptację i udział w programie badań przesiewowych.

Systemy informacyjne oparte o dane populacyjne muszą być wprowadzone w życie dla ciągłego monitorowania wskaźników badań przesiewowych. System informacji jest niezbędnym narzędziem do zarządzania programem badań przesiewowych, tj. obliczanie wskaźników obecności, zgodności, jakości i oddziaływania. Ponadto, dostarczanie informacji zwrotnych dla zaangażowania pracowników służby zdrowia, interesariuszy i służby zdrowia jest bardzo istotne dla monitorowania i oceny programu.

Kwestie te są wyraźnie przedstawione we wstępnych wnioskach i zaleceniach Fundacji MY Pacjenci. Ważne jest, aby służba zdrowia zapewniła odpowiednie ramy prawne dla rejestracji poszczególnych danych i łączność między bazami danych populacyjnych, plikami badań przesiewowych i rejestrów raka i umieralności na raka. Jest to tym bardziej istotne w krajach z innymi płatnikami. Dzisiejsza technologia pozwala na umawianie spotkań on-line co może zredukować koszty. W przyszłości można rozważyć czy zaproszenia elektroniczne nie powinny zastąpić listownych.

Aby zmaksymalizować pozytywny wpływ i zminimalizować negatywne skutki, badania przesiewowe powinny być realizowane tylko w zorganizowanych okolicznościach. Jak podkreśla Fundacja MY Pacjenci ważne jest by kluczowe wskaźniki zostały wprowadzone w celu oceny programu badań przesiewowych. Europejskie wytyczne dotyczące zapewnienia jakości w badaniach przesiewowych raka szyjki macicy, wydanie drugie podają plan organizacji programu badań przesiewowych. Dobrze zdefiniowane i obliczone wskaźniki umożliwią porównania międzynarodowe.

Fundacja MY Pacjenci przedstawiła ambitne wnioski i zalecenia w celu identyfikacji kobiecych potrzeb służących zwiększeniu udziału kobiet w programie badań przesiewowych. Ponadto zaproponowała środki, które mogą prowadzić do bardziej równego dostępu do badań przesiewowych. Co więcej wykazała potrzebę systemów informacyjnych opartych o dane populacyjne dla ciągłego monitorowania wskaźników wydajności badań przesiewowych i wskaźników procesowych.

Te wnioski i zalecenia są ważnym planem działania dla poprawy badań przesiewowych.

„Czy skutecznie dbamy o zdrowie kobiet?” - to naprawdę dobrze postawione pytanie w przypadku analizy tego, co udało się osiągnąć, a co osiągnąć jeszcze można w ramach programów profilaktycznych.

Audyt społeczny przeprowadzony w obszarze profilaktyki raka piersi i szyjki macicy uzupełnia a w jeszcze większej liczbie obszarów wypełnia puste miejsca, pozostawione przez władze publiczne. Przymiotnik „społeczny” sugeruje dwa kierunki rozumienia i odczytywania wyników audytu. Po pierwsze, że jest skoncentrowany na społecznym wymiarze audytowanego obszaru. Tak w istocie jest, ponieważ tych społecznych uwarunkowań, efektów i interakcji związanych z profilaktyką nowotworów kobiet nie brakuje. Drugim wymiarem społecznego charakteru audytu jest uczynienie zastrzeżenia, że audyt nie jest zbyt oficjalny i nie powinno się wobec niego stosować bardzo ostrych kryteriów oceny profesjonalnej.

Przyjmując takie zastrzeżenie do wiadomości, mogę z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że z bardziej profesjonalną, pogłębioną i szeroką oceną przedmiotowych programów profilaktycznych nie spotkałem się. Nie oznacza to bynajmniej, że dla ewentualnych następców nie pozostaje żaden obszar do analiz i wyciągania z nich wniosków. Wręcz przeciwnie, sformułowane tezy bywają na tyle odważne, że wymagałyby „drugiej opinii” zanim ostatecznie stałyby się obowiązującymi rozwiązaniami. Część z kolei zagadnień została co prawda zasygnalizowana, ale bez ostatecznych wniosków, a nawet bez wystarczającej faktografii pomagającej dane zmiany uzasadnić.

Właśnie w powyższy sposób rozumiem przygotowanie tej recenzji: podkreślenie spraw bezdyskusyjnych, do łatwego rozwiązania, osobno spraw wymagających rozważenia i wreszcie takich, które w przyszłości warto byłoby pogłębić.

Pierwsza sprawa, którą moim zdaniem należy poruszyć to ewentualnie obowiązkowy udział w badaniach. Temat przejawiał się w kilku różnych rozdziałach, i chociaż wprost nie można znaleźć rekomendacji ani za ostatecznym odrzuceniem takich prób, ani za podjęciem w tym kierunku konkretnych działań, przedstawiając jednocześnie zarówno argumenty „za” jak i „przeciw”. Sprawa jest na tyle kluczowa, że w istocie jest alternatywą dla innych proponowanych rozwiązań. Temat nie jest zupełnie nowy, w 2008 roku ówczesny Minister Zdrowia zapowiadał częściowe objęcie obowiązkiem przez zmiany w prawie pracy. Wprowadzenie rozwiązania zostało wówczas zarzucone, nie otworzyło jednak żadnego przeglądu możliwych szczegółowych rozstrzygnięć. Debata pod hasłem „czy badania profilaktyczne powinny być obowiązkowe a jeśli tak, to jak ten obowiązek powinien być egzekwowany” jest moim zdaniem przed nami.

Kolejnym ważnym punktem przeglądu programów profilaktycznych jest niedostatek zarządzania czy też precyzyjniej – zbyt duże rozproszenie kompetencji decyzyjnych w podejmowaniu kluczowych i codziennych decyzji w ramach programów.

Warto wskazać, że raport wskazał na problemy występujące w całym okresie trwania programów. Nie objął swoim badaniem wpływu, jaki na rozpoznawanie i leczenie nowotworów kobiet mógł wywrzeć pakiet onkologiczny i tylko w niewielkim stopniu o ustawie o zdrowiu publicznym. Nie jest to bynajmniej zarzut, warto wręcz wskazać odwrotną relację – przy tworzeniu pakietu onkologicznego w niewielkim tylko stopniu skorzystano z doświadczeń programów profilaktycznych, a i przy pracach nad ustawą o zdrowiu publicznym nie dokonano przeglądu regulacji działających w tym obszarze.

Na pewno wartością „Czy skutecznie dbamy ...?” jest ponowne zwrócenie uwagi, że rozwiązania legislacyjne w ochronie zdrowia powinny w większym stopniu analizować rozwiązania pośrednio lub bezpośrednio dotknięte nowymi inicjatywami. Natomiast samo wskazanie niespójności otwiera kolejne pole dyskusji – jak lepiej zorganizować zarówno programy profilaktyczne jak i w ogóle diagnostykę nowotworów.

Obecne rozwiązanie, pozostające zresztą w zawieszeniu, zakłada pół-instytucjonalne a pół-programowe funkcjonowanie Centralnych i Wojewódzkich Ośrodków Koordynacyjnych.

Jednym z wniosków z audytów jest utworzenie jednej centralnej instytucji odpowiedzialnej na poziomie krajowym. Jak jednak łatwo zauważyć, to za takim ogólnym hasłem może kryć przynajmniej kilka praktycznych rozwiązań, każdy z własnymi zaletami i wadami.

Analizując audyt nie sposób odnieść się do audytów z „pierwszego”, to jest publicznego sektora. Autorzy przywołują w tekście raporty Najwyższej Izby Kontroli. Porównanie obu rodzajów audytów wskazuje, że także dla audytorów NIK zajmujących się ochroną zdrowia raport społeczny powinien być lekturą obowiązkową. W wielu przypadkach ustalenia i wnioski z audytu społecznego są rozwinięciem ustaleń audytorów NIK-u, część zaś może wskazać na zupełnie nowe obszary, do tej pory z różnych przyczyn w ich pracach pomijane.

Ostatnia uwaga natury ogólnej powinna dotyczyć filozofii zarządzania zmianą. Z jednej strony reakcją na słabo funkcjonujące rozwiązania przejawia się w postulatach „reinżynierii”, całościowej przebudowy stosowanych rozwiązań i przeprowadzenia swego rodzaju rewolucji. Oczywiście po faktycznym wprowadzeniu ambitnych zmian okazuje się często, że efekty nie są zgodne z oczekiwaniami. Z drugiej strony postulaty natury rewolucyjnej służą jedynie utrwaleniu status quo, na zasadzie, że skoro należałoby dokonać zmian radykalnych, co nie jest praktycznie możliwe, najlepiej pozostawić sprawy bez żadnej ingerencji.

Osobiście jestem zwolennikiem dokonywania nawet drobnych zmian, tam gdzie to wskazane i pożyteczne. W efekcie siła sumy mniejszych zmian nie musi wcale odbiegać od głębokiej przebudowy przy jednocześnie zdecydowanie niższych kosztach i większej płynności funkcjonujących rozwiązań. Audyt wybrał drogę pośrednią, zakładając miejscami bardzo radykalne zmiany a czasami postulując zmiany w określonych, wąskich fragmentach, co oczywiście przy jego społecznym charakterze, jest jak najbardziej usprawiedliwione.

Warto przejść do kilku szczegółowych rozwiązań i ustaleń z przedmiotowego audytu.

Zupełnie słusznie autorzy raportu wskazują na potrzebę zaangażowania systemu edukacji, już na poziomie gimnazjum, do programu profilaktycznego. Z pewnością jest to godne poparcia, chociaż tematy profilaktyki są już w programach szkolnych obecne. Wydaje się jednak, że ze względu na dużą zmienność przepisów i pomysłów organizacyjnych, należałoby skoncentrować się na samych podstawach teoretycznych diagnostyki i postępowania w przypadkach nowotworów. W przeciwnym bowiem razie przeładujemy program uczniów, który stanie się nieaktualny zanim zaczną oni kwalifikować się do poszczególnych programów.

Zupełnie słusznie autorzy zwracają uwagę, że teza o bezwzględnych korzyściach z mammografii przesiewowej jest obecnie podważana. Przeprowadzenie analizy korzyści i kosztów programu w warunkach polskich na całkiem długim interwale czasowym jest postulatem bezdyskusyjnym. Obserwowany wzrost długości przeżycia kobiet z rakiem piersi wynika zapewne zarówno z lepszej i skuteczniejszej diagnostyki, w tym głównie badań populacyjnych, jak i z lepszych dostępnych technologii terapeutycznych.

W tym kontekście niezbędne byłoby także głębokie zreformowanie Krajowego Rejestru Nowotworów. Obecnie bowiem taka analiza opierać się może albo o niepełne dane z rejestru albo opierać się na innych danych, których jakość również pozostawia sporo do życzenia. Ostatecznie każda decyzja oparta o niepewne dane staje się wątpliwa a przy tym trudna do rzetelnego zweryfikowania. Dobrze funkcjonujący rejestr służyć będzie nie tylko profilaktyce ale tym bardziej ten postulat powinien mocno wybrzmieć przy okazji debaty o programach profilaktycznych.

W szczególności porównanie zarówno z epidemiologią jak i z osiągnięciami innych krajów w zakresie profilaktyki i leczenia nowotworów mogłyby uzyskać znacznie wyższy stopień wiarygodności.

Obecnie trudno ocenić na poziomie kraju w jakim stopniu zaawansowania nowotwory są rozpoznawane, jak efektywna jest diagnostyka pogłębiona oraz czy wyniki leczenia. W rezultacie można byłoby uzyskać także efekt większego zaufania pacjentek zarówno do samych badań jak i do funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Sporo miejsca audyt poświęcił kwestiom dostępu do badań. Ze względu na własne doświadczenia zawodowe nie sposób, abym mógł uniknąć tego tematu. Propozycja adhezyjnego zawierania umów z płatnikiem publicznym lub nawet rozliczania bez tego typu formalności brzmi dość radykalnie i na pierwszy rzut oka atrakcyjnie.

Jednak rozwiązanie takie rodzi także określone ryzyka. Przede wszystkim w zakresie nadzoru nad jakością badań i potencjalną możliwością wyeliminowania podmiotów nie spełniających choćby kryteriów bezpieczeństwa. Ponadto, w przypadku badań mammograficznych takie rozwiązanie uprzywilejowałoby podmioty realizujące świadczenia w sposób mobilny.

Kompromisowym rozwiązaniem byłoby ewentualne wprowadzenie takiej zasady stopniowo, poczynając od podmiotów spełniających najwyższe wymogi jakościowe.

Sprawa jakości samych badań należy moim zdaniem także do kluczowych zagadnień nie tylko programów profilaktycznych ale całej ochrony zdrowia w naszym kraju. Objęcie kontrolą jakości badania realizowane prywatnie nie będzie z pewnością łatwe i należy spodziewać się sporego oporu, jest jednak fundamentalnie słuszne.

Problem audytów technicznych i klinicznych w ramach programu jest w opracowaniu dość szeroko poruszany. Uzupełniając kwestię zapewnienia jakości i bezpieczeństwa badań, warto podkreślić jeszcze dwie inne okoliczności. System audytu klinicznego jest w zasadzie unikalnym rozwiązaniem w Polsce i mógłby stanowić wzór do zastosowania także w innych obszarach diagnostyki i leczenia. Druga natomiast – to zbyt mała komunikacja wyników audytu i rzeczywisty brak premiowania dobrych praktyk.

W tym miejscu warto przejść do obszaru kształtowania umów czy szerzej relacji płatnik- świadczeniodawca. Audyt porusza to zagadnienie w kilku miejscach nie podejmując jednocześnie jednoznacznych rekomendacji. Nawet w przypadku przejścia kompetencji przez nowy centralny podmiot odpowiedzialny w całości za programy profilaktyczne problem przecież nie zniknie. Opracowanie i wdrożenie zasad kontraktowych opartych w większym stopniu o zapewnienie jakości i efektywności (fee for performance) jest zagadnieniem czekającym na swoją kolej.

Z drugiej strony część innych postulatów odnoszonych do płatnika lub do legislacji kształtującej praktykę jego funkcjonowania pozostaje w pełni słuszna i aktualna. Rola zespołu podstawowej opieki zdrowotnej w promowaniu programów i kontroli udziału w nich przez grupy docelowe jest oczywisty i co ważniejsze, możliwy do realizacji. Okazją do wprowadzenia zmian może być choćby aktualizacja pakietu onkologicznego, która wkrótce trafi do konsultacji społecznych.

Dużą wartością przeprowadzonego audytu jest analiza grup docelowych, komunikacji, promocji i metod dotarcia do adresatów programu.

Właśnie w tym obszarze są wskazane małe interwencje o sumarycznie dużym potencjale. Doskonałym przykładem jest redakcja listu zapraszającego do badania. Taka pozornie drobna sprawa wpływa bez wątpienia na wizerunek i efektywność całego projektu.

Audyt jest oparty między innymi na badaniach ankietowych samych adresatek programów profilaktycznych. Mimo, że trudno w tego typu badaniu dotrzeć do reprezentatywnych prób właściwych grup docelowych, są według mnie bardzo cenne.

Mając w pamięci badanie CBOS z 2012 roku o postawach wobec zdrowia i profilaktyki w szczególności, w którym 3/4 badanych uznało, że każdy jest współodpowiedzialny za własne zdrowie i korzystanie z wartościowych badań do nich należy, z tym większym zainteresowaniem zapoznałem się z zebranymi opiniami.

Cennym uzupełnieniem są opinie zebrane wśród podopiecznych MONAR-u. Spore i często zaskakujące różnice rzeczywiście przemawiają za koniecznością przeformułowania polityki społecznej i praktyki instytucji pomocy dla grup upośledzonych (w sensie społecznym oczywiście). To z pewnością kolejny ważny obszar, gdzie wyniki audytu mogłyby znaleźć zastosowanie.

Na samym końcu wypada odnieść się do postulatu rozszerzenia technologii stosowanych w profilaktyce o szczepienia przeciwko HPV. Nie negując możliwego uzasadnienia merytorycznego wydaje się, że ewentualna decyzja powinna jednak być poprzedzona weryfikacją populacji samorządów, w których program ten od kilku lat jest realizowany – tak pod kątem skutków medycznych jak i społecznych.

Raport z audytu to z pewnością dokument wyjątkowy. Waga spraw poruszanych w społecznym audycie znajduje adekwatną reakcję w profesjonalnym podejściu do poruszanych problemów i szerokim kontekście przeprowadzanych analiz. Wyraża praktycznie to, co dla obserwatorów funkcjonowania i społecznego odbioru instytucji ochrony zdrowia powinno być już od dawna oczywiste. Społeczeństwo oczekuje efektywnego rozwiązywania problemów zdrowotnych i jest przy tym nastawione bardzo realistycznie. Oczekuje dobrych i skutecznych rozwiązań, nastawionych na realne rozwiązywanie problemów.

AUDYT SPOŁECZNY – METODYKA

Audyt dotyczył efektywności programów przesiewowych przeprowadzanych w ramach NPZChN. W jego rezultacie opracowano raport z audytu oraz strategię komunikacji społecznej. Audyt przeprowadzono w okresie maj 2015 – kwiecień 2016. Badanie zostało przeprowadzone w trzech etapach:

I etap audytu zakładał dogłębną analizę publikacji, raportów oraz aktualnych danych dotyczących zgłaszalności na badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi w Polsce i na świecie, a także analizę dobrych praktyk dotyczących funkcjonowania programów profilaktyki nowotworowej w innych krajach w UE.

W II etapie audytu przeprowadzono analizę organizacji, zarządzania i finansowania programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w Polsce na poziomie centralnym i wojewódzkim. Pozwoliło to z jednej strony zidentyfikować potencjalne czynniki sukcesu programu, a z drugiej-poznać bariery postrzegane oczami realizatorów, lekarzy, ekspertów i decydentów. Wykorzystano dane publikowane przez Centralny Ośrodek Koordynujący (COK) za rok 2014 oraz dane uzyskane podczas wywiadów z kierownictwem Ośrodków Koordynujących. Przeprowadzono ponad 30 pogłębionych wywiadów indywidualnych zarówno z ośrodkami koordynującymi (centralnym i wojewódzkimi), jak i z innymi podmiotami zaangażowanymi w realizację NPZChN - świadczeniodawcami, płatnikiem, towarzystwami naukowymi, lekarzami onkologami, lekarzami ginekologami, lekarzami POZ, konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w dziedzinie onkologii i ginekologii, ekspertami, organizacjami pozarządowymi działającymi w temacie profilaktyki onkologicznej.

W III etapie audytu przeprowadzono badania ankietowe obejmujące grupę 1000 kobiet (ankietę internetową oraz tradycyjną) oraz wywiady telefoniczne z grupą 50 kobiet uczestniczek programu profilaktyki raka szyjki macicy. Badania ankietowe dotyczyły kobiet powyżej 25 roku życia w podziale na 4 grupy:

- I. Kobiety, u których wykryto raka szyjki macicy.
- II. Kobiety, które zgłosiły się na badanie profilaktyczne, jednak nie wykryto u nich raka.
- III. Kobiety, które nie zgłosiły się na badania profilaktyczne raka szyjki macicy.
- IV. Kobiety które wzięły udział w badaniach pogłębionych w wyniku stwierdzenia w cytologii nieprawidłowości.

ETAPY AUDYTU



W dystrybucję kwestionariusza zostało zaangażowane Stowarzyszenie MONAR, które przeprowadziło 200 wywiadów osobistych i 10 wywiadów pogłębionych z mieszkankami domów samotnej matki. Zaangażowanie Stowarzyszenia MONAR pozwoliło na ujęcie perspektywy tych kobiet, w grupie których ryzyko zgonu z powodu raka szyjki macicy jest 10krotnie wyższe niż w populacji ogólnej. W dystrybucję kwestionariusza online zostały zaangażowane także organizacje pacjenckie współpracujące z Fundacją, portal znany lekarz.pl oraz podmioty współpracujące z Fundacją MY Pacjenci.

Zwieńczeniem przeprowadzonych badań (analizy danych, raportów, publikacji, wywiadów indywidualnych, ankiet internetowych i wywiadów pogłębionych) jest raport z audytu programu badań przesiewowych, który zawiera główne wnioski z przeprowadzonych analiz i badań, diagnozę problemu niskiej zgłaszalności i nieskuteczności programów przesiewowych oraz rekomendacje dla resortu zdrowia, które jeśli zostaną wdrożone, umożliwią zwiększenie skuteczności badań przesiewowych w przyszłości. Rekomendacje przygotowano dla dwu odrębnych grup kobiet - dla populacji ogólnej oraz dla kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym i dotyczą one zarówno strony merytorycznej programów, jak również strony organizacyjnej, zarządczej, administracyjnej, finansowej i komunikacyjnej. Raport zawiera także propozycję wprowadzenia KPI - parametrów oceny jakości do stałego monitorowania skuteczności programów profilaktycznych w przyszłości. W ramach projektu zostały także wskazane najlepsze praktyki dotyczące profilaktyki nowotworów stosowane nie tylko w Polsce, ale i za granicą m.in. dzięki współpracy z Icelandic Cancer Society.

Niniejszy projekt ma także na celu opracowanie strategii komunikacji społecznej, która zawiera spójne działania informacyjne oraz edukacyjne, dostosowane do potrzeb i oczekiwań kobiet, do których są one kierowane. Prace nad strategią komunikacji objęły analizę wszystkich dostępnych materiałów komunikacyjnych stosowanych w kampanii w 2014 r i w latach poprzednich, jak również spotkania z COK i WOK, w celu zapoznania się z trybem realizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej oraz podziałem zadań i odpowiedzialności w tym zakresie.

Przeprowadzono analizę jakościową obecnych materiałów informacyjno-edukacyjnych (listów-zaproszeń, ulotek, plakatów, spotów TV i radio, materiałów edukacyjnych), wykorzystywanych w ramach projektu profilaktyki raka szyjki macicy. Analizę przeprowadzono w dwóch etapach:

- I. Analiza przekazów, form i stosowanych kanałów komunikacji przeprowadzona przez ekspertów-praktyków
- II. Pogłębione wywiady grupowe przeprowadzone z udziałem respondentek w 2 głównych grupach docelowych: 25 do 35 roku życia, oraz 35 do 60 roku życia). Pierwszą z grup stanowiły współpracujące z Fundacją blogerki, a drugą kobiety, które wyraziły zgodę na udział w wywiadach pogłębionych. Liczebność każdej z grup to 8 osób.

JEST TO PIERWSZY TEGO TYPU SPOŁECZNY AUDYT DOTYCZĄCY TEMATYKI ZDROWIA PUBLICZNEGO. STANOWI ON PRZYKŁAD BUDOWANIA KOMPETENTNEGO NADZORU SPOŁECZNEGO W OCHRONIE ZDROWIA W POLSCE. POKAZUJE ON, ŻE ORGANIZACJE PACJENCKIE I POZARZĄDOWE SĄ DLA LEKARZY I ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ PEŁNOWARTOŚCIOWYM PARTNEREM SPOŁECZNYM. POSIADAJĄ ONE WIEDZĘ, ARGUMENTY MERYTORYCZNE I POWINY WSPÓŁDECYDOWAĆ O ZMIANACH SYSTEMOWYCH W OCHRONIE ZDROWIA. STAŁY SIĘ ONE NIE TYLKO EKSPERTAMI ZAKRESIE SWOJEJ CHOROBY I JEJ LECZENIA, ALE TAKŻE W OBSZARZE ORGANIZACJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA I ZDROWIA PUBLICZNEGO.

Zgromadzone w wyniku badań dane, po ich analizie i syntezie, pozwoliły na identyfikację głównych przyczyn niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne. Wynikają one z percepcji i postaw kobiet, jak również przyczyn tkwiących w stosowanych dotychczas metodach i technikach komunikacji. Z kolei ocena konkretnych kampanii, ich haseł, głównych przekazów oraz materiałów pozwoliła na wskazanie skuteczniejszych rozwiązań odpowiadających oczekiwaniom kobiet będących adresatkami programu.

Strategia komunikacji społecznej zawiera plan spójnych działań komunikacyjnych dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, dostosowanych do potrzeb i oczekiwań pacjentek w dwu różnych grupach docelowych. Przygotowano odrębną strategię komunikacji do grupy kobiet zagrożonych wykluczeniem, spójną z wynikami raportu merytorycznego. Projekt przewiduje opracowanie głównych wytycznych do komunikatów, które następnie będą mogły być wykorzystane podczas realizacji kampanii. W strategii znajdują się również wytyczne dotyczące rekomendowanych technik dotarcia, najbardziej efektywnych kanałów komunikacji jak również form materiałów edukacyjnych i promocyjnych.

Zarówno raport, jak i opracowana strategia komunikacji zostały przesłane do wszystkich interesariuszy, jak również zaprezentowane na konferencji prasowej, zaplanowanej na kwiecień 2016 roku. Działania zaplanowane w ramach audytu mają na celu wprowadzenie zmian w funkcjonowaniu Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych tak, aby stał się on skutecznym narzędziem walki z nowotworem raka szyjki macicy i raka piersi. NPZChN jest w 2016 roku po 10ciu latach od powstania ewaluowany i nowelizowany. Zostały w ramach prac nad nim przeprowadzone konsultacje społeczne. Raport z audytu oraz strategia komunikacji społecznej zostaną przekazane administracji publicznej jako element tych konsultacji społecznych.

Projekt prezentuje nowatorskie podejście, w którym do tworzenia programów profilaktyki nowotworowej zaprasza się nie tylko decydentów i realizatorów działań, lecz również bierze się pod uwagę perspektywę i oczekiwania kobiet - adresatów tych badań. To pierwszy tego typu projekt w Polsce. Nowatorskie jest także uwzględnienie we wnioskach raportu oraz strategii komunikacji dwu odrębnych grup docelowych - kobiet zagrożonych wykluczeniem oraz populacji ogólnej. Dotychczasowe polityki zdrowia publicznego nie zakładały tworzenia odrębnych rozwiązań dla różnych grup.

CELE AUDYTU

Celem badań przesiewowych w onkologii jest przede wszystkim wykrycie choroby we wczesnej fazie jej rozwoju, kiedy to skuteczność leczenia może być najwyższa - w większości nowotworów obserwowana jest silna zależność między przeżyciem a stopniem zaawansowania choroby, które określa się rozmiarem guza pierwotnego lub ograniczeniem procesu nowotworowego do stanu miejscowego. Stany przednowotworowe, których wystąpienie zwiększa ryzyko rozwinięcia się raka w najbliższej przyszłości, poprzedzają niektóre typy nowotworów. Podjęcie wczesnego leczenia może zapobiec powstawaniu nowotworu. W teorii, wiele z nowotworów, można wykrywać w badaniu przesiewowym.

CELEM AUDYTU BYŁA OCENA SKUTECZNOŚCI REALIZACJI PROGRAMÓW WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORÓW PIERSI I SZYJKI MACICY ORAZ EFEKTYWNOŚCI WYDAWANIA PUBLICZNYCH ŚRODKÓW NA BADANIA PRZESIEWOWE Z PERSPEKTYWY SPOŁECZNEJ PO PIERWSZYCH 10CIU LATACH ICH REALIZOWANIA W RAMACH NARODOWEGO PROGRAMU ZWALCZANIA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH.

Głównym celem realizacji badań przesiewowych jest zmniejszenie umieralności (drugorzędne cele to zmniejszenie zachorowalności i kosztów leczenia). Warunkiem skuteczności badań przesiewowych jest ich masowość, długoterminowość i wysoka jakość. Zdrowotne efekty screeningu pojawiają się dopiero po wielu latach jego prowadzenia. Programy profilaktyki nowotworów raka piersi i raka szyjki macicy zostały zainicjowane w Polsce w 2006 roku. Po 10ciu latach prowadzenia programów profilaktyki powinny być widoczne pierwsze efekty zdrowotne ich wdrożenia.

DZIAŁANIA ZAPLANOWANE W RAMACH AUDYTU MAJĄ NA CELU WPROWADZENIE ZMIAN W FUNKCJONOWANIU NARODOWEGO PROGRAMU ZWALCZANIA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH TAK, ABY STAŁ SIĘ ON SKUTECZNYM NARZĘDZIEM WALKI Z NOWOTWOREM RAKA SZYJKI MACICY I RAKA PIERSI.

ETAP I

**PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA
ORAZ RAPORTÓW**

CHARAKTERYSTYKA OGÓLNA

PROFILAKTYKA

Profilaktyka (w tym profilaktyka chorób nowotworowych) zgodnie z różnymi definicjami [1,2] to działania nakierowane na zapobieganie chorobom lub innym niekorzystnym zjawiskom zdrowotnym przed ich powstaniem lub ograniczenie ich skutków zdrowotnym w przypadku ich wystąpienia. Przez wiele lat były to głównie działania natury medycznej. Należy jednak pamiętać, że istotne znaczenie mają działania edukacyjne, legislacyjne oraz działania ekonomiczne [3], przestrzeganie zasad BHP, prawo zakazujące palenia w miejscach publicznych, bądź akcyza na alkohol i tytoń.

Istnieje wielu podziałów i kategoryzacji profilaktyki, w niniejszym opracowaniu zastosowano podział zaproponowany przez Światową Organizację Zdrowia [2], która dzieli działania profilaktyczne na 3 fazy:

1. Tzw. faza pierwotna nakierowana na utrwalenie prawidłowych zachowań zdrowotnych oraz zapobieganie chorobom poprzez działania medyczne u osób zdrowych (np. edukacja zdrowotna, szczepienia).
2. Faza druga mająca na celu zapobieganie rozwojowi chorób poprzez ich wczesne wykrycie, na etapie przedobjawowym, a następnie szybkie wdrożenie leczenia (np. profilaktyczna mammografia, cytologia w kierunku raka szyjki macicy). Tutaj zdecydowanie większe znaczenie mają działania medyczne, zazwyczaj wymagany jest kontakt z przedstawicielem ochrony zdrowia.
3. Trzecią fazą profilaktyki jest zapobieganie utrwalaniu się negatywnych skutków zdrowotnych po wystąpieniu choroby (np. u osób po zawale serca, po udarze mózgu lub po wypadku samochodowym).

BADANIA PRZESIEWOWE

Badania przesiewowe (nazywane z angielskiego skrinigiem [ang. screening]) oznaczają badanie osób bez objawów choroby w celu wczesnego wykrycia choroby (lub czynnika ryzyka choroby), by dzięki temu poprawić efekty jej leczenia oraz zmniejszyć umieralność na daną chorobę [2]. Badaniami przesiewowymi obejmuje się tą część populacji, u której występuje największe ryzyko rozwoju choroby.

W przypadku badań przesiewowych Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła odpowiednie zasady już w latach 60 XX wieku: [2]

1. Choroba ma znaczący wpływ na długość lub jakość życia.
2. Dostępne są akceptowane metody jej leczenia.
3. Choroba ma okres bezobjawowy, a wykrycie i leczenie jej w tym okresie znacząco zmniejsza chorobowość i śmiertelność.
4. Leczenie w okresie bezobjawowym zapewnia wynik lepszy niż odłożenie leczenia do momentu wystąpienia objawów.
5. Do wykrycia choroby w okresie bezobjawowym dostępne są akceptowane przez pacjentów badania o rozsądnym koszcie.
6. Zachorowalność na tę chorobę jest wystarczająco duża, aby uzasadniała koszty badań przesiewowych.

CZUŁOŚĆ TESTU MÓWI O JEGO MOŻLIWOŚCI WYKRYCIA CHOROBY U WSZYSTKICH CHORYCH – TAK, BY W PRZYPADKU JEGO WYKONANIA NIE POMINAĆ NIKOGO Z WCZESNĄ FAZĄ CHOROBY. OZNACZA TO, ŻE MUSI ON BYĆ BARDZO WRAŻLIWY NA WSZELKIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI W BADANEJ PRÓBCE.

SWOISTOŚĆ TESTU DAJE INFORMACJĘ NA ILE TO JEST WŁAŚNIE TA CHOROBA, KTÓRA BYŁA POSZUKIWANA – CZY NIE ZOSTAŁY ZDJAGNOZOWANE JAKO CHORE OSOBY ZDROWE. IM WYŻSZA CZUŁOŚĆ I SWOISTOŚĆ TYM TEST DIAGNOSTYCZNY JEST DOSKONALSZY.

Wskazuje to na liczne ograniczenia stosowania badań przesiewowych – głównym z nich jest możliwość efektywniejszego leczenia osób z wcześniej wykrytą chorobą. Jeśli wcześniejsze leczenie nie daje lepszych efektów, przeprowadzanie dodatkowej interwencji jaką jest badanie przesiewowe nie tylko nie dodaje korzyści, ale przynosi odwrotny skutek np. poprzez narażenie pacjentów zdrowych na konieczność dodatkowej diagnostyki w przypadku fałszywie dodatniego rozpoznania. To oznacza również, że sam test diagnostyczny musi być odpowiednio **czuły i swoisty**.

Nie istnieją jednak testy w 100% czułe i swoiste. Stanowi to więc ryzyko pominięcia osoby chorej a nie rozpoznanej w teście (zbyt niska czułość) lub podejrzenia choroby u osoby zdrowej (zbyt niska swoistość).

Stanowi to podstawę nazwania takich testów przesiewowymi – czyli testami pierwszego sita. Nie pozwalają one zazwyczaj postawić pewnej diagnozy (ze 100% pewnością), ale stanowią pierwszą metodę selekcji na osoby prawdopodobnie zdrowe i prawdopodobnie chore.

Dla osób z dodatnim wynikiem badania przesiewowego oznacza to konieczność dalszej (pogłębionej) diagnostyki, co pozwala na ostateczne potwierdzenie lub wykluczenie obecności choroby.

Ponieważ badania przesiewowe nie dają 100% gwarancji, aby ich efekt populacyjny miał sens muszą być wykonywane w sposób **masowy, regularny i długoterminowy**. Oznacza to, że dopiero przy objęciu odpowiednio dużej liczby osób, wykonujących regularnie dany test przez kilka (kilkanaście lub kilkadziesiąt) lat możliwe jest uzyskanie poprawy wykrywalności danej choroby i poprawy długofalowych wyników jej leczenia.

Ocena skuteczności danej metody przesiewowej nie polega wyłącznie na fakcie wcześniejszego wykrycia danej choroby. Brak możliwości efektywniejszego leczenia danej choroby wykrytej we wczesnej fazie wpływa jedynie na długość życia ze świadomością choroby, ale nie na poprawę rzeczywistej umieralności. Wykrywa się również choroby subkliniczne, które nie ujawniłyby się za życia chorego (np. rak piersi in situ u kobiet w wieku starszym lub raki stercza u starszych mężczyzn).

NALEŻY PAMIĘTAĆ ŻE BADANIA PRZESIEWOWE NIE CHRONIĄ PRZED CHOROBA, A POZWALAJĄ JĄ WYKRYĆ WE WCZESNYM STADIUM I ZWIĘKSZYĆ SZANSE NA WYLECZENIE LUB SZYBKIE WPROWADZENIE EFEKTYWNEGO LECZENIA

Jak wspomniano wcześniej wykonywanie badań przesiewowych musi mieć istotny efekt dla poprawy leczenia danej choroby. Ważne jest jednak by takie badanie było stosunkowo tanie – co umożliwi albo prywatne ich wykonywanie zainteresowanej osobie albo objęcie takim badaniem przez państwo dużej grupy docelowej – co oznaczać będzie duże koszty finansowe w skali kraju. Koszt poniesiony musi również być równoważony poprzez przebadanie odpowiednio dużej populacji. W populacji ogólnej są grupy osób, u których dana choroba może występować częściej np. z powodu wieku, narażenia na czynniki ryzyka, nosicielstwa genów. W tej właśnie grupie osób efektywność wykonywania badania przesiewowego jest największa. Dodatkowo, by efekt badania był dostrzegalny dla pojedynczej osoby, musi ona poddawać się badaniom w określonym wieku i z określoną częstotliwością – co daje szansę na wykrycie zagrożenia we wczesnym stadium. Odstęp między kolejnymi badaniami zależy od tempa rozwoju choroby.

Wykonywanie badań przesiewowych w diagnostyce chorób onkologicznych ma wieloletnią tradycję. Już w latach 60 XX wieku Finlandia wprowadziła regularny screening cytologiczny w celu zmniejszenia liczby zgonów z powodu raka szyjki macicy [4]. W onkologii znanych jest kilka skutecznych badań przesiewowych zalecanych w grupach ryzyka rozwoju danego nowotworu. Poniżej wymieniono te, które rekomendowane są przez międzynarodowe towarzystwa naukowe oraz wiele krajowych organizacji i instytucji.

RAK SZYJKI MACICY

GRUPĄ DOCELOWĄ SĄ KOBIETY W WIEKU POMIĘDZY 25 A 60 R.Ż., A BADANIE NALEŻY WYKONYWAĆ W TYM OKRESIE CO 3-5 LAT. CZĘSTOTLIWOŚĆ WYSTĘPOWANIA TEGO NOWOTWORU JEST ZBYT MAŁA U KOBIET PONIŻEJ 25 R.Ż. BY W TEJ GRUPIE ZALECAĆ STANDARDOWY SCREENING. W GRUPIE WIEKOWEJ PONIŻEJ 25 R.Ż. ZALECA SIĘ WYKONYWANIE BADANIA CYTOLOGICZNEGO U KOBIET, KTÓRE WCZEŚNIE ROZPOCZĘŁY ŻYCIE SEKSUALNE ORAZ POSIADAJĄCYCH WIELU PARTNERÓW. NIE MA DOWODÓW NA ZMNIEJSZENIE UMIERALNOŚCI Z POWODU RAKA SZYJKI MACICY (RSM) U KOBIET PO 65 R.Ż. WYKONUJĄCYCH POPRZEDNIO REGULARNIE SCREENING MIĘDZY 25 A 60 R.Ż. [5,6]

Badania cytologiczne szyjki macicy są najstarszą metodą badań przesiewowych. Od ponad 60 lat wykonuje się je w wielu krajach. Badanie polega na pobraniu cytologicznego wymazu (obecnie specjalnie do tego skonstruowaną nieinwazyjną szczoteczką) z ujścia zewnętrznego kanału szyjki macicy.

Najważniejszym elementem skuteczności tego programu jest jego masowość, dobra organizacja kolejnych etapów diagnostycznych oraz stała kontrola jakości wykonywanych badań (w celu zmniejszenia liczby wyników fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych). Program powinien obejmować min. 70% populacji kobiet w grupie docelowej [7]. Dzięki temu możliwe jest zmniejszenie liczby zgonów z powodu RSM nawet o 80% - czego przykładem jest Finlandia i inne kraje skandynawskie.

Należy również pamiętać o negatywnych skutkach wykonywania cytologii. Prowadzi ona często do dodatkowej inwazyjnej diagnostyki (kolposkopia), powoduje leczenie zmian o niskim stopniu inwazyjności. Ryzyko to jest większe u kobiet młodych, u których częściej rozpoznaje się zmiany przedinwazyjne. Korzyści wykonywania tych badań zdecydowanie przewyższają jednak potencjalne ryzyko.

Obecnie dzięki odkryciu podłoża wirusowego zdecydowanej większości raków szyjki macicy zaleca się również wykonywanie badań przesiewowych w kierunku obecności wirusa HPV (wirus brodawczaka ludzkiego). Jest to metoda dużo bardziej czuła niż cytologia, ale też mniej swoista. Polega ona na pobraniu wymazu (często samodzielnym) wydzielin z dróg rodnych i ocenie obecności w tym wymazie DNA wirusa. Dalszą diagnostykę wykonuje się dopiero w przypadku jego obecności. Należy jednak pamiętać, że poprzez swoją niską swoistość wiele kobiet może zostać narażonych na niepotrzebny stres spowodowany dodatnim wynikiem. Niska swoistość testu spowodowana jest faktem, że tylko u niewielkiego odsetka kobiet zakażonych w danym momencie wirusem dojdzie do rozwoju stanów przednowotworowych i nowotworu. Obecnie badania na obecność wirusa HPV zalecane są jako postępowanie standardowe tylko w nielicznych krajach. Standardem badań przesiewowych nadal jest wykonywanie cytologii. [8,9].

MAMMOGRAFIA POLEGA
NA WYKONANIU
DWÓCH ZDJĘĆ
RENTGENOWSKICH
KAŻDEJ PIERSI (W
PROJEKCJI GÓRA-DÓŁ
ORAZ SKOŚNEJ) NA
ODPOWIEDNIO
PRZYSTOSOWANYM DO
TEGO APARACIE.

Zalecenia różnych towarzystw i instytucji naukowych w zakresie wykonywania badań przesiewowych nieco różnią się od siebie. Obecnie Unia Europejska zaleca wykonywanie badania mammograficznego wszystkim kobietom pomiędzy 50 a 69 r.ż. co 2-3 lata. Nie ma podstaw naukowych (ani ekonomicznych) do częstszego wykonywania tej diagnostyki [10].

Istnieją publikacje i rekomendacje wskazujące na niewielkie korzyści wykonywania mammografii u kobiet w wieku 40-49 lat, jeśli wykonywana jest z większą częstotliwością (co 12-18 miesięcy). Jednak czułość takiego badania jest dużo niższa (około 80%) niż badania w grupie wiekowej 50-59 lat (nawet 93%) [11].

Screening mammograficzny powinien być prowadzony przez jednostki spełniające najwyższe wymagania dotyczące sprzętu oraz kryteria jakościowe interpretacji wyników. Wszystkie takie ośrodki muszą być poddawane regularnym ocenom niezależnych audytorów. W ostatnich latach pojawiły się publikacje poddające w wątpliwość skuteczność wykonywania badań mammograficznych na szerokiej populacji kobiet [12]. Nadal jednak jest to najskuteczniejsza metoda diagnostyki przesiewowej, a wraz z rozwojem sprzętu skuteczność tego badania rośnie, przy jednoczesnym wzroście liczby badań fałszywie dodatnich – powoduje niepotrzebny stres i narażenie na dodatkową diagnostykę.

Jednak nadal w dużych populacyjnych utrzymuje się około 30% zmniejszenie umieralności na raka piersi, która utrzymuje się przez kilkanaście lat, jeśli badanie jest dobrze zorganizowane a badaniem objęte jest ponad 80% populacji docelowej.

Kliniczne badanie piersi, wykonane przez przeszkolony personel nie jest powszechnie zalecane jako badanie przesiewowe. Jego wpływ na zmniejszenie umieralności nie został jednoznacznie potwierdzony [13]. Istnieją zalecenia, które rekomendują jego wykonanie równocześnie z mammografią. Samobadanie piersi nie zostało potwierdzone jako metoda zmniejszająca śmiertelność – jednak powinna być rekomendowana jako element stałego dbania o własne zdrowie. Osoby regularnie badające swoje piersi mają wyższą świadomość zdrowotną i dbałość o własne zdrowie [14].

Na chwilę obecną nie ma dowodów na skuteczność przesiewowych badań USG oraz termografii piersi. Nie ma również dowodów na skuteczność przesiewowego wykonywania badań genetycznych u osób rodzinie nieobciążonych nowotworem piersi.

POZOSTAŁE NOWOTWORY

W przypadku raka jelita grubego istnieją dowody na skuteczność wykonywania badania kału na krew utajoną (jako badanie przesiewowe przed wykonaniem kolonoskopii) u osób po 50 r.ż [15].

Brak jest jednoznacznych dowodów na skuteczność spiralnej tomografii niskodawkowej w wykrywaniu nowotworów płuc (badania na amerykańskiej, bardzo selektywnie dobranej populacji) [16]. Badania RTG klatki piersiowej nie mają żadnego zastosowanie w przesiewowej diagnostyce nowotworów płuc.

W przypadku innych nowotworów (prostata, przełyk, żołądek, rak jajnika, nowotwory skóry, nowotwory OUN) nie ma testów przesiewowych, które pozwalałyby na zwiększenie przeżywalności pacjentów, u których wykryto nowotwór. Jest to spowodowane albo słabą efektywnością takich testów lub brakiem możliwości efektywnego leczenia wcześniej wykrytych zmian. W przypadku niektórych nowotworów (nowotwory jąder, trzonu macicy, niektóre nowotwory dziecięce) stosowanie badań przesiewowych nie jest zalecane ze względu na ich małą efektywność a także bardzo skuteczne leczenie pozwalające na wyleczenie większości pacjentów z tym rozpoznaniem.

PODSUMOWANIE

Działania profilaktyczne, w tym badania przesiewowe muszą wykazywać się odpowiednią efektywnością czyli dodatnim bilansem pomiędzy poniesionymi nakładami a uzyskanymi efektami działań. Stąd nie dla wszystkich chorób istnieją możliwe do zastosowania działania profilaktyczne – są one albo zbyt drogie albo nie dają odpowiednio dobrego efektu interwencji. Efektywność badań profilaktycznych uzależniona jest od stosowanej metody, jednak równie ważne jest dobranie odpowiedniej grupy docelowej, długoterminowość stosowania badania przesiewowego oraz odpowiednia promocja wykonywania badań przesiewowych. To wchodzi w zakres prewencji pierwotnej – czyli edukacji społeczeństwa do dbania o własne zdrowia.

LITERATURA

1. Sygit M. *Zdrowie Publiczne*. Warszawa 2010; 22-26.
2. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers No. 34. World Health Organisation, Geneva 1968.
3. Starfield B, Hyde J, Ge'rvas J i wsp. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580–583.
4. Anttila A, Pukkala E, Soderman B, Kallio M, Nieminen P, Hakama M. Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963-1995: recent increase in cervical cancer incidence. *Int J Cancer* 1999;83:59-65.
5. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J: Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ* 339: b2968, 2009.
6. Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam SL, et al.: Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical-cancer screenings. *N Engl J Med* 349 (16): 1501-9, 2003.
7. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force: Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 156 (12): 880-91, W312, 2012.
8. FDA Approves First Human Papillomavirus Test for Primary Cervical Cancer Screening [News]. Silver Spring, Md: Food and Drug Administration, 2014.
9. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, et al.: Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet* 383 (9916): 524-32, 2014.
10. Nelson HD, Tyne K, Naik A, et al.: Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 151 (10): 727-37, W237-42, 2009.
11. Moss SM, Cuckle H, Evans A, et al.: Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet* 368 (9552): 2053-60, 2006.
12. Miller AB, Wall C, Baines CJ, et al.: Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ* 348: g366, 2014.
13. Fenton JJ, Rolnick SJ, Harris EL, et al.: Specificity of clinical breast examination in community practice. *J Gen Intern Med* 22 (3): 332-7, 2007.
14. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, et al.: Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst* 94 (19): 1445-57, 2002.
15. Segnan N, Senore C, Andreoni B, et al.: Randomized trial of different screening strategies for colorectal cancer: patient response and detection rates. *J Natl Cancer Inst* 97 (5): 347-57, 2005.
16. Black WC, Gareen IF, Soneji SS i wsp. Cost-Effectiveness of CT Screening in the National Lung Screening Trial. *N Engl J Med* 2014;371:1793-802

POPULACYJNE PROGRAMY WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE - GENEZA PRAWNA, AUDYTY NIK (ADRIAN JANUS)

GENEZA NPZCHN

Populacyjne programy wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy zostały powołane w Polsce ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" i wprowadzone w życie w 2006 roku.

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) nie jest pierwszą tego typu inicjatywą w Polsce. W latach 1976-1990 zadania w zbliżonym zakresie były realizowane w ramach wieloletniego Rządowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, a następnie w ramach programów zdrowotnych finansowanych z części budżetu państwa pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Idea NPZCHN nawiązuje do innych podobnych inicjatyw na poziomie Unii Europejskiej, wspierającej powstawanie narodowych programów profilaktyki z zakresu onkologii m.in. w oparciu o wytyczne europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem (EPAAC).

KONTYNUACJA PROGRAMU

Do końca roku 2015 Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych był realizowany na podstawie przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku. W związku ze zmianą przepisów ustawy o finansach publicznych, analogiczny program na lata 2016-2024 został wprowadzony nie w formie ustawy, lecz uchwałą Nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 roku w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą "Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych".

Odrębność NPZChN została utrzymana wbrew pierwotnemu, słusznemu założeniu, by jak najszerszy zakres zadań państwa z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia skoncentrować w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Z jednej strony podkreśla to rangę i znaczenie chorób nowotworowych i zapewnia wydzielone środki na finansowanie zadań z zakresu onkologii, z drugiej jednak prowadzi do rozmycia kompetencji w tym obszarze. Pogłębia to kryzys związany z brakiem spójnego i zintegrowanego systemu działań profilaktycznych, który mógłby powstać pod rządami nowej ustawy o zdrowiu publicznym. Dlatego też, jak się wydaje, należałoby postulować przeniesienie postanowień odnoszących się do zwalczania chorób nowotworowych z uchwały Rady Ministrów do rozporządzenia ustanawiającego Narodowy Program Zdrowia.

Nie chodzi przy tym o likwidację czy też ograniczenie finansowania działań prewencyjnych w onkologii, lecz włączenie problematyki onkologicznej w ramy instytucjonalne stworzone przez ustawę o zdrowiu publicznym. Celem takiego działania byłoby zapewnienie jednolitych zasad gospodarowania środkami na profilaktykę oraz uporządkowanie obowiązujących regulacji i zapewnienie spójności z pozostałymi działaniami podejmowanymi w ramach NPZ. Warto podkreślić, że pomimo zachowania odrębności NPZChN, NPZ wielokrotnie odwołuje się do problematyki zwalczania nowotworów, które (obok chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy oraz chorób układu oddechowego) zostały wskazane jako główne determinanty dla określenia celów operacyjnych NPZ. Powyższe może świadczyć o pewnej sztuczności przyjętej konstrukcji.

NPZCHN NA LATA 2016-2024

Wykonawcą NPZChN na lata 2016-2024, podobnie jak w latach 2006-2015 jest minister właściwy do spraw zdrowia. Program ma być finansowany ze środków budżetu państwa, w wysokości nieprzekraczającej 250 mln zł rocznie. Program obejmuje swoim zakresem zadania odnoszące się do profilaktyki i prewencji nowotworów, diagnostyki oraz wykrywania nowotworów, wsparcia procesu leczenia nowotworów m. in. poprzez uzupełnianie i wymianę wyrobów medycznych, edukacji onkologicznej oraz wspomagania systemu rejestracji nowotworów.

Działania inwestycyjne realizowane w ramach NPZChN mają być podejmowane na podstawie map potrzeb zdrowotnych (w 2016 r., na podstawie ich projektów), co ma przyczynić się do lepszego planowania podejmowanych działań. Inwestycje w ramach programu prowadzone są w trybie zamówień publicznych.

Badania przesiewowe w zakresie chorób nowotworowych (m.in. program profilaktyki raka szyjki macicy oraz program profilaktyki raka piersi) są realizowane w ramach programów zdrowotnych w zakresie określonym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ. Należy zwrócić uwagę, że zadania w ramach obu powyższych programów nie są finansowane ze środków NPZChN, w odróżnieniu od podobnie brzmiących: „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi” oraz „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” oraz „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi”, w ramach których Ministerstwo Zdrowia finansowało m.in. wysyłkę imiennych zaproszeń na badania przesiewowe, prowadzenie akcji medialnych i informacyjno-edukacyjnych, kontrolę jakości badań mammograficznych i cytologicznych wykonywanych w ramach programów realizowanych przez NFZ oraz działalność Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, monitorujących i nadzorujących realizację programów prowadzonych przez Ministerstwo. Na uwagę zasługuje fakt, iż Program na lata 2016-2024 nie przewiduje już wysyłki imiennych zaproszeń na badania przesiewowe w ramach profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, gdyż działania tego rodzaju zostały uznane za nieefektywne i nieprzynoszące wymiernych efektów w postaci zwiększenia zgłaszalności na badania..

AUDYTY NIK

Realizacja NPZChN była wielokrotnie przedmiotem kontroli instytucji państwowych, w tym Najwyższej Izby Kontroli. Audytem NIK objęto m.in. działania prowadzone w ramach Programu w latach 2009–2013 przez Ministerstwo Zdrowia, Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, a także podmioty lecznicze będące realizatorami poszczególnych zadań w ramach Programu. Audyt NIK skupił się na zadaniach NPZChN dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi i szyjki macicy, radioterapii onkologicznej, tomografii pozytonowej (PET) oraz systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach.

W wyniku przeprowadzonej kontroli Najwyższa Izba Kontroli oceniła negatywnie skuteczność realizacji NPZChN przez Ministra Zdrowia, któremu zarzucono niedostateczny nadzór nad realizacją Programu. W ocenie NIK nie zostały osiągnięte cele programu określone ustawą o ustanowieniu NPZChN. W szczególności, jak wskazano w raporcie z kontroli, pomimo działań podejmowanych w ramach Programu, wartości wskaźników wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia nadal znacznie odbiegają od średnich europejskich. Ministrowi Zdrowia w raporcie zarzucono także brak koordynacji działań podmiotów zajmujących się profilaktyką i leczeniem nowotworów i brak dostatecznych informacji o ich (często rozproszonej) aktywności. Wskazano także na nieodpowiednią wycenę świadczeń, np. badań cytologicznych, co wpływa na stopień realizacji badań przesiewowych przez świadczeniodawców. Negatywnie oceniono również działania w zakresie dofinansowania zakupu sprzętu do radioterapii, przede wszystkim z uwagi na niezapewnienie optymalnego wykorzystania środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia, a niekiedy wręcz niegospodarność w dysponowaniu nimi.

W raporcie NIK zwrócono również uwagę na fakt niewykonania części wniosków zawartych w poprzedniej kontroli obejmującej realizację programu w latach 2006-2008, w toku której także ujawniono szereg nieprawidłowości przy realizacji programu. Wśród zaleceń, które nie zostały wykonane wskazano m.in. niesporządzenie przez konsultantów krajowych opinii o zasobach i potrzebach kadrowych w dziedzinie onkologii, a także brak przeprowadzenia rekomendowanych szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

W ocenie NIK pomimo znacznych nakładów finansowych na realizację zadań NPZChN, problemem jest wciąż zbyt mała zgłaszalność na badania mammograficzne i cytologiczne. Choć zdaniem NIK mocną stroną NPZChN jest zapewnienie pacjentom nielimitowanego dostępu do badań przesiewowych, to jednocześnie podejmowane przez Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące działania mające zachęcić do udziału w tych badaniach są nieskuteczne, a jednocześnie generują wysokie koszty administracyjne.

ZGŁASZALNOŚĆ W POLSCE I ZA GRANICĄ

Zgłaszalność pacjentów na badania przesiewowe jest jednym z podstawowych elementów pozwalających na uzyskanie tzw. efektu skali – czyli skuteczności populacyjnej danej metody przesiewowej. Z ogólnych zaleceń WHO wynika, że aby badania były uznane za efektywne powinny objąć swoją skalą około 70% populacji docelowej.

Uzyskanie takiej skali nie jest łatwe. W sytuacji dobrowolnego zgłaszania się pacjentów do tego typu badań uzyskanie odpowiedniej liczby uczestników może zająć wiele lat.

ZGŁASZALNOŚĆ NA BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA SZYJKI MACICY

W wielu krajach świata badania cytologiczne w formie zorganizowanego lub oportunistycznego screeningu realizowane są od lat 50 XX wieku. W USA pierwsze zorganizowane centra realizujące badania przesiewowe powstawały w początkach lat pięćdziesiątych. Finlandia jako pierwsza w Europie wdrożyła zorganizowane badania przesiewowe w 1965 r., w 1966 r. podobny schemat został wdrożony w Wielkiej Brytanii przez płatnika narodowego (w 1970 r. do wykonywania badań poza ginekologiami uprawniono lekarzy rodzinnych). W przypadku obu tych krajów, po okresie około 10-15 lat, wdrożony screening doprowadził do znacznej (ok. 80%) redukcji liczby zgonów z powodu raka szyjki macicy. Wiele krajów w kolejnych latach wdrażało programy badań przesiewowych – w sposób bardziej lub mniej zorganizowany. Ich efektywność jest bardzo różna.

W większości wysoko i średnio rozwiniętych krajów ponad połowa kobiet w wieku 25-59 lat wykonuje badania przesiewowe – w sposób systematyczny lub oportunistyczny (podczas wizyty u ginekologa poza programem cytologicznym). W wysokorozwiniętych krajach objęcie kobiet regularnymi badaniami przesiewowymi co 3-5 lat sięga powyżej 60%.

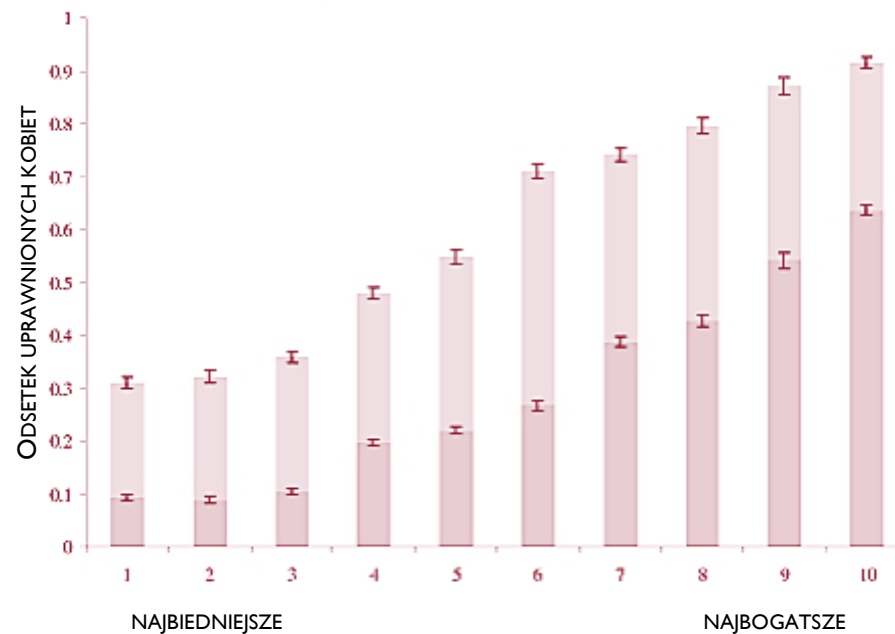
TABELA I. ZGŁASZALNOŚĆ NA BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA SZYJKI MACICY

		Rok	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014			Rok	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	
Dane	Kraj										Dane	Kraj										
Screening cytologiczny, dane ankietowe	Australia											Australia	61,9	61,4	61	59,3	59,6	57,8	57,3	..		
												Belgia	58,6	59,3	60,7	61,2	63,2	..	..	..
	Austria	..	..	..	81,5	..	..	..	..	..		Chile	64,5	66	67,9	66,5	68	59,5	60,2	..		
	Belgia	..	..	..	..	67,4	..	..	..	..		Czechy	..	34,1	36,5	37,5	46,1	51,8	52	..		
	Kanada	77,2	..	..	..	75,3	..	73,4	..	..		Dania	..	..	..	..	..	64,9	64,2	..		
	Chile	67,9	..	..	62,4	..	..	..	..	..		Estonia	..	..	..	..	48	44	50	..		
	Czechy	..	..	..	..	66,6	..	..	..	..		Finlandia	..	72	71,6	70,7	69	66,7	66,8	..		
	Dania	69,7	..	..	..	..	..	..	..	..		Niemcy	..	55,9	..	..	..	..	..	..
	Estonia	..	..	..	29,9	..	..	..	..	..		Węgry	..	..	..	44,7	43,5	37,4	36,7	..		
	Francja	..	..	76,3	75,4	72,4	71,1	73,6	..	..		Islandia	74	74	73	71	70	65	64	..		
	Niemcy	..	..	..	..	..	..	52,8	..	..		Irlandia	..	..	..	..	..	..	67,9	..		
	Grecja	..	..	..	59,4	..	..	..	..	..		Włochy	..	..	37,7	38,5	38	40	41	..		
	Włochy	..	..	..	..	75	76	77	..	..		Korea Pd.	..	11,7	15,5	25,2	36,6	43,8	48,7	..		
	Japonia	..	..	23,7	..	..	37,7	..	..	..		Meksyk	6,3	15,3	18,7	18	19	20,5	20,4	20,7		
	Korea Pd.	..	..	61,5	57,3	60,3	63,8	68,7	66,7	..		Holandia	65,6	66,1	65,6	66,1	66	63,9	63,9	..		
	Holandia	63,8	64,5	66,8	66,4	68,8	65,7	64,9	..	..		Nowa Zelandia	73,1	72,2	70,3	70,4	73,6	75,2	77,2	76,5		
	Polska	..	..	49	..	..	..	..	..	..		Norwegia	78,9	80,1	80,1	78,5	78,5	76,7	75,9	..		
	Szwajcaria	..	76,5	..	..	..	..	74,5	..	..		Słowacja	..	23,2	24,9	22,6	22,6	49,5	48,3	..		
	USA	90,6	..	..	..	85,9	85	84,5	..	..		Słowenia	..	..	..	71	70,4	71,4	71,3	71,3		
											Szwecja	78,5	78,8	79,3	78,9	80	80	79,7	..			
											Turcja	..	..	..	..	..	..	..	..
											Wlk. Brytania	83,7	81,6	80,6	79,4	78,1	78,6	78,4	77,5			

ŹRÓDŁO: NA PODSTAWIE DANYCH OECD- [HTTP://STATS.OECD.ORG/INDEX.ASPX?DATASETCODE=HEALTH_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?datasetcode=health_stat) (20.12.2015)

Gakidou E i in. (2008) pokazali istotne różnice w częstości wykonywania badań przesiewowych (zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi) oraz wykonywania jakiegokolwiek badania ginekologicznego u kobiet w zależności od dochodu oraz poziomu rozwoju gospodarczego kraju – w wyniku badania 57 krajów z całego świata. W sposób jednoznaczny wykazali, korelację między rozwojem gospodarczym, a wykonywaniem badań przesiewowych (wykres 1). Pokazali również, że im kobiety są starsze (a jednocześnie istnieje większe ryzyko rozwoju RSM) tym rzadziej wykonują badania ginekologiczne.

WYKRES 1. ODSETEK Kobiet OBJĘTYCH BADANIAMi PRZESIEWOWYMI LUB GINEKOLOGICZNYMI W ZALEŻNOŚCI OD BOGACTWA KRAJU



Kolorem ciemniejszym kobiet objętych badaniami przesiewowymi; kolorem jaśniejszym odsetek kobiet objętych badaniami ginekologicznymi w zależności od poziomu bogactwa kraju – od najbiedniejszych do najbogatszych (w podziale decylnym).

ŹRÓDŁO: GAKIDOU E, NORDHAGEN S, OBERMEYER Z (2008) COVERAGE OF CERVICAL CANCER SCREENING IN 57 COUNTRIES: LOW AVERAGE LEVELS AND LARGE INEQUALITIES. PLOS MED 5(6): E132.!

Powyższe wyniki wskazują na możliwość osiągnięcia dobrych wyników efektywności badań przesiewowych w krajach o średnim i wysokim poziomie rozwoju gospodarczego. Do takich krajów należy zdecydowanie Polska. Jak pokazują liczne przykłady krajów Europy Zachodniej proces uzyskania populacyjnego pokrycia badaniami przesiewowymi zajmuje około 10-15 lat. W Polsce zorganizowane badania przesiewowe realizowane są od 2006 r. Ich efektywność może być oceniana poprzez pokazanie zależności między liczbą kobiet będących w grupie docelowej w danym roku oraz liczbą kobiet, które wykonały badania przesiewowe w ramach programu. Na podstawie danych uzyskanych z NFZ możliwe jest dokładne określenie liczby kobiet uczestniczących w programie, dzięki Systemowi Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Te wyniki należy uznać jako wyniki efektywności zgłaszalności do zorganizowanego screeningu. W kolejnych latach widać wzrost liczby kobiet uczestniczących w programie.

Dodatkowo na podstawie danych uzyskanych od płatnika publicznego możliwe jest oszacowanie liczby kobiet, u których wykonano badanie cytologiczne w ramach screeningu oportunistycznego – czyli podczas wizyt w gabinetach ginekologicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Tabela nr 2 przedstawia procentowe objęcie populacji kobiet w wieku 25-59 lat badaniami przesiewowymi w ramach programu profilaktyki oraz w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

TABELA 2. REALIZACJA NPZCHN

Rok	Populacja	Rak szyjki macicy					
		Program profilaktyki		AOS		Razem ze środkami NFZ	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
2006	3267606	414986	12,7				
2007	3227319	684837	21,22				
2008	3253168	791821	24,34				
2009	3273775	875080	26,73				
2010	3289500	796388	24,21				
2011	3293234	804537	24,43				
2012	3293976	765061	23,23	411216	12,48	1176277	35,71
2013	3290725	697148	21,19	437866	13,31	1135014	34,49
2014	3283518	724344	22,06				

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE W OPARCIU O DANE Z RAPORTÓW Z REALIZACJI NPZCHN ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ COK I NFZ.

Powyższe wyniki nie obejmują informacji na temat wykonywania badań cytologicznych w gabinetach prywatnych. Nie są również prowadzone w Polsce żadne statystyki regularnie opisujące takie praktyki. W pracy Spaczyńskiego i in (2009) wykazano na podstawie badania ankietowego ponad 1600 kobiet, że około 23,7% z nich wykonuje badania w gabinecie prywatnym (wśród kobiet z wyższym wykształceniem 38%, a 27% wśród mieszkanek dużych miast). Wśród kobiet, które nie wykonywały badań dominowały kobiety z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Za główną przyczynę niezgłaszania się na badania przesiewowe podawały brak czasu oraz niechęć do badania. Obie te odpowiedzi stanowiły około 50% przyczyn nieuczestniczenia w badaniach przesiewowych.

Jak wynika z przedstawionych danych, odsetek objęcia kobiet profilaktycznymi badaniami cytologicznymi w Polsce jest znacznie poniżej progu zalecanego dla badań populacyjnych. Blisko dwukrotny wzrost, w ciągu 8 lat, liczby kobiet wykonujących badania przesiewowe w ramach programu jest niewystarczający do osiągnięcia efektu populacyjnego. Jeśli jednak uznać za wiarygodne dane dotyczące wykonywania cytologii w gabinetach AOS oraz gabinetach prywatnych łączna liczba kobiet w grupie docelowej programu 25-59, która wykonuje badania cytologiczne może osiągać 55-60% populacji. Nadal jest **to poniżej granicy zalecanej dla uzyskania efektu populacyjnego**.

ZGŁASZALNOŚĆ NA BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA PIERSI

TABELA 3. PROGRAMY SCREENINGOWE (MAMMOGRAFIA) W WYBRANYCH KRAJACH ROZWIŃTYCH I ROZWIJAJĄCYCH SIĘ

Kraj	Poziom organizacyjny	Rok implementacji (w skali całego kraju)	Odsetek partycypacji	Interwał (w latach)	Wiek
<i>Kraje rozwijające się</i>					
Rosja	Khanty	2007	67,50%	2	>40
Brazylia	Sao Paulo	2003	56,70%	2	40-69
Meksyk	Meksyk	2005	50%	2	50-69
Urugwaj	Kraj	2006	Obowiązkowy	2	40-59
Węgry	Kraj	2002	56,30%	2	45-65
Chorwacja	Kraj	2006	60%	2	50-59
Polska	Kraj	2007	40%	2	50-59
<i>Kraje rozwinięte</i>					
Szwecja	Kraj	1986(97)	81%	1,5/2	40-74
Wlk. Brytania	Kraj	1988(96)	76%	3	50-64
Kanada	Kraj	1988	79%	2/3	50-74
USA	Kraj	1991	83%	1	>=40

ŹRÓDŁO: MAMMOGRAPHY SCREENING IN LESS DEVELOPED COUNTRIES LI AND SHAO SPRINGERPLUS (2015) 4:615

Na podstawie tej tabeli widać zarówno zróżnicowanie w zakresie doboru grupy wiekowej, jak i interwału wykonywania badań. Jednak co do zasady badania rozpoczęte w krajach wysokorozwiniętych w latach 80-90 tych mają dużo wyższy odsetek uczestnictwa niż kraje rozwijające się, które rozpoczęły prowadzenie programów przesiewowych po 2000 roku.

W Polsce program badań przesiewowych realizowany jest od 2006 roku. Tabela przedstawia szczegółowo uczestnictwo w programie profilaktyki raka piersi populacji kobiet w wieku 50-69 lat. Ponieważ badania mammograficzne, poza programem przesiewowym wykonywane są u kobiet zdrowych w ograniczonej liczbie przypadków, zgodnie z danymi NFZ można do uzyskanych wyników doliczyć około 3,5% uczestnictwa poza programem (w 2012 r. łącznie 46,96%, a w 2013 r. 47,18%).

W OKRESIE 9-LAT LICZBA KOBIET UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE WZROSŁA PONAD 2-KROTNIEN. NADAL JEDNAK NIE OSIĄGNIĘTO PROGU EFEKTYWNOŚCI POPULACYJNEJ BADANIA. JAK WSKAZUJĄ DOŚWIADCZENIA KRAJÓW WYSOKOROZWIŃTYCH PROCES TEN TRWA OKOŁO 10-15 LAT.

Organizacja badań mammograficznych w krajach rozwiniętych oraz rozwijających się jest bardzo zróżnicowana. W wielu krajach screening wykonywany z różną częstotliwością oraz obejmuje kobiety w różnym wieku.

W tabeli przedstawiono informacje na temat realizacji programów przesiewowych w wybranych krajach wysoko i średnio rozwiniętych.

TABELA 4. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

	Program profilaktyki raka piersi	
	Liczba kobiet uczestniczących	% populacji
2006	572660	23,37
2007	934412	39,37
2008	753576	31,05
2009	891273	35,97
2010	985391	39,07
2011	1119991	43,74
2012	1115850	42,92
2013	1141423	43,30
2014	1178199	44,16

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE DANYCH OECD - [HTTP://STATS.OECD.ORG/INDEX.ASPX?DATASETCODE=HEALTH_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?datasetcode=health_stat) (20.12.2015)

WYKRYWALNOŚĆ RAKA W POLSCE I ZA GRANICĄ

W niniejszym opracowaniu użyto danych o zapadalności i śmiertelności z powodu raka szyjki macicy oraz raka piersi WHO oraz OECD. Pozwalają one z dużą wiarygodnością porównać występowanie oraz śmiertelność z powodu tych dwóch nowotworów w różnych krajach przy użyciu wystandaryzowanych współczynników.

WYSTĘPOWANIE ORAZ ŚMIERTELNOŚĆ Z POWODU RAKA SZYJKI MACICY

Wystandaryzowane dane pozwalają porównać występowania RSM w wybranych krajach OECD na przestrzeni ostatnich 18 lat.

TABELA 5. CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA RAKA SZYJKI MACICY NA 100000 KOBIET W WYBRANYCH KRAJACH OECD

ROK	1998	2000	2002	2008	2012	ROK	1998	2000	2002	2008	2012
Australia	..	..	6,9	4,9	5,5	Japonia	..	..	8	9,8	10,9
Austria	10,3	11,9	10,9	7,8	5,8	Korea Płd.	..	..	17,9	10,8	9,5
Belgia	8,2	9,1	9,4	9,4	8,6	Luxemburg	20	3,6	8,7	6,3	4,9
Kanada	..	..	7,7	6,6	6,3	Meksyk	..	..	29,5	19,2	23,3
Chile	..	..	..	14,4	12,8	Holandia	6,5	7,3	7,3	5,4	6,8
Czechy	..	..	16,2	13,8	14,1	Nowa Zelandia	..	..	10	5,5	5,3
Dania	11,6	15,3	12,6	11	10,6	Norwegia	..	..	10,4	9,3	9,8
Estonia	..	..	..	15,8	19,9	Polska	..	..	18,4	12,3	12,2
Finlandia	4,5	4,2	4,3	3,7	4,3	Portugalia	10	14,6	13,5	12,2	9
Francja	9,9	10,1	9,8	7,1	6,8	Słowacja	..	..	18,5	15,8	16,1
Niemcy	9,4	11,5	10,8	6,9	8,2	Słowenia	..	..	..	13,7	10,5
Grecja	6,2	6,9	7,7	3,8	5,2	Hiszpania	5,9	7,2	7,6	6,3	7,8
Węgry	..	..	15,7	16,6	18	Szwecja	7,4	9,4	8,2	7,4	7,4
Islandia	..	..	8,3	6,3	7,9	Szwajcaria	..	7,2	8,3	4	3,6
Irlandia	9,5	7,9	7,2	10,9	13,6	Turcja	..	..	4,5	4,2	4,3
Izrael	..	..	..	5,6	4,6	Wielka Brytania	7,6	9,3	8,3	7,2	7,1
Włochy	6,4	9,1	8,1	6,7	6,7	USA	..	..	7,7	5,7	6,6

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE DANYCH OECD.
[HTTP://STATS.OECD.ORG/INDEX.ASPX?DATASETCODE=HEALTH_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?datasetcode=health_stat) POBRANE 20.12.2015

W okresie ostatnich 10 lat widać spadek częstości występowania tego nowotworu o około 30%. W porównaniu z krajami regionu europejskiego Polska znajduje się na 18 miejscu pod względem występowania tego nowotworu w 2012.

TABELA 6. CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA RAKA SZYJKI MACICY W KRAJACH EUROPY

Populacja	Liczba nowotworów	Występowanie na 100 000 kobiet	Standaryzowany współczynnik występowania	Ryzyko skumulowane	Populacja	Liczba nowotworów	Występowanie na 100 000 kobiet	Standaryzowany współczynnik występowania	Ryzyko skumulowane
Rumunia	4343	39.4	28.6	2.85	Chorwacja	325	14.3	10.0	0.96
Łotwa	615	34.9	26.1	2.48	Norwegia	294	11.9	9.8	0.86
Bułgaria	1254	32.8	24.5	2.29	Portugalia	720	13.1	9.0	0.88
Serbia	1501	30.2	23.8	2.23	Belgia	639	11.6	8.6	0.80
Montenegro	76	23.6	20.2	1.76	Niemcy	4995	12.0	8.2	0.76
Estonia	186	25.8	19.9	1.85	Islandia	14	8.6	7.9	0.68
Mołdawia	475	25.7	19.6	1.91	Hiszpania	2511	10.6	7.8	0.75
Węgry	1178	22.5	18.0	1.62	Szwecja	451	9.5	7.4	0.66
Litwa	284	23.6	17.3	1.64	Wlk. Brytania	2659	8.4	7.1	0.59
Ukraina	5230	21.5	16.6	1.54	Holandia	750	8.9	6.8	0.61
Słowacja	607	21.6	16.1	1.56	Francja	2862	8.8	6.8	0.62
Rosja	15342	20.0	15.3	1.42	Włochy	2918	9.4	6.7	0.64
Czechy	1016	18.9	14.1	1.31	Austria	363	8.4	5.8	0.55
Bośnia i Hercegowina	359	18.5	13.7	1.33	Grecja	421	7.3	5.2	0.49
Irlandia	357	15.6	13.6	1.19	Albania	93	5.8	5.0	0.50
Białoruś	924	18.1	13.2	1.27	Luxemburg	24	9.1	4.9	0.59
Macedonia	171	16.6	12.4	1.26	Finlandia	143	5.2	4.3	0.37
Polska	3513	17.7	12.2	1.25	Cypr	31	5.6	4.1	0.36
Dania	363	12.9	10.6	0.91	Malta	12	5.7	3.8	0.32
Słowenia	139	13.4	10.5	0.93	Szwajcaria	190	4.8	3.6	0.32

ŹRÓDŁO: NA PODSTAWIE DANYCH Z WHO IARC GLOBCAN 2012. [HTTP://GLOBCAN.IARC.FR/](http://GLOBCAN.IARC.FR/) DOSTĘP 22.12.2015

W 2012 roku w Polsce odnotowano 1858 zgonów, co w przeliczeniu na standaryzowany wiekiem współczynnik pozycjonuje Polskę na 11 miejscu wśród 40 krajów.

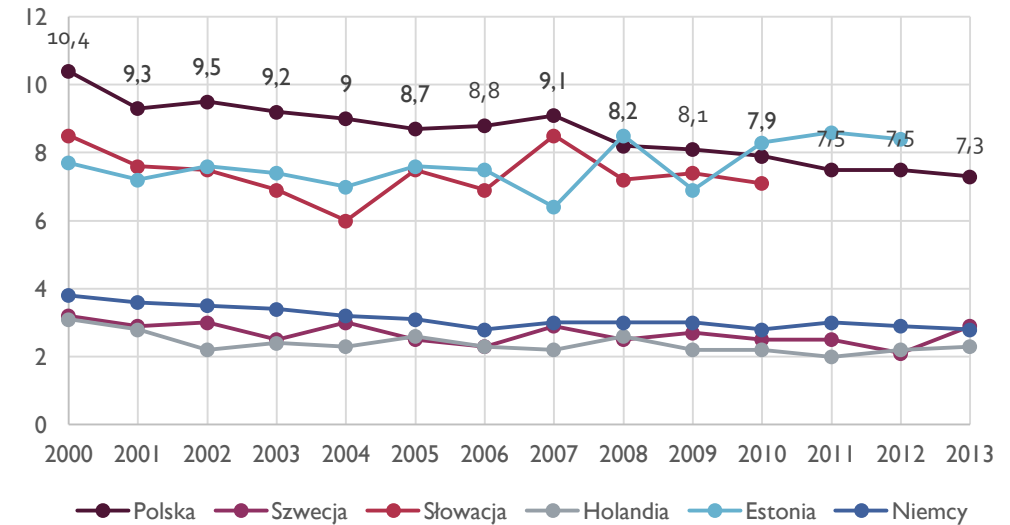
TABELA 7. CZĘSTOŚĆ ZGONÓW Z POWODU RAKA SZYJKI MACICY W EUROPIE

Populacja	Liczba nowotworów	Występowanie na 100 000 kobiet	Standaryzowany współczynnik występowania	Ryzyko skumulowane	Populacja	Liczba nowotworów	Występowanie na 100 000 kobiet	Standaryzowany współczynnik występowania	Ryzyko skumulowane
Rumunia	1909	17.3	10.8	1.18	Bośnia i Hercegowina	89	4.6	2.7	0.32
Mołdawia	210	11.4	7.9	0.83	Luxemburg	13	4.9	2.4	0.29
Serbia	609	12.2	7.7	0.84	Norwegia	101	4.1	2.3	0.23
Łotwa	221	12.5	7.5	0.76	Hiszpania	848	3.6	2.1	0.22
Bułgaria	437	11.4	7.0	0.72	Austria	178	4.1	2.0	0.21
Ukraina	2271	9.4	6.4	0.63	Belgia	219	4.0	1.9	0.20
Litwa	135	11.2	6.3	0.64	Dania	97	3.4	1.9	0.18
Rosja	7371	9.6	6.1	0.63	Francja	1167	3.6	1.9	0.19
Estonia	80	11.1	5.9	0.67	Szwecja	187	3.9	1.9	0.20
Montenegro	26	8.1	5.8	0.65	Grecja	208	3.6	1.8	0.18
Polska	1858	9.4	5.4	0.60	Albania	35	2.2	1.8	0.21
Węgry	461	8.8	5.3	0.55	Wlk. Brytania	979	3.1	1.8	0.18
Słowacja	232	8.2	5.2	0.57	Niemcy	1566	3.8	1.7	0.18
Macedonia	81	7.9	5.1	0.56	Holandia	242	2.9	1.6	0.16
Białoruś	372	7.3	4.7	0.48	Włochy	1016	3.3	1.5	0.16
Portugalia	390	7.1	3.7	0.38	Cypr	17	3.1	1.5	0.10
Irlandia	101	4.4	3.3	0.35	Szwajcaria	94	2.4	1.1	0.12
Czechy	315	5.9	3.2	0.35	Finlandia	53	1.9	1.0	0.10
Chorwacja	140	6.2	3.2	0.34	Malta	3	1.4	0.8	0.07
Słowenia	64	6.1	3.0	0.31	Islandia	2	1.2	0.4	0.00

ŹRÓDŁO: NA PODSTAWIE DANYCH Z WHO IARC GLOBCAN 2012.
[HTTP://GLOBOCAN.IARC.FR/](http://globocan.iarc.fr/) (22.12C.2015)

WYKRES 1. LICZBA ZGONÓW Z POWODU RSM

Również na podstawie wieloletnich analiz widać, że w ostatnich latach spada liczba zgonów spowodowanych tym nowotworem – tj. z 10,4/100 000 w 2000 roku do 7,3/100 000 w 2013 r. (na podstawie danych OECD). Jednak nadal w Polsce umiera znacznie więcej kobiet z tego powodu niż w takich krajach jak Niemcy, Szwecja czy Holandia. W stosunku do wykrytych nowotworów w Polsce nadal jednak umiera więcej kobiet niż w innych krajach.



ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE DANYCH OECD.
[HTTP://STATS.OECD.ORG/INDEX.ASPX?DATASETCODE=HEALTH_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?datasetcode=health_stat) POBRANE 20.12.2015 R.

WYSTĘPOWANIE ORAZ ŚMIERTELNOŚĆ Z POWODU RAKA PIERSI

Rak piersi zajmuje pierwsze miejsce w strukturze zarejestrowanych nowotworów u kobiet i stanowi drugą przyczynę zgonów nowotworowych u kobiet w Polsce. Nowotwory złośliwe piersi stanowią 23% zachorowań i 13% zgonów nowotworowych u kobiet. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności i umieralności na raka piersi na świecie. Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi występuje po 50 roku życia (90%), przy czym odsetek zgonów w kolejnych 5-letnich grupach wiekowych utrzymuje się na podobnym poziomie (około 10% zgonów). Rak piersi w 2012 r. (zgodnie z danymi WHO IARC) był najczęściej występującym oraz drugim co do częstości śmierci nowotworem u kobiet w Polsce. Jak w wielu krajach Europy jest to najczęściej występujący i zagrażający życiu kobiet nowotwór.

Częstość występowania tego nowotworu w Polsce w ostatnich 15 latach nie ulega istotnym zmianom, podobnie zresztą jak w wielu innych krajach rozwiniętych.

TABELA 8. CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA RAKA PIERSI NA 100000 KOBIET W WYBRANYCH KRAJACH OECD

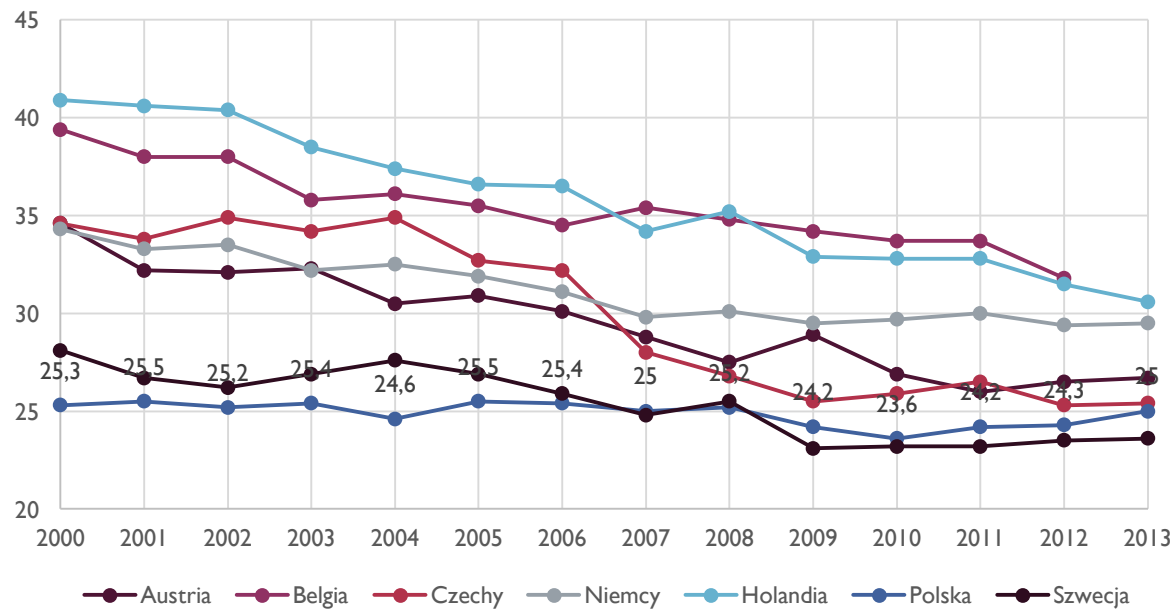
	1998	2000	2002	2008	2012
Austria	62,6	67,2	70,5	69,9	68
Belgia	84,4	82,2	92	109,4	111,9
Czechy	..	..	58,4	67,7	70,3
Dania	84	86,2	88,7	89,1	105
Estonia	..	..	..	50,2	51,6
Finlandia	75,3	78,4	84,7	86,6	89,4
Francja	80,1	83,2	91,9	99,7	89,7
Niemcy	65	73,7	79,8	81,8	91,6
Grecja	49,9	47,6	51,6	44,9	43,9
Węgry	..	..	63	57,9	54,5
Irlandia	66,4	71,6	74,9	93,9	92,3
Włochy	64,4	64,9	74,4	86,3	91,3
Luksemburg	65,4	69,3	82,5	82,3	89,1
Holandia	82,2	91,6	86,7	96,8	99
Nowa Zelandia	..	..	91,9	89,4	85
Norwegia	..	..	74,8	76,2	73,1
Polska	..	..	50,3	48,9	51,9
Portugalia	52,3	55,3	55,5	60	67,6
Słowacja	..	..	48	53,4	57,5
Słowenia	..	..	..	65,5	66,5
Hiszpania	49,6	47,9	50,9	61	67,3
Szwecja	83,2	81	87,8	82,7	80,4
Szwajcaria	..	70,1	81,7	89,4	83,1
Turcja	..	..	22	28,3	39,1
Wielka Brytania	68,8	74,9	87,2	87,9	95

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE DANYCH OECD.
[HTTP://STATS.OECD.ORG/INDEX.ASPX?DATASETCODE=HEALTH_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?datasetcode=health_stat) (20.12.2015)

W 2012 roku Polska zajmowała 31 miejsce w Europie pod względem liczby rozpoznanych nowotworów piersi w Europie. Co oznacza, że ten nowotwór wciąż stosunkowo rzadko występuje (lub jest rozpoznawany) w populacji polskiej. Podobne miejsce zajmuje Polska pod względem liczby zgonów z powodu nowotworu piersi w oparciu o wystandaryzowany o wiek współczynnik ASR (W) zgodnie z danymi WHO IARC.

Jednak w przeciwieństwie do raka szyjki macicy w ostatnich latach nie widać istotnej dynamiki zmian częstości występowania zgonów z powodu tego nowotworu. Mimo znacznego spadku liczby zgonów z tego powodu w ostatnich 15 latach w wielu krajach Unii Europejskiej (Holandia, Niemcy, Irlandia) w Polsce utrzymuje się on na statycznym poziomie.

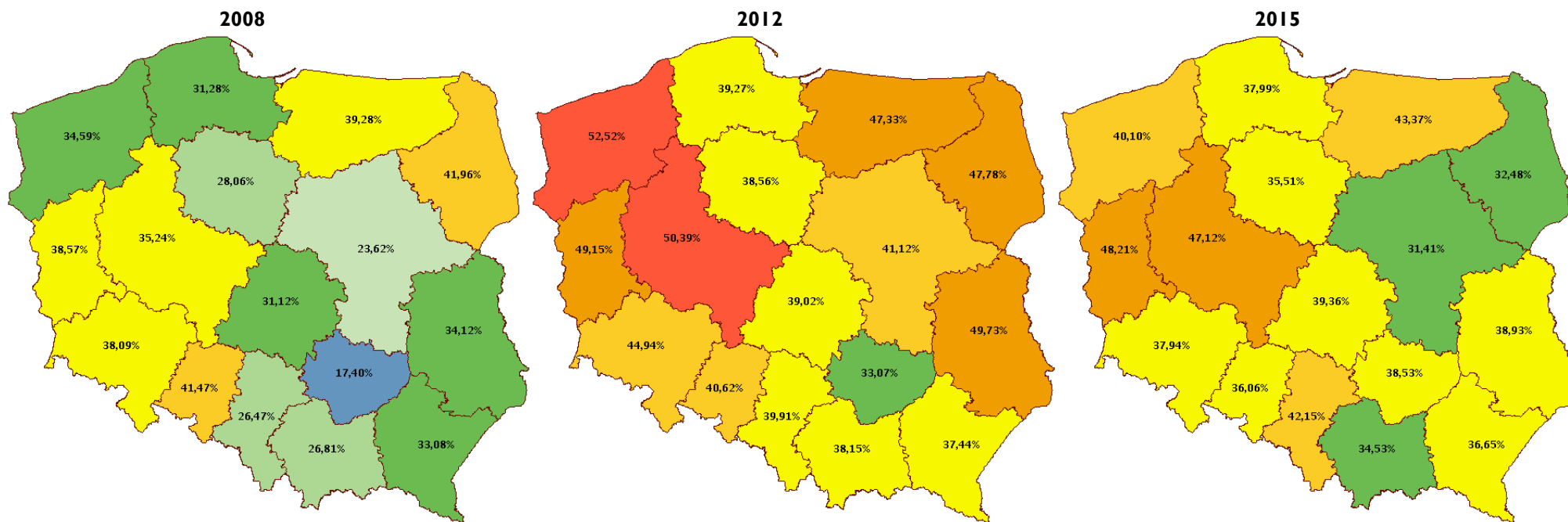
WYKRES 2. CZĘSTOŚĆ ZGONÓW Z POWODU RAKA PIERSI NA 100000 KOBIEC W WYBRANYCH KRAJACH EUROPY



ŹRÓDŁO: OPRACOWANE NA PODSTAWIE
[HTTP://GLOBOCAN.IARC.FR/PAGES/SUMMARY_TABLE_POP_SEL.ASPX](http://globocan.iarc.fr/pages/summary_table_pop_sel.aspx) (22.12.2015)

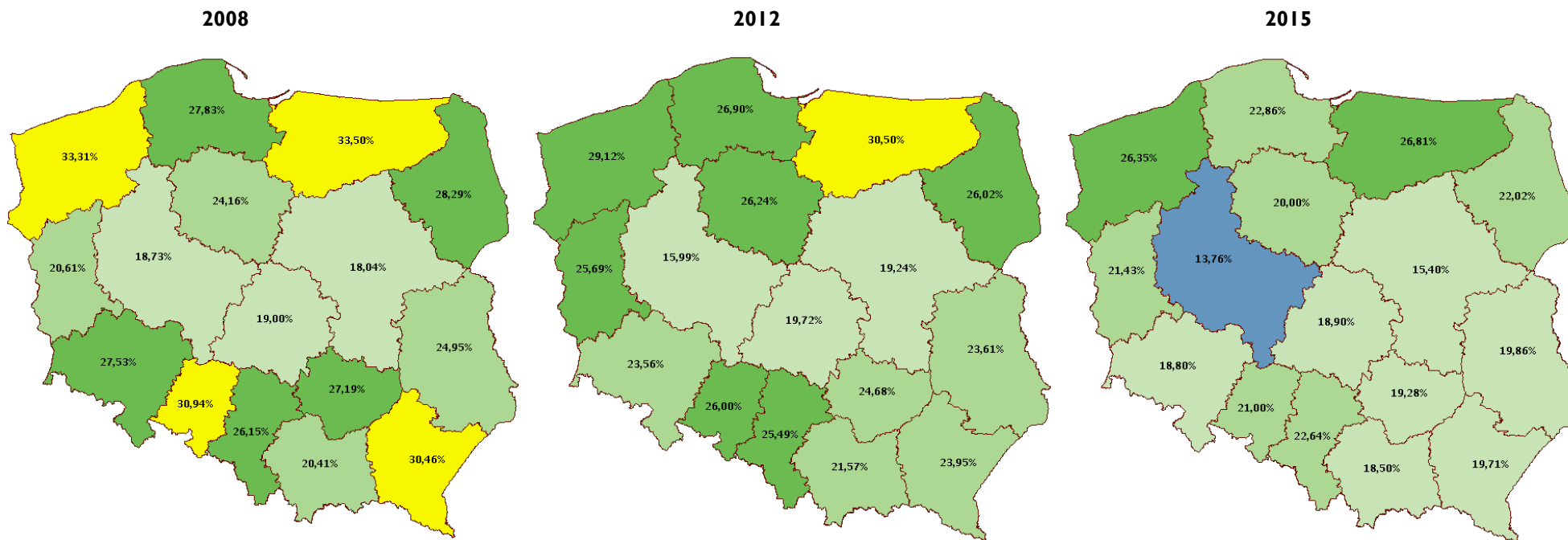
Różnice regionalne w zakresie uczestnictwa w programach przesiewowych widoczne są od samego początku realizacji programów. Istotnie większe uczestnictwo w obu programach występowało w regionach północnych oraz południowych kraju z istotnie mniejszym wykonaniem badań w części województw centralnych Polski. Nie ma jednoznacznych informacji dotyczących przyczyn tego faktu. Przedstawiono bieżące (dla danej części populacji w konkretnym roczniku) wykonanie programów przesiewowych w latach 2008, 2012 i 2015.

WYKRES 3. BIEŻĄCE OBJĘCIE POPULACJI BADANAMI MAMMOGRAFICZNYMI W 2008, 2012 I 2015 R.



ŹRÓDŁO: PROFILAKTYKA RAKA: [HTTP://WWW.PROFILAKTYKARAKA.COI.WAW.PL/COK/STATYSTYKI-DANE](http://www.profilaktykarako.coi.waw.pl/cok/statystyki-dane)
(27.12.2015)

WYKRES 4. BIEŻĄCE OBJĘCIE POPULACJI BADANIAMI CYTOLOGICZNYMI W 2008, 2012 I 2015 R.



ŹRÓDŁO: PROFILAKTYKA RAKA: [HTTP://WWW.PROFILAKTYKARAKA.COI.WAW.PL/COK/STATYSTYKI-DANE](http://www.profilaktykarako.coi.waw.pl/cok/statystyki-dane)
(27.12.2015)

Nie można ich tłumaczyć wyłącznie wykonywaniem badań prywatnie, ani różnicą w nakładach na promocję badań czy liczbą wysłanych zaproszeń na populację kobiet. Niestety ani w dokumentach MZ, ani Centralnego Ośrodka Koordynującego badania profilaktyczne, nie można znaleźć próby analizy przyczyn tej sytuacji, które można by uznać za satysfakcjonujące. Również w piśmiennictwie branżowym nie ma interpretacji tej sytuacji. W raporcie NIK z 2013 r. jako jedną z przyczyn podawana jest dostępność na terenach wiejskich – czyli siatka lokalizacji gabinetów ginekologicznych poza ośrodkami miejskimi.

Setki tysięcy kobiet na świecie umierają rocznie na raka szyjki macicy – chorobę, którą prostymi testami można wykryć w fazie, gdy jest całkowicie uleczalna [1]. Co więcej, dzieje się tak nawet w tych krajach, w których – podobnie jak w Polsce - testy wykrywające wczesne stadia raka są darmowe, a kobiety otrzymują imienne zaproszenia do udziału w badaniu przesiewowym. **Co kieruje pacjentkami, które ryzykują rozwój zagrażającej życiu choroby, ignorując zachętę do darmowego testu?**

Wiele zespołów badawczych na całym świecie podjęło próbę odpowiedzi na pytanie o to, dlaczego liczne pacjentki nie korzystają z obiektywnie mało inwazyjnej i bardzo skutecznej metody profilaktycznej, która może uchronić je przed ciężką chorobą. Dzięki ich pracy możemy określić, jakie grupy czynników decydują o powodzeniu programów przesiewowych raka szyjki macicy, a które utrudniają ich przeprowadzenie. Przeglądy systematyczne oraz prace pogładowe poświęcone zgłaszalności na badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy [2] [3] [4] [5] zwracają uwagę na szereg uwarunkowań, takich jak c z y n n i k i demograficzne, społeczne i kulturowe, aspekty organizacji systemu ochrony zdrowia, czynniki psychologiczne oraz sposób komunikacji z grupą docelową. Warto zauważyć, że determinantą sprzyjającą uczestnictwu w programach przesiewowych jest postrzeganie przez kobiety korzyści płynących z badania jako bardziej znaczących od ewentualnych barier – wskazują na to zarówno wyniki badań międzynarodowych, jak i przeprowadzonych w Polsce [3, por. raport Siemensu tychże autorek]. Wśród korzyści istotnych dla pacjentek niezależnie od wieku znajdują się : poczucie kontroli, przekonanie o zabezpieczeniu przed chorobą oraz postrzegane korzyści w relacji z partnerem [ibid.].

Analizując bariery wskazane w wielu publikacjach [1] [2] [3] [4] [5] [6] można wyróżnić najważniejsze obszary, których one dotyczą. Są to:

- Sposób organizacji badań przesiewowych
- Charakterystyka społeczno-demograficzna kobiet
- Kłopoty zdrowotne i osobiste pacjentek
- Przekonania kobiet dotyczące badania
- Brak informacji o badaniach przesiewowych
- Bariery emocjonalne
- Poprzednie doświadczenia związane z badaniem

Wśród zidentyfikowanych czynników wpływających na udział w testach przesiewowych na szczególną uwagę zasługują, ze względu na swoją uniwersalność, czynniki społeczno-demograficzne. Publikacje wskazują na negatywną korelację pomiędzy wiekiem, a zgłaszalnością na badania przesiewowe [7] [8]. Częściej badają się kobiety lepiej wykształcone i o

wyższym statusie ekonomicznym, choć w tym przypadku dane nie są jednoznaczne. Kobiety pozostające w stałych związkach zgłaszają się na badania częściej, aniżeli kobiety samotne. Partycypacji sprzyja także zamieszkanie w większym mieście.

Przekonania dotyczące zdrowia w ogóle także wydają się wpływać na decyzje kobiet o uczestnictwie w programach przesiewowych, co znajduje wyraz choćby w fakcie, że częściej czynią to kobiety, które aktywnie poszukują informacji na temat zdrowia. Sam fakt uprzedniego wykonania badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy sprzyja ponownemu poddaniu się temu badaniu. Także rozmowy i kontakt z bliskimi kobietami, które zachorowały na ten nowotwór wydaje się wpływać pozytywnie na chęć partycypacji w programach przesiewowych. Wyniki wielu badań wskazują, że kobiety, które częściej odwiedzają ginekologa i lekarza pierwszego kontaktu także częściej się badają. Można domniemywać, że wynika to z faktu przekazywania informacji o możliwościach i celach tego testu przez lekarzy. Podobne mechanizmy mogą się kryć za wynikami stwierdzającymi częstsze uczestnictwo w przesiewach u kobiet stosujących antykoncepcję oraz tych, które były w ciąży – sytuacje te wiążą się z koniecznością kontaktu z lekarzem. Kontakt z komunikatami medialnymi dotyczącymi raka szyjki macicy w niektórych badaniach także koreluje dodatnio z uczestnictwem w przesiewach.

Bariery obejmują także błędne przekonania dotyczące ryzyka zachorowania, celów i skuteczności samego testu, a także czynniki emocjonalne, takie jak strach przed wykryciem choroby czy też wstyd związany z samym badaniem. W związku z tym czynnikiem mediującym jest także dostęp do rzetelnej informacji o badaniu i samej chorobie. W społeczeństwach tradycyjnych ograniczenie autonomii kobiet wpływa na stopień ich uczestnictwa.

Nie mniej istotne są bariery praktyczne, takie jak trudności z dotarciem do placówki, która wykonuje testy, które potęgują się w przypadku kobiet obciążonych np. niepełnosprawnością, innymi chorobami, a także matek małych dzieci.



Organizacja badań

- Duża odległość do ośrodka i trudności z dotarciem do takiego ośrodka
- Trudność w uzgodnieniu dogodnego terminu
- Długi czas oczekiwania
- Dłgie kolejki
- Trudność z wykonaniem testu w placówce wybranej przez pacjentkę
- Dyskomfort (gdy badania przesiewowe odbywają się w miejscu pracy)
- Organizacją życia codziennego
- Brak opieki zastępczej nad dziećmi
- Odkładanie badania na później
- Brak czasu
- Przekonanie, że badanie zabiera dużo czasu



Kłopoty zdrowotne i osobiste

- Inne choroby, w tym niepełnosprawność
- Inne priorytety
- Zapracowanie/słaba samoorganizacja
- Problemy osobiste
- Problemy kulturowe i językowe (szczególnie w przypadku imigrantów)



Przekonania dotyczące badania

- Przesiew jest niepotrzebny, jeśli nie odczuwa się żadnych objawów
- Badanie w ogóle nie jest potrzebne
- Badanie nie jest potrzebne kobietom w moim wieku
- Badanie nie jest potrzebne kobietom nieaktywnym seksualnie
- Brak zaufania do wyników testu



Brak informacji o badaniach przesiewowych

- Trudny dostęp do rzetelnej informacji o badaniach
- Brak świadomości, że powinno się wykonać badanie
- Niejasne i mylące informacje o samym badaniu i jego celach
- Brak informacji na temat testu Pappa oraz niezrozumienie jego celu



Bariery emocjonalne

- Strach przed wykryciem innych schorzeń
- Strach przed niekorzystnym wynikiem testu
- Wstyd i poczucie dyskomfortu związane z badaniem
- Wstyd związany ze sposobem wykonania testu
- Preferowanie określonej płci ginekologa



Poprzednie doświadczenia

- Nieprzyjemne potraktowanie przez personel medyczny
- Test wykonywany przez mężczyznę
- Testy wykonywane każdorazowo przez różnych lekarzy
- Brak wsparcia ze strony rodziny i znajomych
- Brak rozmowy z lekarzem na temat testu
- Sposób przekazania informacji o wyniku

Warto też nadmienić, że badania dotyczące barier częstokroć opierają się na odpowiedziach udzielanych przez same kobiety na pytanie, dlaczego nie uczestniczą w badaniach przesiewowych [9] [10]. Respondentki wskazują wówczas często wstyd lub uprzednie negatywne doświadczenia jako powody unikania badania. Na ograniczenia metodologiczne związane z takim podejściem zwracają uwagę A. Labejt, F. Peinemann i A. Kedir [11], wskazując na zjawisko

CZYNNIKI, KTÓRE W NAJWIĘKSZYM STOPNIU DETERMINUJĄ ZGŁASZALNOŚĆ NA BADANIA STANOWIĄ BARDZIEJ PRAKTYCZNE BARIERY, TAKIE JAK TRUDNOŚĆ W UMÓWIENIU WIZYTY W DOGODNYM CZASIE, POZIOM UFNOŚCI W WIARYGODNOŚĆ REZULTATÓW BADANIA, A TAKŻE ZWYKŁE TRUDNOŚCI Z SAMOORGANIZACJĄ I ZMIESZCZENIEM BADANIA W GRAFIKU CODZIENNYCH ZOBOWIĄZAŃ. NIŻSZY POZIOM UCZESTNICTWA W BADANIACH PRZESIEWOWYCH KOBIEC MNIJ WYKSZTAŁCONYCH I WYWODZĄCYCH SIĘ Z MNIEJSZOŚCI ETNICZNYCH, WYPŁYWA DE FACTO Z WYŻSZEGO POZIOMU WSPOMNIANYCH BARIER PRAKTYCZNYCH, NA KTÓRE NAPOTYKAJĄ TE GRUPY KOBIEC.

racjonalizowania własnych zachowań przez respondentki. Wyniki przeprowadzonej przez nich analizy wskazują, że wstyd i negatywne doświadczenia wskazywane są w takim samym stopniu przez kobiety, które unikają badania, jak i te, które regularnie poddają się badaniom. Może to sugerować, iż wspomniane czynniki emocjonalne nie są rzeczywistymi powodami braku uczestnictwa w programach przesiewowych. Takie zachowanie, polegające na przypisywaniu własnego zachowania czynnikom, które spotykają się z większą akceptacją społeczną, jest dobrze znane w literaturze psychologicznej. Stąd identyfikacja prawdziwych przyczyn niskiej zgłaszalności na badania przesiewowe może wymagać wykorzystania innych metod badawczych [12].

We wnioskach autorzy podkreślają, że choć wstyd i poczucie dyskomfortu stanowią często wskazywane bariery, to w rzeczywistości nie przesądzają one o udziale w badaniu przesiewowym lub jego unikaniu. Czynniki, które w największym stopniu determinują zgłaszalność na badania stanowią bardziej praktyczne bariery, takie jak trudność w umówieniu wizyty w dogodnym czasie, poziom ufności w wiarygodność rezultatów badania, a także zwykłe trudności z samoorganizacją i zmieszczeniem badania w grafiku codziennych zobowiązań. Co więcej, głębsza analiza wykazała, że niższy poziom uczestnictwa w badaniach przesiewowych kobiet mniej wykształconych i wywodzących się z mniejszości etnicznych, wpływa de facto z wyższego poziomu wspomnianych barier praktycznych, na które

napotykają te grupy kobiet. Nie czynniki demograficzne i emocjonalne zatem, ale praktyczne, okazują się kluczowe. Jest to dobra wiadomość, gdyż istnieje możliwość minimalizowania tego typu barier.

Autorzy zbadali także hipotezę, wedle której niższy udział w badaniach przesiewowych wiąże się z rozczarowaniem społecznym, mierzonym poziomem udziału w wyborach. Uzyskane wyniki potwierdziły tę hipotezę – kobiety, które nigdy nie brały udziału w wyborach, lub robiły to sporadycznie, częściej opóźniały wykonanie badania, aniżeli kobiety, które zawsze uczestniczyły w głosowaniu. Może to także wynikać z faktu, iż zarówno udział w wyborach, jak i w teście przesiewowym, wymaga pewnego poziomu samoorganizacji [12].

Wysiłki zmierzające do poprawy zgłaszalności na badania przesiewowe powinny uwzględniać starania o to, by pacjentki uczestniczyły w nich regularnie [13] [14]. Wiele badań wskazuje, że skuteczniejsze okazują się programy systemy oparte

na powiadomieniach i przypomnieniach kierowanych do świadczeniodawców, a także te, które angażują w proces lekarza rodzinnego [15].

Skuteczne programy przesiewowe opierają na następujących strategiach: [16]

Przekazy dotyczące choroby i badania sformułowane są w sposób zrozumiały i przekonujący dla lokalnej społeczności

Priorytetem jest dotarcie do większości kobiet pomiędzy 30 a 50 rokiem życia

Celem jest przekonanie kobiety, by zbadła się choćby jeden raz

Zapewniają bardzo szerokie możliwości wykonania testu

Zapewniają odpowiednią opiekę nad pacjentką po wykonaniu testu

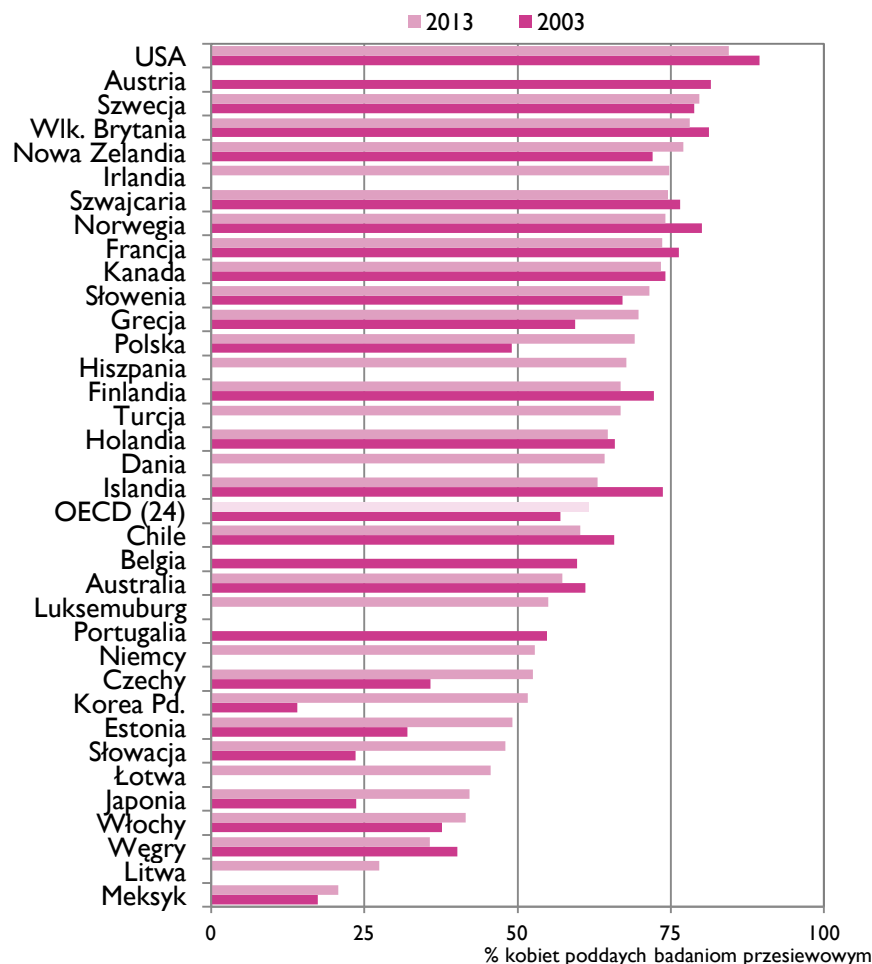
Skuteczność programu podlega stałej ewaluacji

LITERATURA

17. Ferlay, J., et al., (2004). GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC CancerBase No. 5. version 2.0, Lyon: IARCPress
18. Albrow, R., et al. (2014). Interventions to improve cervical cancer screening uptake amongst young women: A systematic review. *Acta Oncologica*, Vol. 53, Iss. 4, 445-451.
19. Bukowska-Durawa, A., & Luszczynska, A. (2014). Cervical cancer screening and psychosocial barriers perceived by patients: A systematic review. *Contemporary Oncology*, 18, 153–159. Doi:10.5114/wo.2014.43158
20. Jepson, R., et al. (2000). The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. *Health Technology Assessment*, Vol. 4, No. 14.
21. Camilloni, L., (2013). Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. *BMC Public Health*, 13:464
22. European Commission. Cancer screening in the European Union: Report on the Implementation of the Council Recommendation on cancer screening (First Report), 2008. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/index2.php>.
23. Walter, L. C., Lindquist, K. & Covinsky, K. E. Relationship between health status and use of screening mammography and Papanicolaou smears among women older than 70 years of age. *Ann Intern Med* 140, 681–688 (2004).
24. Lairson, D. R., Chan, W. & Newmark, G. R. Determinants of the demand for breast cancer screening among women veterans in the United States. *Soc Sci Med* 61, 1608–1617 (2005).
25. Rieck, G. C., Tristram, A., Hauke, A., Fielder, H. & Fiander, A. N. Cervical screening in 20–24-year olds. *J Med Screen* 13, 64–71 (2006).
26. Lancuck, L., Patnick, J. & Vessey, M. A cohort effect in cervical screening coverage? *J Med Screen* 15, 27–29 (2008).
27. Labeit, A., Peinemann F. i A. Kedir (2013). Cervical Cancer Screening Service Utilisation in UK. *Nature. Scientific Reports* 3, Article number: 2362.
28. Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J (2009). Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. *J Med Screen* 16: 199-204
29. Clark MA, Rakowski W, Bonacore LB. Repeat mammography: prevalence estimates and consideration for assessment. *Ann Behav Med* 2003;26(3):201–11.
30. Rakowski W, Breen N, Meissner H, et al. Prevalence and correlates of repeat mammography among women aged 55–79 in the Year 2000 National Health Interview Survey. *Prev Med* 2004;39(1):1–10
31. Armstrong N, James V, Dixon-Woods M. The role of primary care professionals in women’s experiences of cervical cancer screening: a qualitative study. *Fam Pract* 2012; 29: 462–6.
32. Ferlay, J., et al., GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC CancerBase No. 5. version 2.0, (Lyon: IARCPress, 2004)

SKUTECZNOŚĆ PROGRAMÓW PRZESIEWOWYCH W POLSCE W ŚWIELE OECD HEALTH STATISTICS 2015 ORAZ DANYCH KRAJOWEGO REJESTRU NOWOTWORÓW

WYKRES 5. RAK SZYJKI MACICY – BADANIA PRZESIEWOWE KOBIEC W WIEKU 20-69 LAT



W Polsce rak szyjki macicy jest siódmym pod względem zachorowalności nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet i jednocześnie ósmym na liście nowotworem będącym powodem zgonów kobiet. Nowotwory złośliwe szyjki macicy stanowią u Polek 3,6% zachorowań i 4% zgonów na nowotwory. Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy występuje między 50 a 69 rokiem życia (53%). Po 70 roku życia odsetek zgonów w kolejnych 5-letnich grupach wiekowych utrzymuje się na podobnym poziomie (około 5–8% zgonów).

Rak szyjki macicy jest nowotworem, w którym profilaktyka ma szczególne znaczenie i w przypadku którego można wykrywać i leczyć zmiany zanim dojdzie do ich progresji. Populacyjne przesiewowe badania cytologiczne wykonywane co 3-5 lat zmniejszają zapadalność na ten typ nowotworu o 80% (IARC 2005). Różne kraje stosują różne polityki w zakresie profilaktyki tego nowotworu. Połowa krajów OECD prowadzi populacyjne programy profilaktyki, choć zarówno definicja grup docelowych jak i częstotliwość badań się w różni. (OECD Health Statistics 2015).

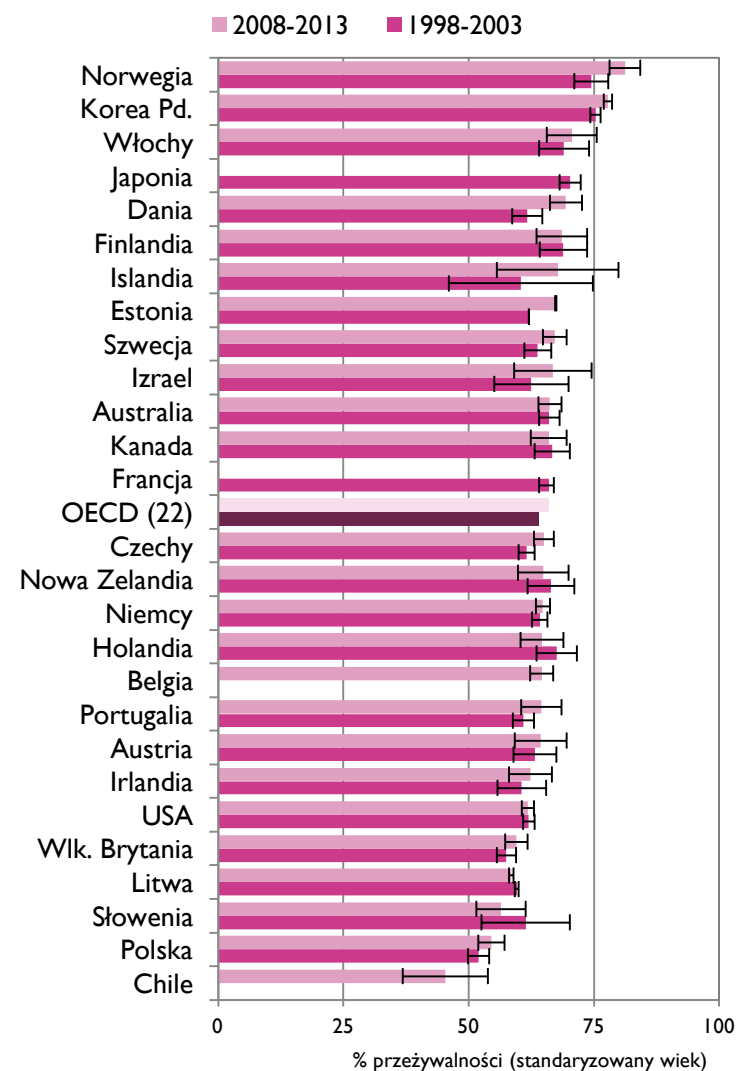
ŚREDNIA ZGŁASZALNOŚĆ NA BADANIA CYTOLOGICZNE W KRAJACH OECD WYNOŚI 62%. W POLSCE ZALEDWIE 34%

ŹRÓDŁO: OECD HEALTH STATISTICS 2015, [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/HEALTH-DATA-EN](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en).

WYKRES 6. RAK SZYJKI MACICY - PRZEŻYCIA 5-CIO LETNIE

Wiele krajów nie organizuje odrębnych programów profilaktyki raka szyjki macicy, jedynie udostępniając co trzy do pięciu lat kobietom w określonej populacji wiekowej darmowe badania cytologiczne. W większości krajów OECD prowadzone są szczepienia przeciwko HPV. Zakażenie wirusem HPV odpowiada za 95% przypadków zachorowań na raka szyjki macicy.

Współczynniki zgłaszalności na badania profilaktyczne są zróżnicowane i wahają się między 20,7% w Meksyku, a 84,5% w USA. Średnia zgłaszalność na badania cytologiczne w krajach OECD wynosi 61,6% i w okresie dekady (2003-2013) podniosła się o prawie 5 punktów procentowych. W Polsce, w świetle danych OECD zgłaszalność ustalona na podstawie wywiadów wynosi 70%, a jej wzrost w okresie dekady (2003 – 2013) wyniósł około 20% (OECD Health Statistics 2015). W wielu krajach zgłaszalność na badania profilaktyczne uległa zmniejszeniu w wyniku wprowadzenia obowiązkowych szczepień przeciwko HPV. Statystyki zgłaszalności OECD dla Polski określonej na podstawie wywiadów odbiegają od statystyk podawanych przez Centralny Ośrodek Koordynujący, które wyniosły na podstawie danych z systemu monitorowania SIMP oraz danych NFZ w 2013 roku zaledwie 34%.



ŹRÓDŁO: OECD HEALTH STATISTICS 2015, [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/HEALTH-DATA-EN](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en).

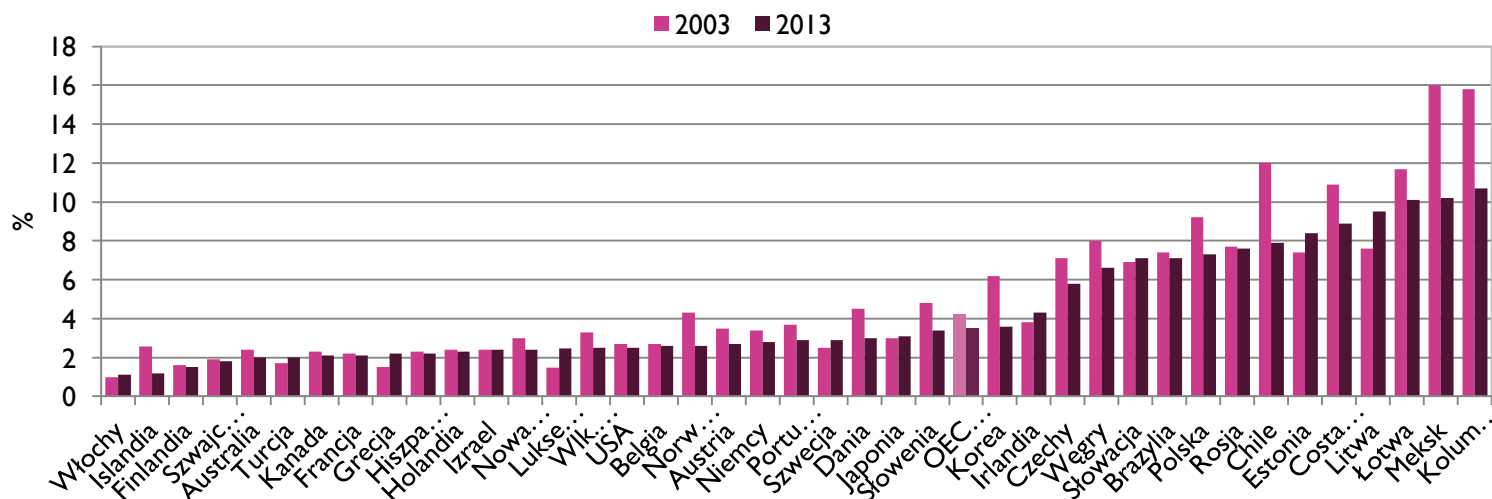
W 2010 ROKU W POLSCE ZAPADALNOŚĆ NA NOWOTWORY SZYJKI MACICY BYŁA O OKOŁO 15% WYŻSZA NIŻ ŚREDNIA DLA KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ.

WSKAŹNIKI UMIERALNOŚCI Z POWODU NOWOTWORÓW SZYJKI MACICY W POLSCE SĄ PONAD DWUKROTNIE WYŻSZE NIŻ PRZECIĘTNA DLA KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ.

Najczulszym wskaźnikiem skuteczności opieki onkologicznej uwzględniającym zarówno wczesne wykrywanie jak i skuteczność leczenia są przeżycia 5cioletnie. Tu w rankingu 22 krajów OECD, Polska zajmuje przedostatnie miejsce, przed Chile. Okresy względnych 5cio letnich przeżyć mieszczą się między wartością 45% w Chile i 50% Polsce, a 81,2% w Norwegii oraz Korei (OECD Health Statistics 2015). Przeżycia 5-letnie wśród pacjentek z nowotworami szyjki macicy w ciągu pierwszej dekady XXI nie uległy zmianie wynosząc w Polsce: 54,1% w latach 2000-2002 wobec 54,4% w latach 2003-2005 wg danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN).

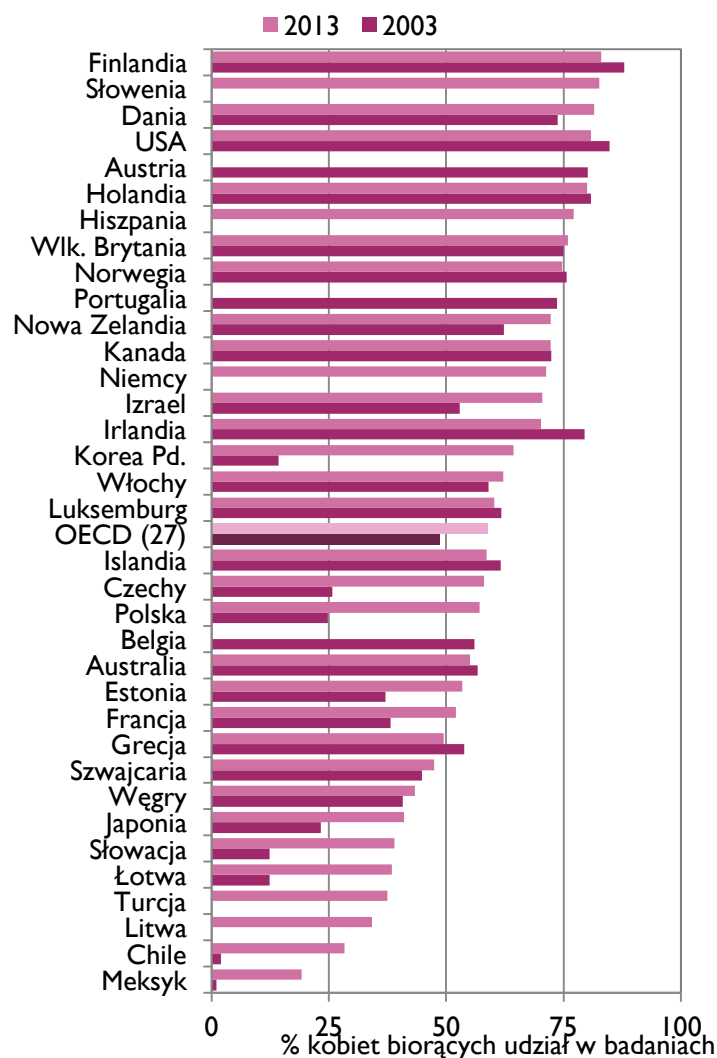
W świetle danych KRN w 2010 roku zapadalność na nowotwory szyjki macicy w Polsce była o około 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej. Wskaźniki umieralności z powodu nowotworów szyjki macicy w Polsce są ponad dwukrotnie wyższe niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej. Współczynnik standaryzowany zgonów z powodu raka szyjki macicy wg danych KRN zmniejszył się w Polsce w latach 2006-2013 z wartości 8 do 7/100.000 kobiet, ale pozostaje nadal dwukrotnie wyższy niż średnia OECD i 4krotnie wyższy niż wskaźnik umieralności w krajach takich jak Islandia, Finlandia czy Australia. **Z perspektywy wpływu na umieralność oraz przeżycia dotychczasowa realizacja programu badań przesiewowych w raku szyjki macicy nie okazała się skuteczna.**

WYKRES 7. UMIERALNOŚĆ Z POWODU RAKA SZYJKI MACICY



Źródło: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

WYKRES 8. BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA PIERSI U KOBIET W WIEKU 50-69 LAT

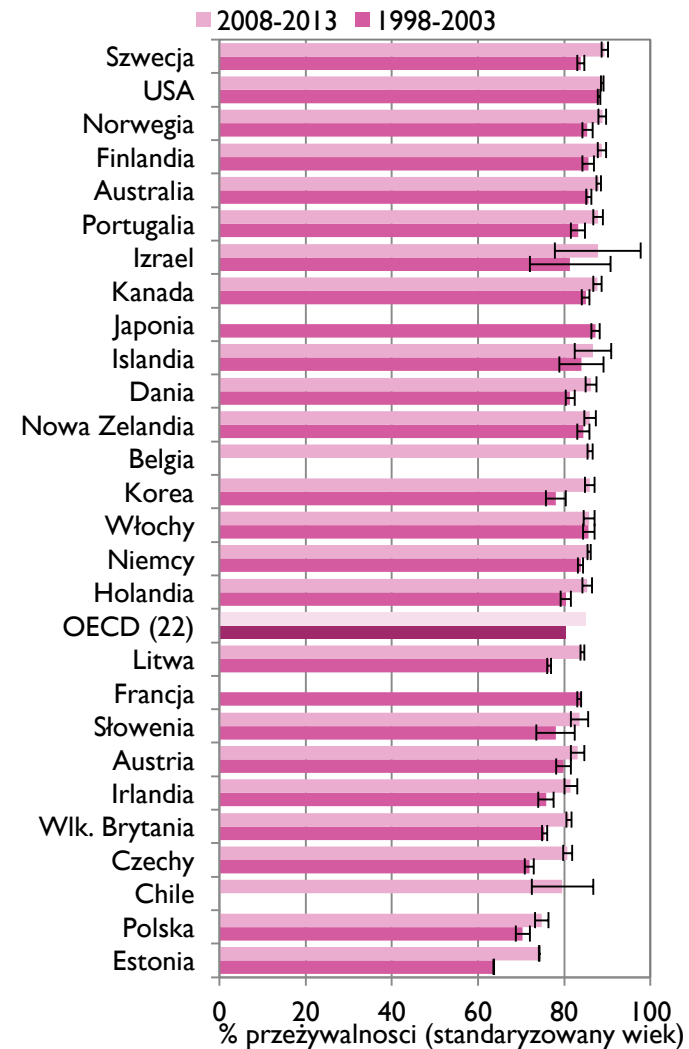


Rak piersi stanowi drugą przyczynę zgonów nowotworowych u kobiet w Polsce. Nowotwory złośliwe piersi stanowią 22,2% zachorowań i 13,3% zgonów nowotworowych u kobiet. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności i umieralności na raka piersi na świecie. Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi występuje po 50 roku życia (91%).

W większości krajów OECD prowadzone są populacyjne programy przesiewowe w kierunku raka piersi, mimo, że kraje różnią się doбором grup docelowych oraz częstotliwością mammografii. Aby poprawić wyniki leczenia oraz rozwiązać wątpliwości wokół zasadności badań mammograficznych, jako skutecznej metody screeningu, obecne zalecenia WHO zakładają organizację badań przesiewowych w grupach kobiet, które są w stanie podjąć świadome decyzje dotyczące ryzyka i korzyści z tych badań. Współczynniki zgłaszalności wahają się w krajach OECD między 20% w Meksyku i 80% w krajach skandynawskich i USA. W Polsce odnotowano duży postęp w świetle danych OECD w latach 2003-2013 wskazujący na poprawę zgłaszalności od ok. 25 do 55% (OECD Health Statistics 2015). Statystyki zgłaszalności OECD na podstawie wywiadów dla Polski odbiegają od statystyk podawanych przez Centralny Ośrodek Koordynujący, które wyniosły na podstawie danych z systemu monitorowania SIMP oraz danych NFZ w 2013 roku 43%.

ŹRÓDŁO: OECD HEALTH STATISTICS 2015, [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/HEALTH-DATA-EN](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en)

WYKRES 9. RAK PIERSI – PRZEŻYCIA 5-CIO LETNIE



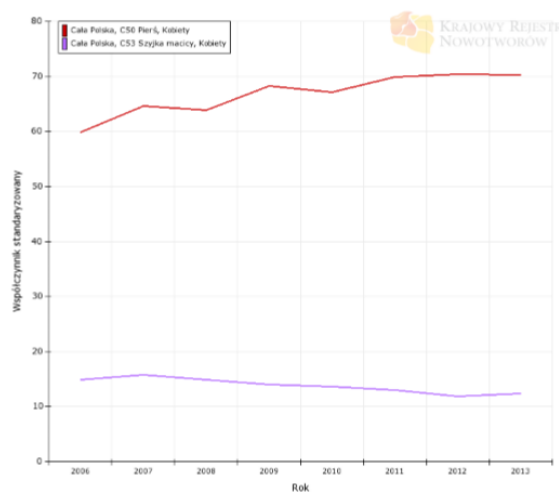
Wskaźniki przeżywalności odzwierciedlają efekt wczesnych rozpoznań oraz poprawę skuteczności leczenia. Wszystkie kraje OECD z wyjątkiem Estonii i Polski osiągnęły współczynnik 5cioletnich przeżyć na poziomie przekraczającym 80%. **Pod tym względem w raku piersi podobnie jak w raku szyjki macicy nie osiągnięto w Polsce istotnej poprawy.** Raport OECD podkreśla jako przyczynę istnienia w obu tych krajach barier w dostępności do leczenia raka, podając jednocześnie jako przykład Czechy, w których dzięki wprowadzeniu populacyjnych programów przesiewowych oraz rozwoju sieci ośrodków specjalistycznego leczenia raka uzyskano poprawę wskaźników przeżywalności i zmniejszenie różnic regionalnych przeżywalności z powodu raka piersi (OECD Health Statistics 2015).

Wskaźniki umieralności odzwierciedlają wczesne rozpoznania, skuteczność opieki, ale także poziom zachorowalności. W wielu krajach w okresie badanej dekady 2003-2013 udało się zmniejszyć umieralność z powodu raka piersi nawet o 20 lub więcej punktów procentowych. W Polsce pozostaje ona na podobnym poziomie i z powodu niższej zapadalności, mieści się blisko średniej dla krajów OECD.

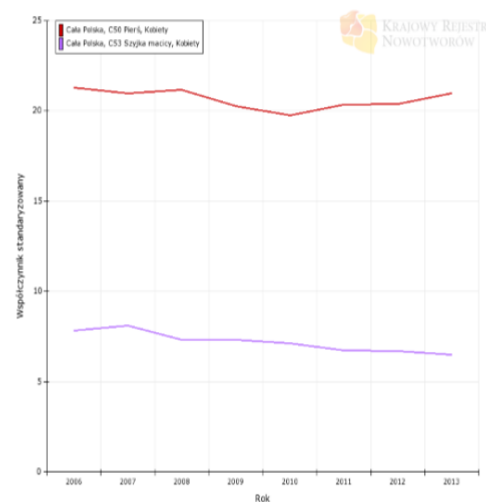
ŹRÓDŁO: OECD HEALTH STATISTICS 2015, [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/HEALTH-DATA-EN](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en)

WYKRES 10. ZAPADALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ Z POWODU RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE WG STATYSTYK KRN

- Typ nowotworu:
 - C50 Piersć
 - C53 Szyjka macicy
- Województwo: Cała Polska
- Rodzaj: Zachorowania
- Standaryzacja: Populacja Europy
- Rok: od 2006 do 2013
- Płeć: Kobiety
- Wiek: od 0 do 85+ lat



- Typ nowotworu:
 - C50 Piersć
 - C53 Szyjka macicy
- Województwo: Cała Polska
- Rodzaj: Zgony
- Standaryzacja: Populacja Europy
- Rok: od 2006 do 2013
- Płeć: Kobiety
- Wiek: od 0 do 85+ lat

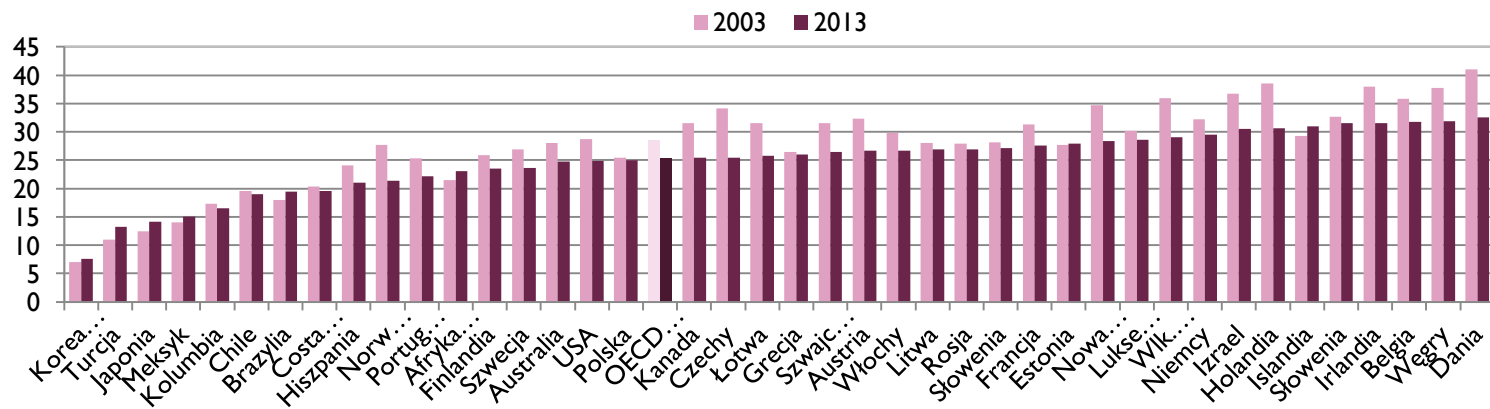


ŹRÓDŁO: [HTTP://ONKOLOGIA.ORG.PL/](http://onkologia.org.pl/).

Z PERSPEKTYWY WPŁYWU NA ZAPADALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ I PRZEŻYCIA Z POWODU RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY PIERWSZE 10 LAT REALIZACJI NPZCHN W ASPEKcie POPULACYJNYCH PROGRAMÓW WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA NALEŻY UZNAĆ ZA NIESKUTECZNE, A PUBLICZNE ŚRODKI PRZEZNACZANE NA TEN CEL ZA WYDAWANE NIEEFEKTYWNE. WNIOSEK TEN POWINIEN STAĆ SIĘ PODSTAWĄ PLANOWANIA W NPZCHN NA LATA 2016-2024 I DZIAŁAŃ, KTÓRE ZMIENIĄ ORGANIZACJĘ, FINANSOWANIE I KOMUNIKACJĘ W TYCH PROGRAMACH W CELU OSIĄGANIA ZAKŁADANYCH PRZEZ NIE POZIOMÓW ZGŁASZALNOŚCI I CELÓW SKUTECZNOŚCI.

W świetle danych dostępnych w Krajowym Rejestrze Nowotworów w okresie 2006 – 2013 tj. pierwszych ośmiu lat realizacji populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka, zapadalność na raka szyjki macicy zmniejszyła się z około 15 do 12 na 100.000, umieralność zmniejszyła się z 8 do 7 na 100.000. Zapadalność z powodu raka piersi wzrosła w tym okresie z 60 do 70 na 100.000, a umieralność pozostała na tym samym poziomie tj. 22 na 100.000. KRN nie podał danych dotyczących przeżyć 5cio letnich dla tych typów nowotworów. Zgłaszalność na badania profilaktyczne osiągnęła w przypadku badań cytologicznych poziom maksymalny 34% a w przypadku badań mammograficznych 43%, nie osiągając progu 70%, który determinuje skuteczność i wpływ profilaktyki na umieralność i przeżycia.

WYKRES 11. UMIERALNOŚĆ Z POWODU RAKA PIERSI



ŹRÓDŁO: OECD HEALTH STATISTICS 2015, [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/HEALTH-DATA-EN](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en)

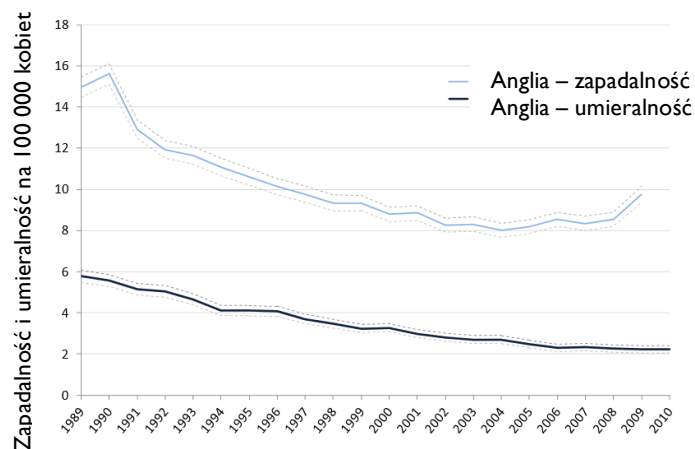
SKUTECZNOŚĆ PROGRAMÓW PRZESIEWOWYCH W INNYCH KRAJACH - PRZYKŁADY DOBRYCH PRAKTYK W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA PROGRAMÓW PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ (EWA BOREK)

RAK SZYJKI MACICY

Badanie cytologiczne (test PAP od nazwiska jego wynalazcy - dra George'a Papanicolaou) jest najbardziej rozpowszechnionym narzędziem profilaktyki raka na świecie. Rozwój nowotworu szyjki macicy jest powolny i trwa około 10 lat. Test pozwala, jeśli jest wykonywany w interwałach nie rzadszych niż 3-5 latnie, na uchwycenie wczesnych zmian poddających się leczeniu. Nie ma on tak korzystnego wpływu, jeśli jest stosowany jako badanie oportunistyczne. Początki jego wykorzystania w programach profilaktyki sięgają lat 50tych i jako pierwsze zostały wprowadzone w Kanadzie.

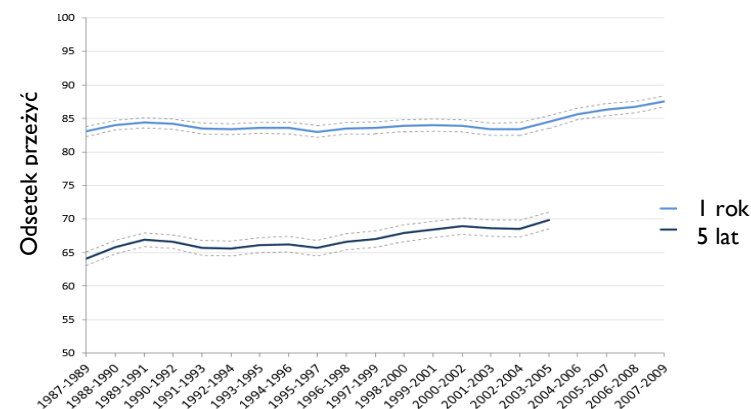
W Wielkiej Brytanii narodowy program profilaktyki raka szyjki macicy został wprowadzony w 1989 roku. W okresie pierwszych dziesięciu lat trwania doprowadził on do zmniejszenia zapadalności o 38%, umieralności o 45% a przeżycia 5cioletnie w tym okresie wydłużyły się o 3 punkty procentowe. W roku 2008 i 2009 nastąpił wzrost zapadalności wiązany z chorobą i śmiercią z powodu raka szyjki macicy Jane Goody, znanej brytyjskiej celebrytki. Wskaźnik przeżyć jednorocznych nie zmienił się w tym okresie. Jego poprawa była widoczna w analizie zmian po 20 latach realizacji programu i wyniosła ponad 4 punkty procentowe, a przeżycia 5cio letnie wydłużyły się o kolejne 2 punkty procentowe. Zgłaszalność na badania cytologiczne w okresie 5ciu lat wynosiła 78,3% populacji docelowej kobiet. 98% kobiet otrzymało wynik badania cytologicznego w ciągu 2 tygodni od pobrania materiału. (Profile of cervical cancer in England Incidence, Mortality and Survival October 2012, Cancer research UK 2015 oraz Statistics for the NHS Cervical Screening Programme).

WYKRES 12. ZAPADALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ, ANGLIA, 1989 DO 2010



ŹRÓDŁO: NA PODSTAWIE
[HTTP://WEBARCHIVE.NATIONALARCHIVES.GOV.UK/20150506150512/HTTP://WWW.CANCERSCREENING.NHS.UK/CERVICAL/PROFILE-CERVICAL-CANCER-ENGLAND-REPORT-OCTOBER2012.PDF](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150506150512/http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/profile-cervical-cancer-england-report-october2012.pdf)

WYKRES 13. PRZEŻYCIA WZGLĘDNE JEDNO- I PIĘCIOLETNIE, ANGLIA



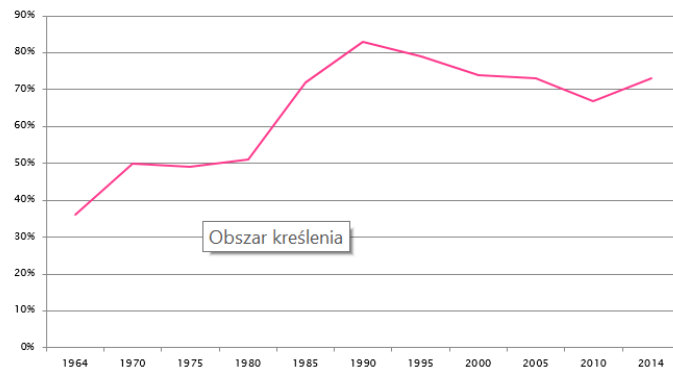
W Australii narodowy program przesiewowy w kierunku raka szyjki macicy jest realizowany od 1991 roku. W okresie pierwszych 10 lat realizacji programu uzyskano obniżenie o połowę wskaźników zapadalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy i pozostały one na tym poziomie przez kolejne 10 lat kontynuacji programu. Zapadalność obniżyła się w okresie 1991 – 2002 z poziomu 17,2 do 9 nowych rozpoznań na 100.000 kobiet w wieku 20-69 lat i pozostała na tym poziomie w latach 2002 - 2010. Umieralność z powodu raka szyjki macicy po 10 latach realizacji programu spadła z ponad 4 do 1,9 zgonów na 100.000 kobiet i na tym niskim poziomie utrzymuje się do dziś. Od 2007 roku realizowany jest w Australii program szczepień dziewczynek w wieku 12-13 lat przeciwko HPV a od 2013 roku objęto nim także chłopców w tym wieku. Program badań cytologicznych jest realizowany według zaleceń IARC, a od 2013 roku został on rozszerzony o badanie testem HPV co 5 lat w populacji kobiet 25-65 lat. (Australian Institute of Health and Welfare. Cervical screening in Australia 2011–2012)

Historia programu profilaktyki raka szyjki macicy ma w Islandii ponad 50 lat. W 1964 roku rozpoczęto badania kobiet w wieku 25-69 lat w okolicach Reykjavíku co 2 lata, rozszerzając je w 1969 roku na cały kraj. Obecnie badane są raz na trzy lata kobiety w wieku 23-65 lat, u których wykonuje się cytologię z oceną HPV. Od 2013 roku istnieje elektroniczna baza danych wyników badań. Zgłaszalność wg statystyk Islandic Cancer Society przekracza 70%. Zapadalność w okresie 50 lat realizacji programu zmniejszyła się o 70% z 27 do 9 przypadków na 100.000 kobiet.

Umieralność spadła o 90% - z poziomu do 9,5 do 1 na 100.000 kobiet. Po pierwszych 10 latach realizacji programu zaobserwowano około 50% spadek zapadalności i umieralności z powodu nowotworów szyjki macicy a wskaźnik 5cio letnich przeżyć wzrósł z 40 do 70%. (Dane pozyskano na wniosek od Icelandic Cancer Society)

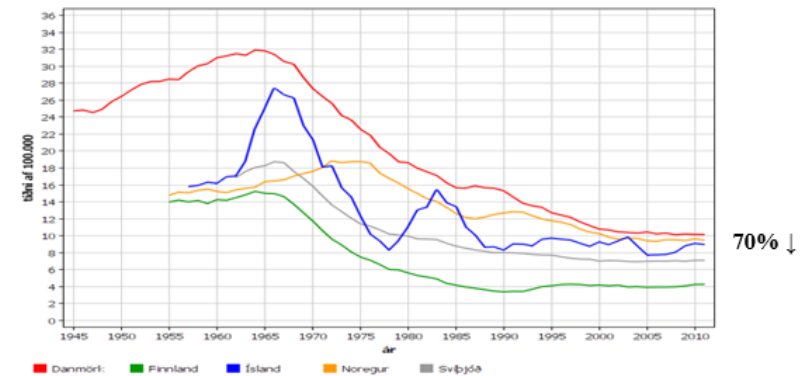
Nie we wszystkich krajach w których realizowane są populacyjne badania przesiewowe okazują się one równie skuteczne w obniżaniu umieralności. Pomimo względnie wysokiego wskaźnika zgłaszalności (65,6%) nie uzyskano w programie realizowanym w Kolumbii w latach 2000-2005 zakładanego wpływu na umieralność z powodu raka szyjki macicy. Jako przyczynę badacze wskazali dużą grupę kobiet nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym oraz brak nadzoru nad opieką i leczeniem po rozpoznaniu choroby, niską jakość opieki zdrowotnej i bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych. (Luz Angela Chocontá-Piraquiv et al., 2010)

WYKRES 14. ZGŁASZALNOŚĆ (CO 3,5 ROKU)



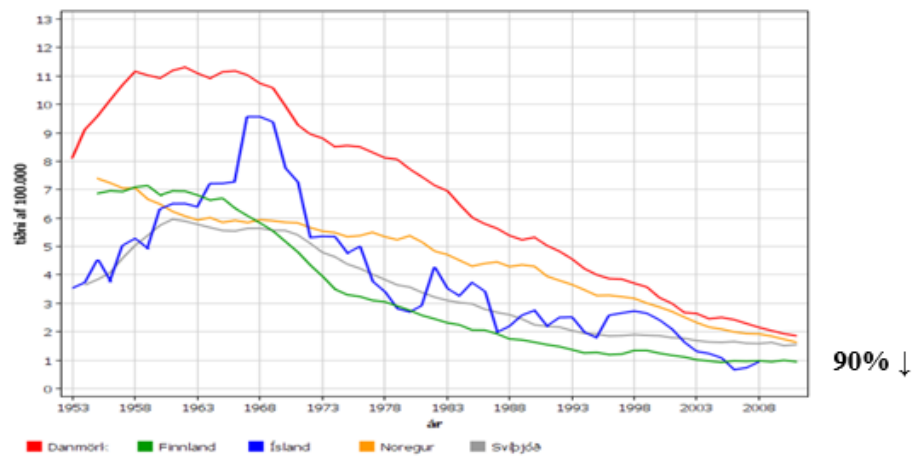
ŹRÓDŁO: ICELANDIC CANCER SOCIETY – CANCER DETECTION CLINIC

WYKRES 15. ZAPADALNOŚĆ



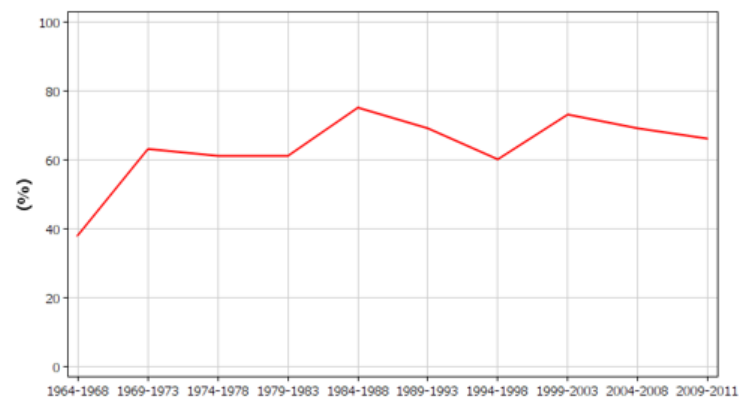
ŹRÓDŁO: ICELANDIC CANCER SOCIETY – CANCER DETECTION CLINIC

WYKRES 16. UMIERALNOŚĆ



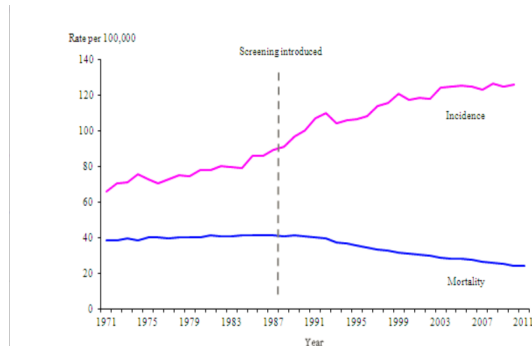
ŹRÓDŁO: ICELANDIC CANCER SOCIETY – CANCER DETECTION CLINIC

WYKRES 17. PRZEŻYCIA 5-LETNIE

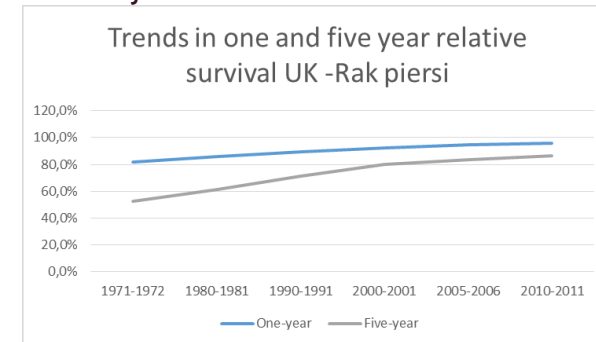


ŹRÓDŁO: ICELANDIC CANCER SOCIETY – CANCER DETECTION CLINIC

WYKRES 18. ZAPADALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ W WIELKIEJ BRYTANII WYKRES 19. JEDNO- I PIĘCIOLETNIE WZGLĘDNE PRZEŻYCIA W WIELKIEJ BRYTANII



ŹRÓDŁO: NA PODSTAWIE CANCER STATISTICS, UK 2015

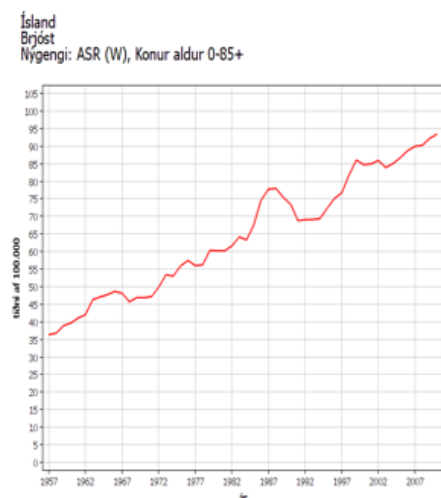


ŹRÓDŁO: NA PODSTAWIE CANCER STATISTICS, UK 2015

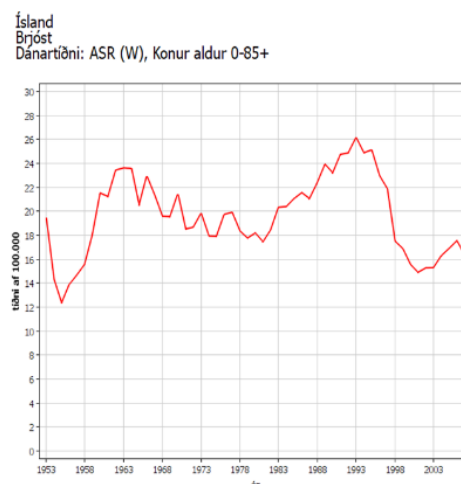
W Wielkiej Brytanii narodowy program profilaktyki raka piersi został wprowadzony w 1989 roku. W okresie pierwszych dziesięciu lat trwania nie doprowadził on do zahamowania trendu wzrostu zapadalności na raka piersi, ale wpłynął na zmniejszenie umieralności o około 25% a przeżycia 5cioletnie w okresie wydłużyły się o prawie 6 punktów procentowych. Wskaźnik przeżyć jednorocznych poprawił się w tym okresie o 3,5 punktu procentowego. Jego poprawa w analizie zmian po 20 latach realizacji programu wyniosła prawie 7 punktów procentowych a przeżycia 5cio letnie wydłużyły się o 15 punktów procentowych. (Cancer Statistics, UK, 2015) Zgłaszalność na badania mammograficzne w latach 2012 – 2013 wynosiła około 72% i była podobna we wszystkich grupach wiekowych kobiet.

W Islandii program profilaktyki raka piersi został wprowadzony w 1988 roku.

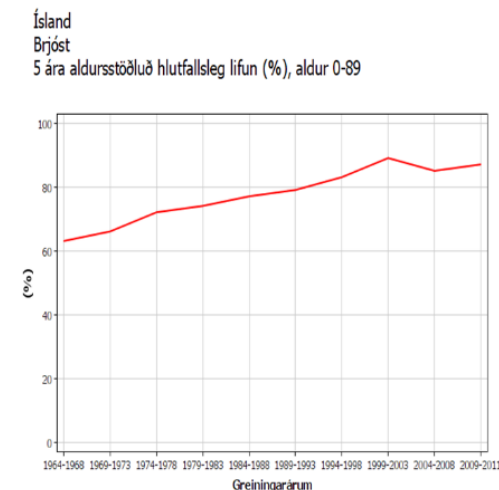
WYKRES 20. ZAPADALNOŚĆ



WYKRES 21. UMIERALNOŚĆ



WYKRES 22. 5-CIO LETNIE PRZEŻYCIA



ŹRÓDŁO: POZYSKANE NA WNIOSEK STATYSTYKI ICELANDIC CANCER SOCIETY

Nie nastąpiło w wyniku jego wprowadzenia zahamowanie trendu wzrostu zapadalności, natomiast uzyskano poprawę w zakresie umieralności z 22 do 16 na 100.000 i 5cioletnich przeżyć o kilka punktów procentowych. Zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku raka piersi przekracza w Islandii 70%. (na podstawie danych pozyskanych na wniosek z Icelandic Cancer Society)

Podobnych wyników w zakresie wpływu prowadzonych przez 10 lat programów skriningowych dostarczyły badania duńskie, w świetle których umieralność z powodu raka piersi obniżyła się o 25% w okresie pierwszych 10 lat od wprowadzenia screeningu. (Anne Helene Olsen, 2005)

Pozytywny wpływ profilaktycznych programów potwierdzają także badania norweskie, gdzie umieralność spadła o 10- 28%. Zgłaszalność na badania przesiewowe przekraczała w Norwegii 78%.

Doświadczenia krajów realizujących populacyjne programy badań przesiewowych w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy wskazują więc, że pierwsze efekty tych programów mierzone zmniejszeniem umieralności, wydłużeniem przeżyć i w przypadku raka szyjki macicy zmniejszeniem zapadalności mogą być widoczne po pierwszych 10ciu latach realizacji programów, pod warunkiem osiągnięcia poziomu zgłaszalności przekraczającego 70%.

ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY UMIERALNOŚCIĄ Z POWODU RAKA I UBÓSTWEM

Potwierdzono występowanie silnego związku między ubóstwem mierzonym poziomem dochodu w indeksie ubóstwa a umieralnością z powodu raka szyjki macicy w 151 okręgach podstawowej opieki zdrowotnej (Primary care Trusts). W Anglii (współczynnik korelacji 0,58, $p < 0,001$). Większa umieralność w okręgach z wyższym poziomem ubóstwa odzwierciedla częstsze występowanie, ale także niższą zgłaszalność na badania przesiewowe. U kobiet nieuczęszczających regularnie na badania przesiewowe rozpoznanie nowotworu następuje w bardziej zaawansowanym stadium, kiedy nie jest już możliwe skuteczne jego leczenie. ([Stephen W Duffy et al., 2010])

STANDARZY MIĘDZYNARODOWE I KRAJOWE (EWA BOREK)

Programy profilaktyki nowotworowej realizowane w różnych krajach obejmują różniące się populacje kobiet, różne interwały badań przesiewowych oraz uwzględniają zróżnicowane techniki badań i testów. Mieszczą się one natomiast w zaleceniach International Agency for Research on Cancer (IARC) wytyczających ramy realizacji tych programów.

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy skierowany jest do kobiet w wieku od 25 do 59 roku życia, co 3 lata. Natomiast populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi objęte są kobiety w wieku od 50 do 69 lat, co 2 lata. Publikacje IARC wskazują na zasadność populacyjnych programów screeningowych raka piersi z wykorzystaniem mammografii w populacji kobiet w wieku 50-69 lat realizowanej co 2 lata. Kobiety w wieku 50-69 uczęszczające na mammografie przesiewowe mają o 23-40% niższe ryzyko zgonu z powodu raka piersi od kobiet nie biorących udziału w badaniach. Korzyść z badań mammograficznych innych grup wiekowych nie została potwierdzona. Zalecenia Komisji Europejskiej dotyczące przeprowadzania populacyjnych programów przesiewowych raka szyjki macicy zawarte w dokumencie pt. „European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening” (2008) zostały również uwzględnione w polskich regulacjach dotyczących badań przesiewowych w zakresie doboru populacji, częstości badań oraz monitorowania ich jakości. Obejmują one wykonywanie badań cytologicznych u kobiet w wieku 25-60 lub 65 lat co 3 do 5 lat. Nie są natomiast zalecane badania cytologiczne oportunistyczne, jako docierające do grup pacjentek i tak objętych edukacją i profilaktyką i nieefektywne kosztowo.

Polskie standardy badań profilaktycznych, zawarte w zaleceniach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych Polskiej Unii Onkologii, aktualizowane w 2014 roku są także spójne z realizowanymi programami populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi.

Nie są natomiast w Polsce realizowane następujące rekomendacje Komisji Europejskiej dotyczące dostępu do informacji, monitorowania i stałej ewaluacji programów profilaktycznych:

- Istnienie systemu informatycznego wykorzystującego dane z rejestrów badań przesiewowych, rejestrów zachorowań na raka, baz epidemiologicznych i baz płatnika dla celu stałego monitorowania parametrów skuteczności programów przesiewowych.
- Dostępność informacji o realizacji programu dla potrzeb stałego procesu monitorowania i ewaluacji jego skuteczności.
- Ewaluacja skuteczności programu jako stały element jego realizacji.

W Polsce nie są realizowane zalecenia Komisji Europejskiej zachęcające do wprowadzenia testów w kierunku HPV jako elementu programu populacyjnego profilaktyki raka szyjki macicy. Dokument pt. „European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening” (2015) zawiera zalecenia dotyczące wprowadzenia testów HPV jako elementu populacyjnych programów profilaktyki raka szyjki macicy.

Parametry podlegające monitorowaniu w badaniu cytologicznym w Polsce:

1. Zgłaszalność na badania:
 - a) liczba kobiet w populacji określonej programem,
 - b) liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia,
 - c) liczba kobiet, które zgłosiły się do programu po otrzymaniu zaproszenia,
 - d) liczba kobiet, które zostały poinformowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o konieczności wykonania badania cytologicznego;
2. Efekty badań:
 - a) liczba kobiet, u których wykonano badanie cytologiczne,
 - b) liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania cytologicznego,
 - c) liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki,
 - d) liczba kobiet, którym zalecono ponowne badanie po 12 miesiącach,
 - e) liczba kobiet z rozpoznaniem stanu przedrakowego,
 - f) liczba kobiet z rozpoznaniem raka inwazyjnego szyjki macicy;
3. Jakość badań:
 - a) odsetek rozmazów nienadających się do oceny (dopuszcza się nie więcej niż 3%).

Parametry podlegające monitorowaniu w badaniu mammograficznym w Polsce:

1. Zgłaszalność na badania:
 - a) liczba kobiet w populacji określonej programem,
 - b) liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia,
 - c) liczba kobiet, które zgłosiły się do programu po otrzymaniu zaproszenia,
 - d) liczba kobiet, które zostały poinformowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o konieczności wykonania badania mammograficznego;
2. Efekty badań:
 - a) liczba kobiet, u których wykonano badanie mammograficzne,
 - b) liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania mammograficznego,
 - c) liczba kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania wymagających dalszej diagnostyki,
 - d) liczba badań mammograficznych wymagających powtórzenia ze względu na błędy techniczne,
 - e) liczba kobiet z dodatnim wynikiem badania mammograficznego, u których wykonano dalszą diagnostykę,
 - f) liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania, u których wskazane jest ponowne badanie po 12 miesiącach,
 - g) liczba kobiet, u których rozpoznano raka piersi.

W Wielkiej Brytanii pomiarom podlega 19 wskaźników i parametrów oceny procesu, skuteczności i jakości badań przesiewowych w raku szyjki macicy. (Guidelines for quality assurance in cervical screening, second Edition. Appendix I, Key Performance Indicators, 2014). W przypadku populacyjnego programu profilaktyki raka piersi zostały określone w Wielkiej Brytanii minimalne standardy w liczbie 16, które muszą zostać wypełnione przez wszystkich świadczeniodawców oferujących program w ramach NHS. Określają one cele programu, kryteria ich oceny oraz minimalny i rekomendowany wskaźnik realizacji celu. Określają między innymi wskaźnik powtórnych badań, maksymalną dawkę promieniowania, wskaźnik nowotworów rozwijających się pomiędzy kolejnymi badaniami, maksymalny czas od wykonania badania do przekazania jego wyniku, maksymalny okres od zgłoszenia się na badania przesiewowe do rozpoczęcia leczenia. **W świetle brytyjskich standardów po 14 dniach od wykonania badania powinien zostać zakomunikowany pacjentce wynik badania mammograficznego a po 7 dniach wynik badania histopatologicznego. W ciągu 7 dni od przekazania wyniku badania histologicznego powinna się odbyć konsultacja chirurga. Od momentu zgłoszenia na badania przesiewowe do otrzymania leczenia nie powinny upłynąć więcej niż 2 miesiące.** (Public health functions to be exercised by NHS England Service specification No.24 Breast Screening Programme, Department of Health, NHS England, 2013)

W populacyjnych programach profilaktyki nowotworów w Polsce wyraźnie brakuje wykorzystania ocenianych parametrów w procesie ewaluacji i poprawy jakości i skuteczności programów przesiewowych. Wiele parametrów nie podlega monitorowaniu. Nie zostały jednak zdefiniowane okresy w jakich należy wykonać diagnostykę pogłębioną i zakomunikować pacjentce jej wynik w programach przesiewowych ani całość czasu trwania okresu stawiania diagnozy, jak również czas w którym od momentu rozpoznania czy zgłoszenia się na badania przesiewowe należy rozpocząć leczenie. Brakuje także standardu opisującego kto, w jaki sposób, jakim kanałem komunikacyjnym przekazuje kobietom informacje o wynikach badań i dalszych zaleceniach.

LITERATURA DO TRZECH ROZDZIAŁÓW

1. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
2. Allemani, C. et al. (2015), "Global Surveillance of Cancer Survival 1995-2009: Analysis of Individual Data for 25 676 887 Patients from 279 Population-based Registries in 67 Countries (CONCORD-2)",
3. The Lancet, Vol. 385, pp. 977-1010.
4. IARC – International Agency for Research on Cancer (2005), "Cervix Cancer Screening", IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10, International Agency for Research on Cancer, Lyon.
5. OECD (2013), Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival, OECD Publishing, Paris,
6. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>
7. WHO (2014), "Human Papillomavirus Vaccines: WHO Position Paper, October 2014",
8. Weekly Epidemiological Record, No. 43, 89, 465 OECD (2014),
9. OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards, OECD Publishing, Paris,
10. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>
11. WHO (2014), "WHO Position Paper on Mammography Screening", Geneva.–492, Geneva
12. Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 12.12.15
13. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych
14. ZARZĄDZENIE Nr 84/2014/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne
15. Profile of Cervical Cancer in England Incidence, Mortality and Survival October 2012 <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150506150512/http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/profile-cervical-cancer-england-report-october2012.pdf>
16. Cancer Research UK 2015, <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer/survival#heading=Two>
17. Stephen W Duffy et al., Absolute numbers of lives saved and overdiagnosis in breast cancer screening, from a randomized trial and from the Breast Screening Programme in England, JMedScreen 2010; 17: 25–30
18. Anne Helene Olsen et al., Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study BMJ 2005; 330

19. Lennarth Nyström et al., Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials Volume 359, No. 9310, p909–919, 16 March 2002
20. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening Second edition – Brussels 2008
21. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis Fourth Edition Supplements, Brussels 2013
22. Australian Institute of Health and Welfare. Cervical screening in Australia 2011–2012. Canberra: AIHW; 2014. Report No.: Cancer series no.82. Cat. no. CAN 79. Available from: <http://aihw.gov.au/publication-detail?id=60129546865>.
23. Luz Angela Chocontá-Piraquív et al., RESEARCH ARTICLE Open Access How protective is cervical cancer screening against cervical cancer mortality in developing countries? The Colombian case, BMC Health Services Research 2010, 10:270
24. Council of the European Union (2003). Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Off. J. Eur. Union., L 327:34–38.
25. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, editors. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition. Luxembourg: European Commission, Office for Official Publications of the European Communities; 2006.
26. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Wiener H, et al. editors. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening - second edition. Luxembourg: European Commission, Office for Official Publications of the European Communities; 2008.
27. Tit Albrecht et al., European Guide for Quality National Cancer Control Programmes, 2015
28. Béatrice Lauby-Secretan et al., Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group, n engl j med 372;24 nejm.org June 11, 2015
29. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 10: Cervix Cancer Screening, 2005
30. M. Arbyn et al., European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document, Ann Oncol. 2010 Mar; 21(3): 448–458.
31. Guidelines for quality assurance in cervical screening, second Edition. Appendix 1, Key Performance Indicators, 2014 [http://www.cervicalcheck.ie/_fileupload/QualityAssurance/10_%20QA%20in%20CS%20%20Appendix%201%20Key%20performance%20indicators%20\(KPIs\).pdf](http://www.cervicalcheck.ie/_fileupload/QualityAssurance/10_%20QA%20in%20CS%20%20Appendix%201%20Key%20performance%20indicators%20(KPIs).pdf)
32. Public health functions to be exercised by NHS England Service specification No.24 Breast Screening Programme, Department of Health, NHS England, 2013 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/192975/24_Breast_Screening_Programme__service_specification_VARIATION__130422_-NA.pdf
33. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2013, Rak piersi, aktualizacja z dnia 3.12.14
34. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2013, rak szyjki macicy

**ETAP II -ANALIZA ORGANIZACJI,
ZARZĄDZANIA I FINANSOWANIA
PROGRAMÓW PROFILAKTYKI RAKA
SZYJKI MACICY I RAKA PIERSI W
POLSCE NA POZIOMIE
CENTRALNYM
I WOJEWÓDZKIM**

POPULACYJNE PROGRAMY PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE (EWA BOREK, ANNA SITEK)

POPULACYJNE PROGRAMY WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY

CELE NARODOWEGO PROGRAMU ZWALCZANIA CHORÓB NOWOTWOROWYCH:

1. ZAHAMOWANIE WZROSTU ZACHOROWAŃ NA NOWOTWORY
2. OSIĄGNIĘCIE ŚREDNICH EUROPEJSKICH WSKAŹNIKÓW W ZAKRESIE WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORÓW
3. OSIĄGNIĘCIE ŚREDNICH EUROPEJSKICH WSKAŹNIKÓW SKUTECZNOŚCI LECZENIA
4. STWORZENIE WARUNKÓW DO WYKORZYSTANIA W PRAKTYCE ONKOLOGICZNEJ POSTĘPU WIEDZY O PRZYCZYNACH I MECHANIZMACH ROZWOJU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH
5. UTWORZENIE SYSTEMU CIĄGŁEGO MONITOROWANIA SKUTECZNOŚCI ZWALCZANIA NOWOTWORÓW W SKALI KRAJU I POSZCZEGÓLNYCH REGIONACH KRAJU

Populacyjne programy wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy zostały powołane w Polsce Ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" NPZCHN i wprowadzone w 2006 r.

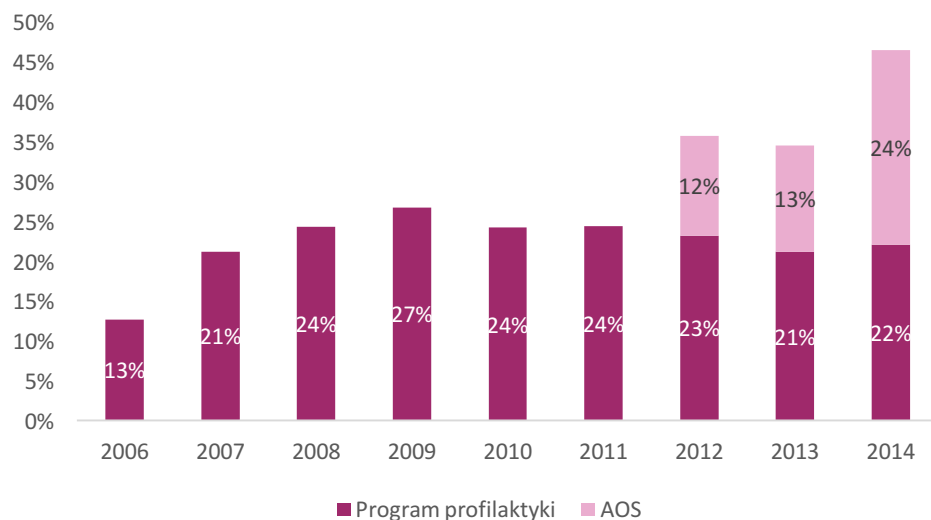
Program oparty jest na współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, który finansuje realizowane w ciągu roku badania profilaktyczne raka piersi i raka szyjki macicy. Realizatorami badań profilaktycznych są świadczeniodawcy wybierani przez NFZ w ramach procedury konkursowej.

Ministerstwo Zdrowia finansuje część administracyjno-logistyczną poprzez refundację kosztów osobowych i zadaniowych stworzonej dla potrzeb programu sieci Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, monitorujących i nadzorujących realizację „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” oraz „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi” oraz realizację wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet na badania a także prowadzenie akcji medialnych oraz informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki wyżej wymienionych nowotworów, a także kontrole jakości badań cytologicznych i ocenę zdjęć mammograficznych (audyt kliniczny).

Ponadto, w ramach programu funkcjonuje System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP), umożliwiający monitorowanie i ewaluację programu oraz śledzenie bieżącej realizacji badań screeningowych.

Na realizację całości NPZCHN w okresie 2006-2015 przeznaczono około 3 mld PLN, a roczne wydatki z budżetu państwa nie mogły być niższe niż 250 mln PLN. Na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych wydatki nie mogły w świetle zapisów w NPZCHN być niższe niż 10% tej kwoty. W istocie w okresie 9 lat realizacji programu wydano z budżetu NPZCHN na profilaktykę nowotworów raka piersi i szyjki macicy 175 mln pln, a NFZ zapłacił za realizowane w ramach programów profilaktycznych badania mammograficzne i cytologiczne blisko 1 mld pln. Poniższe tabele i wykresy przedstawiają podsumowanie 10 lat realizacji populacyjnych programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, w zakresie takich parametrów jak zgłaszalność, liczba rozpoznanych nowotworów, koszty realizacji programów i koszty wykrycia jednego przypadku nowotworu oraz liczbę pacjentek leczonych w ramach NFZ z rozpoznaniem obydwu nowotworów. .

WYKRES 23. ZGŁASZALNOŚĆ KOBIEC W PROGRAMACH PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW – RAK SZYJKI MACICY



ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE W OPARCIU O DANE Z RAPORTÓW REALIZACJI NPZCHN ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ COK I NFZ

WYKRES 24. ZGŁASZALNOŚĆ KOBIEC W PROGRAMACH PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW – RAK PIERSI



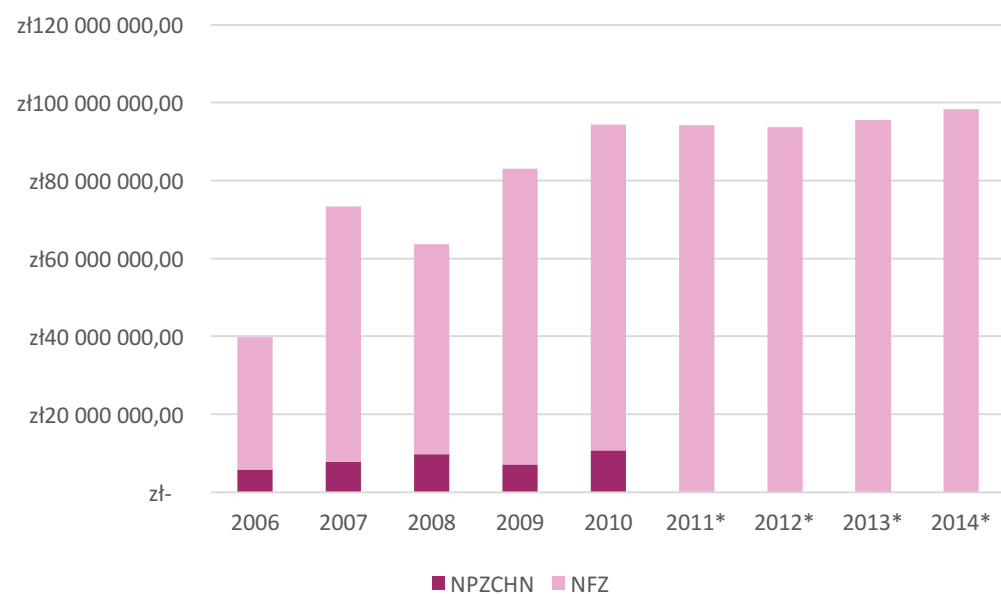
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE W OPARCIU O DANE Z RAPORTÓW REALIZACJI NPZCHN ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ COK I NFZ.

TABELA 9. WYDATKI PONIESIONE NA REALIZACJĘ POPULACYJNYCH PROGRAMÓW PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ
RAKA SZYJKI MACICY I RAKA PIERSI W LATACH 2006 – 2014

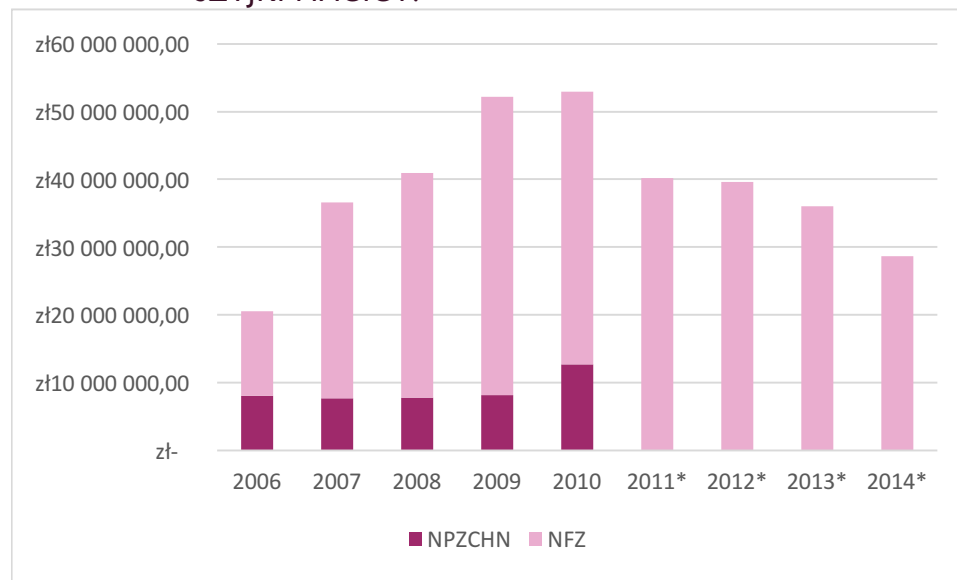
LATA		WYDATKI PONIESIONE W RAMACH REALIZACJI NPZCHN				WYDATKI PONIESIONE PRZEZ NFZ	WYDATKI ŁĄCZNIE NPZCHN + NFZ
		CZĘŚĆ ADMINISTRACYJNO- LOGISTYCZNA	ORGANIZACJA WYSYŁKI ZAPROSZEŃ/AKCJE MEDIALNE NFZ	ŁĄCZNIE	ŁĄCZNIE RAK SZYJKI MACICY I PIERSI		
2006	RAK SZYJKI MACICY	5 885 090,94 zł	2 155 022,52 zł	8 040 113 zł	13 772 231 zł	12 517 659 zł	60 323 568 zł
	RAK PIERSI	3 464 350,54 zł	2 267 766,60 zł	5 732 117 zł		34 033 678 zł	
2007	RAK SZYJKI MACICY	6 871 998,86 zł	784 135,83 zł	7 656 135 zł	15 450 846 zł	28 893 835 zł	109 852 284 zł
	RAK PIERSI	7 253 265,59 zł	541 445,90 zł	7 794 711 zł		65 507 603 zł	
2008	RAK SZYJKI MACICY	7 508 989,97 zł	251 254,84 zł	7 760 245 zł	17 566 575 zł	33 205 796 zł	104 621 749 zł
	RAK PIERSI	7 903 024,17 zł	1 903 305,86 zł	9 806 330 zł		53 849 379 zł	
2009	RAK SZYJKI MACICY	8 205 915,64 zł		8 205 916 zł	15 267 827 zł	43 937 003 zł	135 127 658 zł
	RAK PIERSI	7 061 911,80 zł		7 061 912 zł		75 922 827 zł	
2010	RAK SZYJKI MACICY			12 670 860 zł	23 346 660 zł	40 282 516 zł	147 327 814 zł
	RAK PIERSI			10 675 800 zł		83 698 638 zł	
2011	RAK SZYJKI MACICY			22 198 202 zł	22 198 202 zł	40 183 772 zł	156 601 637 zł
	RAK PIERSI					94 219 662 zł	
2012	RAK SZYJKI MACICY				21 793 882 zł	39 587 739 zł	155 133 111 zł
	RAK PIERSI			21 793 882 zł		93 751 490 zł	
2013	RAK SZYJKI MACICY				20 294 661 zł	36 057 759 zł	151 932 616 zł
	RAK PIERSI			20 294 661 zł		95 580 196 zł	
2014	RAK SZYJKI MACICY				24 437 159 zł	28 627 014 zł	151 457 851 zł
	RAK PIERSI			24 437 159 zł		98 393 679 zł	
RAZEM				174 128 043 zł	174 128 043 zł	998 250 245 zł	1 172 378 288 zł

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE DANYCH Z RAPORTÓW Z REALIZACJI NPZCHN W LATACH 2006-2014 ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ NFZ.

WYKRES 25. WYDATKI PONOSZONE NA PROFILAKTYKĘ RAKA PIERSI.



WYKRES 26. WYDATKI PONOSZONE NA PROFILAKTYKĘ RAKA SZYJKI MACICY.



* brak danych dotyczących wydatków ponoszonych w ramach NPZCHN

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE W OPARCIU O DANE Z RAPORTÓW REALIZACJI NPZCHN ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ COK I NFZ

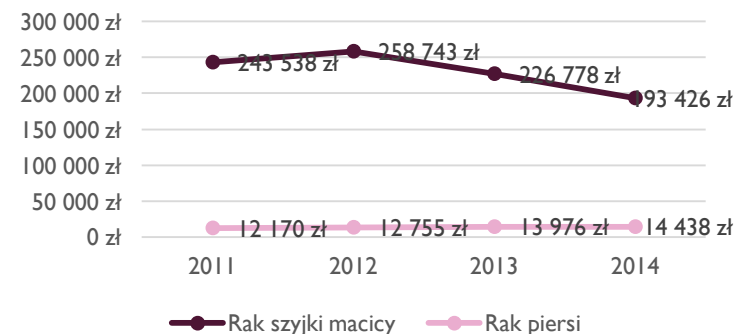
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE W OPARCIU O DANE Z RAPORTÓW REALIZACJI NPZCHN ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ COK I NFZ.

WYKRES 27. LICZBA WYKRYTYCH NOWOTWORÓW W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI - RAK SZYJKI MACICY



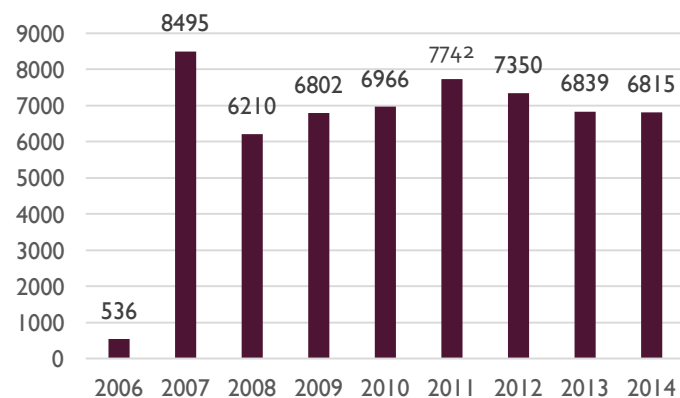
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE W OPARCIU O DANE Z RAPORTÓW REALIZACJI NPZCHN ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ COK I NFZ

WYKRES 28. KOSZTY PONIESIONE PRZEZ NFZ NA WYKRYCIE NOWOTWORU

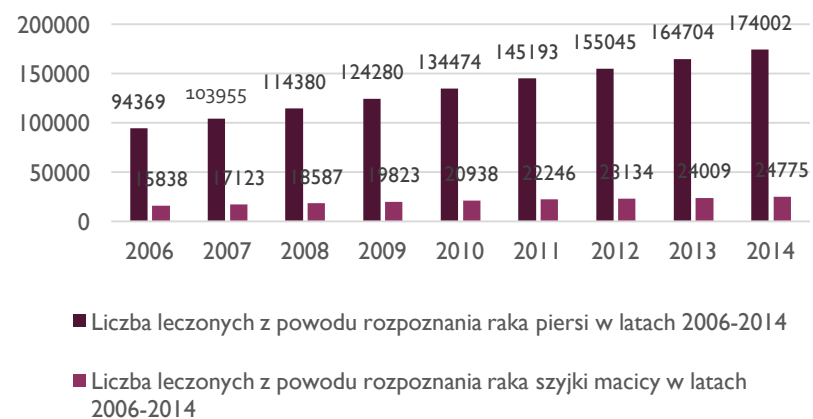


ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE W OPARCIU O DANE Z RAPORTÓW REALIZACJI NPZCHN ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ COK I NFZ

WYKRES 29. LICZBA WYKRYTYCH NOWOTWORÓW W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI - RAK PIERSI



WYKRES 30. LICZBA LECZONYCH Z POWODU RAKA PIERSI I SZYJKI MACICY W LATACH 2006-2014



PROCEDURA BADAŃ PRZESIEWOWYCH (MICHAŁ BRZEZIŃSKI)

ZASADY OGÓLNE

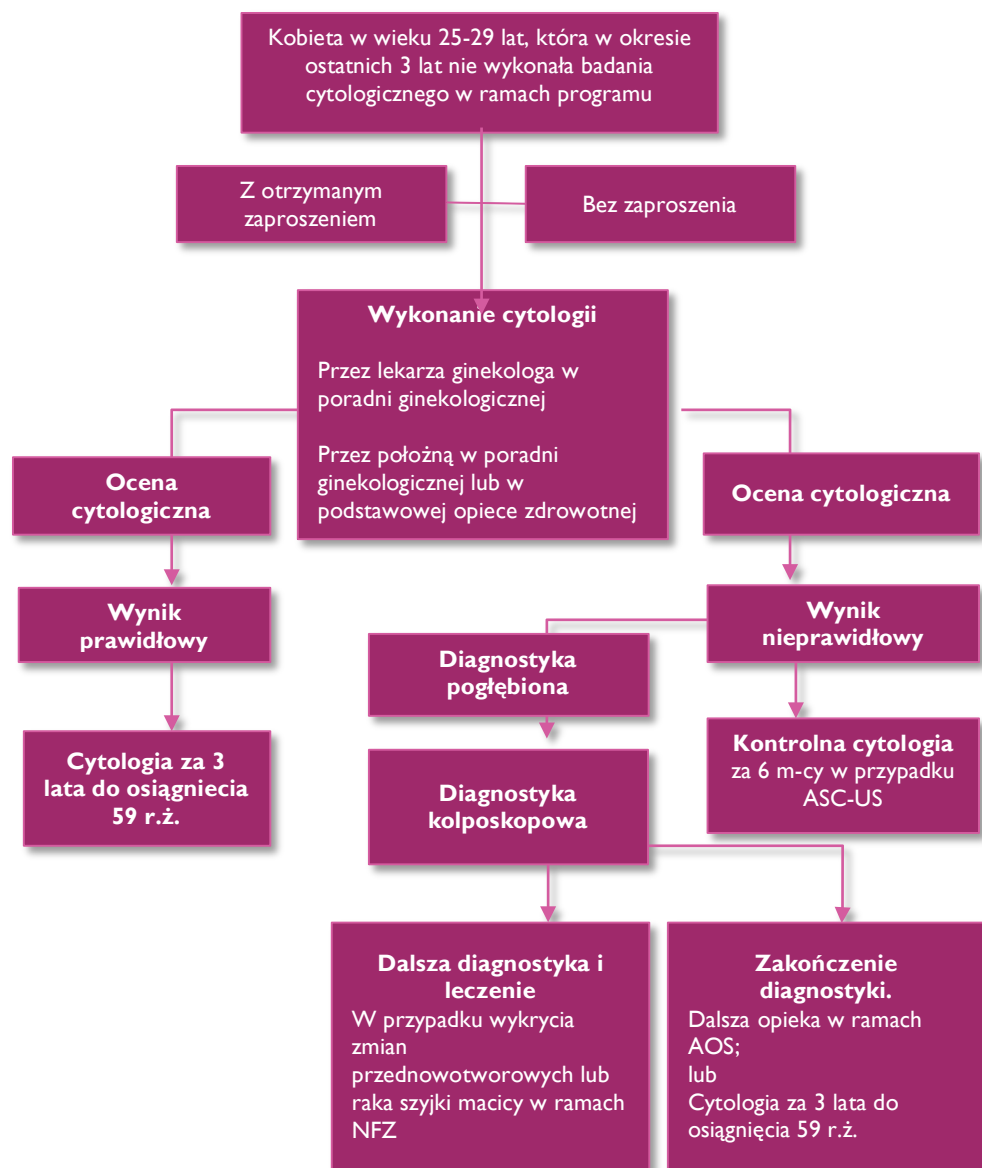
W realizowanych w Polsce programach badań przesiewowych ścieżka postępowania z pacjentem jest ściśle określona.

Corocznie do pacjentek wysyłane są zaproszenia do wykonania badania przesiewowego – zarówno mammografii jak i cytologii. Po otrzymaniu zaproszenia kobieta może zgłosić się do wskazanego w nim (lub dowolnego innego realizującego badania przesiewowe) miejsca w celu wykonania badania. Jedynym niezbędnym dokumentem jest dowód osobisty – nie jest wymagane skierowanie. Również kobiety, które nie otrzymały w danym roku zaproszenia, a od czasu wykonania ostatniego badania przesiewowego minął właściwy interwał (2 lata w przypadku mammografii oraz 3 lata w przypadku cytologii) mogą zgłosić się na badania.

Cały przebieg procesu diagnostycznego nad pacjentką, a także informacje o dotychczas wykonywanych cytologiach i mammografiach są rejestrowane w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP), stworzonym na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. W systemie tym zachowywane są wszelkie informacje o diagnostyce oraz o wskazaniach do dalszych badań lub o dyskwalifikacji pacjentki z dalszej opieki profilaktycznej. Jest to jeden z niewielu systemów informatycznych pozwalających w sposób kompleksowy obserwować przebieg badań profilaktycznych i postępowania diagnostycznego na poziomie poszczególnej pacjentki jak również na poziomie populacyjnym. Ten system używany jest również do generowania zaproszeń na badania profilaktyczne oraz monitów o braku wykonania dalszej niezbędnej diagnostyki w przypadku wykrycia nieprawidłowych zmian na I etapie obu programów.

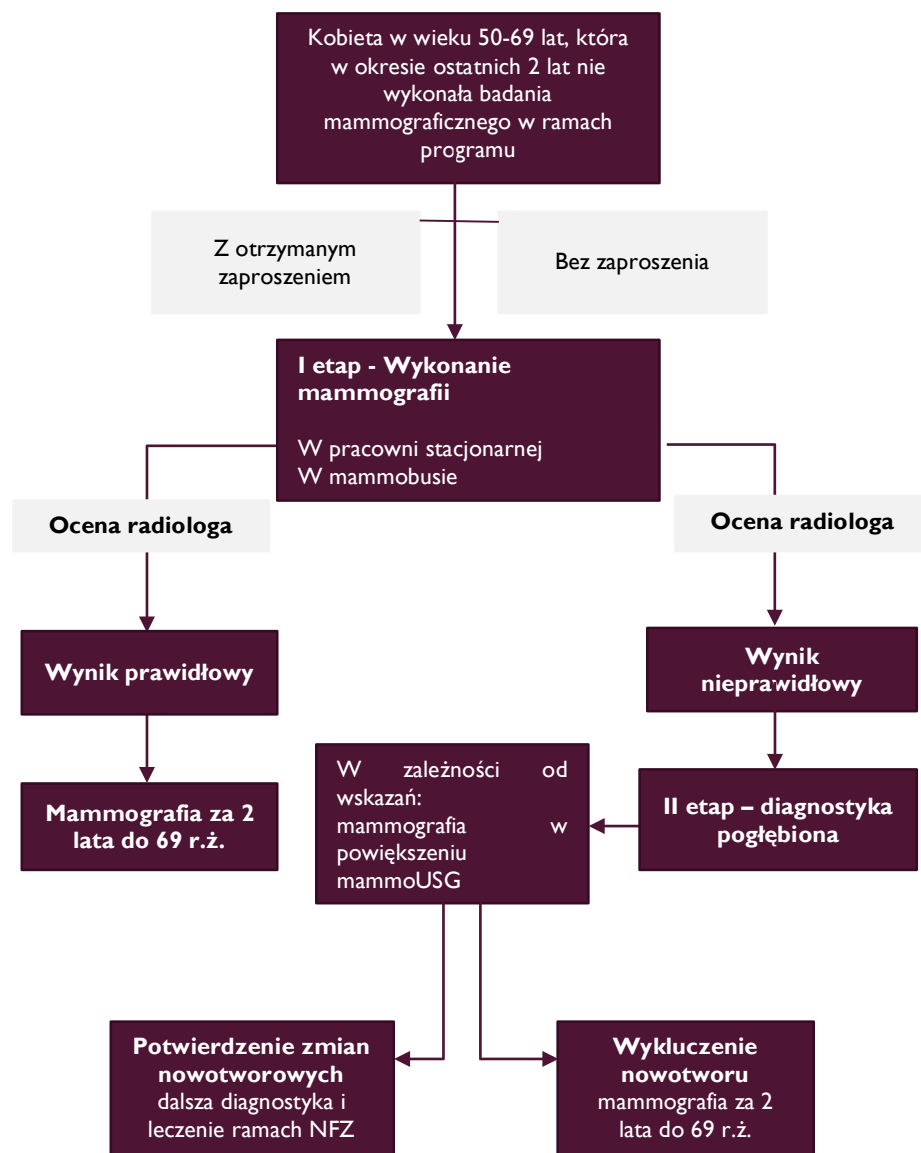
PRZEPIŃYW PACJENTKI W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

1. Po zgłoszeniu się do gabinetu ginekologicznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub do gabinetu położnej podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz ginekolog lub położna dokonują pobrania materiału z ujścia szyjki macicy za pomocą specjalnie dedykowanej szczoteczki jednorazowego użytku. Następnie materiał nanoszony jest na płytkę diagnostyczną, utrwalany i przekazywany do pracowni cytologicznej
2. Uzyskany materiał jest oceniany w pracowni cytodiagnostycznej a wynik zwrotny przekazywany jest do lekarza lub położnej, który dokonał badania. Obowiązkiem tej osoby jest poinformowanie pacjentki o wyniku badania i wskazanie dalszego postępowania. W przypadku prawidłowego wyniku pacjenta powinna wykonać kolejne badanie w zalecanym interwale czasowym.



3. W przypadku wykrycia nieprawidłowości pacjentka powinna zostać skierowana albo na wykonanie powtórnego badania cytologicznego (za 6 miesięcy w przypadku ASC-US) w gabinecie lekarza ginekologa albo na wykonanie diagnostycznego badania kolposkopowego.
4. W trakcie badania kolposkopowego oceniana jest pod mikroskopem cała tarcza ujścia szyjki macicy oraz kiedy to konieczne pobierane są dalsze wycinki do oceny histopatologicznej.
5. Po badaniu kolposkopowym:
 - 5.1. W przypadku niepotwierdzenia podejrzeń dotyczących stanu przednowotworowego lub nowotworu pacjentka wraca do normalnego trybu wykonywania badań cytologicznych lub jest obejmowana dalszą opieką specjalistyczną w ramach AOS.
 - 5.2. W przypadku potwierdzenia stanu przednowotworowego lub nowotworu wykonywana jest dalsza diagnostyka i leczenie w ramach leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego zgodnie przedstawionym z aktualnymi zaleceniami terapeutycznymi (więcej informacji do znalezienia na stronie http://www.onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTO_K_2013_06_Nowotwory%20kobiecego%20ukladu%20plciowego.pdf data ostatniego dostępu 2.01.2016 r.)

PRZEPLÝW PACJENTKI W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI



1. Po zgłoszeniu się pacjentki do stacjonarnej lub mobilnej pracowni wykonującej mammografię, u każdej pacjentki wykonywane są dwa zdjęcia każdej piersi (w pozycji górnodół oraz skośne).
2. Każde ze zdjęć opisywane jest przez radiologa oraz w miarę posiadanej dokumentacji porównywane z poprzednimi zdjęciami piersi.
3. Pacjentka otrzymuje opis zdjęcia (na adres domowy lub w miejscu wykonania badania) wraz z zaleceniami.
4. W przypadku prawidłowego wyniku zalecane jest wykonanie kolejnego badania za 24 m-ce aż do 69 r.ż.
5. W przypadku wykrycia nieprawidłowości pacjentka jest kierowana do II etapu – diagnostyki pogłębionej.
6. W ramach diagnostyki pogłębionej w zależności od wskazań klinicznych wykonywane są zdjęcia mammograficzne w powiększeniu (dokładniejsza ocena radiologiczna piersi), badanie USG piersi, biopsja cienko lub gruboigłową. W przypadku pobrania próbki tkanej (poprzez biopsję) po jej ocenie przez patomorfologa wydawana jest decyzja co do dalszego postępowania.
7. W przypadku wykluczenia złośliwości zmiany wykrytej na II etapie pacjentka kierowana jest do standardowej opieki – kontrolne badanie za 24 miesiące
8. W przypadku potwierdzenia złośliwego charakteru zmiany lub uzasadnionych wątpliwości co do jej charakteru lekarz wraz z pacjentką ustala dalsze postępowanie diagnostyczne i lecznicze w ramach NFZ – w trybie ambulatoryjnym lub szpitalnym.

MONITOROWANIE LOSÓW PACJENTEK

W zarządzeniach Prezesa NFZ określony jest tylko jeden termin, którego muszą wobec pacjenta dotrzymać świadczeniodawcy - 15 dni na otrzymanie wyniku cytologii. Nie ma też żadnych wytycznych co do prowadzenia pacjentki przez system, ani żadnych obowiązków w tym zakresie po stronie świadczeniodawcy.

Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące wykorzystują program SIMP do obserwowania losów pacjentek. Zasady monitorowania losów kobiet, u których w trakcie badań profilaktycznych (cytologicznych /mammograficznych) wykryto nieprawidłowości wyglądają następująco:

1. Raz w miesiącu pracownik WOK loguje się do systemu SIMP i pobiera listę kobiet, u których w trakcie badań profilaktycznych wykryto nieprawidłowości.
2. W oparciu o uzyskane zestawienie WOK generuje monity, które niezwłocznie wysyła do kobiet wraz z załączonym wykazem placówek realizujących etap pogłębionej diagnostyki z terenu danego województwa.
3. Po otrzymaniu informacji zwrotnej (wypełnionej ankiety) od kobiety lub świadczeniodawcy etapu pogłębionej diagnostyki, pracownik WOK wprowadza uzyskane dane do systemu SIMP. Około 80% kobiet odpowiada na otrzymane monity w formie ankiety lub telefonicznie udziela informacji o podjęciu dalszej diagnostyki bądź leczenia.
4. Przy braku odpowiedzi na monit, po upływie 90 dni od daty wysłania pierwszego monitu pracownik WOK generuje i wysyła ponowny monit wg. schematu z systemu SIMP.
5. W przypadku braku odpowiedzi na drugi monit pracownik WOK zobligowany jest do kontaktu ze świadczeniodawcą wykonującym badanie, np. telefon lub list (w formie umożliwiającej potwierdzenie faktu dokonania kontaktu), z zapytaniem o podjęte w związku z tym działania, wg. wytycznych zgodnych z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

TABELA 10. WYCENA ŚWIADCZEŃ

Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczenia	Waga punktowa świadczenia
Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny	Procedura diagnostyczna w programie profilaktyki raka szyjki macicy	2,5
Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki	Kolposkopia	7
	Kolposkopia z celowanym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym	23
Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	Porada na etapie podstawowym programu profilaktyki raka piersi – w pracowni stacjonarnej	9
Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	Porada na etapie podstawowym programu profilaktyki raka piersi – w pracowni mobilnej	9
Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	Porada na etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi	2
	Mammografia uzupełniająca	7
	USG piersi	5
	Biopsja cienkoigłowa jednej zmiany ogniskowej z użyciem techniki obrazowej, z badaniem cytologicznym (2-4 rozmazy; konieczna dokumentacja fotograficzna końca igły w nakłuwanej zmianie)	15
	Biopsja gruboigłowa piersi przezskórna z pełną diagnostyką (badanie hist.-pat.) z użyciem technik obrazowych	30

Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach Programów Profilaktyki Raka Piersi oraz Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy finansowane są w ramach środków przeznaczonych na świadczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zasady dyspozycji środkami oraz wybór realizatorów programów odbywa się w oparciu ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stosowne rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz zarządzenia Prezesa NFZ.

Świadczeniodawcy realizujący programy wybierani są w postępowaniach konkursowych zgodnie z ogólnymi warunkami umów oraz szczegółowymi delegacjami opisanymi w ustawie i aktach wykonawczych. Co do zasady postępowania w zakresie programów profilaktycznych przebiegają w trybie konkursowym, zgodnie z zapisami art. 142 Ustawy, ogólnymi warunkami umów oraz aktualnie obowiązującym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne (aktualnie obowiązujące 84/2014/2015 ze zm.).

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 84/2014/DSOZ świadczenia w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne rozliczane są w oparciu o cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (punkt). Wartość punktowa poszczególnych świadczeń jest szczegółowo opisana w powyższym zarządzeniu.

TABELA 11. WYDATKI NFZ

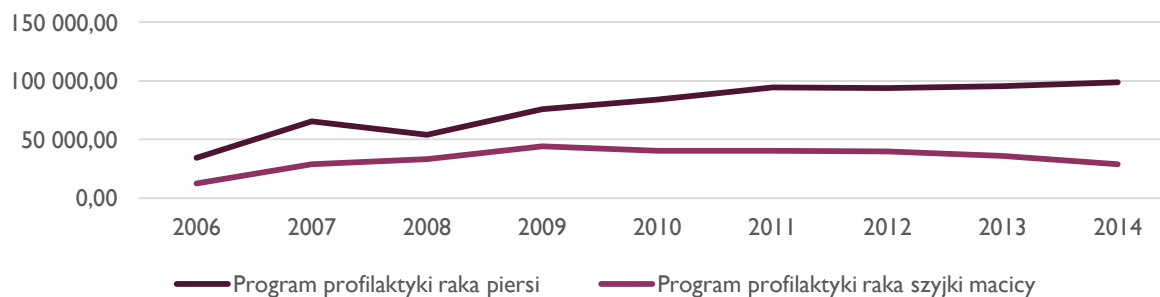
WYDATKI NFZ w tys. zł.		
	Program profilaktyki raka piersi	Program profilaktyki raka szyjki macicy
2006	34 033,68	12 517,66
2007	65 507,60	28 893,83
2008	53 849,38	33 205,80
2009	75 922,83	43 937,00
2010	83 698,64	40 282,52
2011	94 219,66	40 183,77
2012	93 751,49	39 587,74
2013	95 580,20	36 057,76
2014	98 593,68	28 627,01

W oparciu o zaplanowane w planie finansowym (i planie zakupu) przez Oddział Wojewódzki środki finansowe, po uwzględnieniu ceny poszczególnych oferentów kupowana jest odpowiednia liczba świadczeń w poszczególnych zakresach, przy uwzględnieniu obszaru na jaki realizowany jest konkurs – co do zasady jest nim obszar właściwego województwa. W kolejnych latach liczba świadczeń w poszczególnych zakresach określana jest na podstawie planu finansowego oddziału na kolejny rok w terminie do 20 listopada roku poprzedzającego (chyba, że strony ustalą inny termin). Umowy w rodzaju programy profilaktyczne zawierane są co do zasady na okres 3 lat.

Zgodnie z zapisami paragrafu 15.1 OWU ceny poszczególnych świadczeń lub ceny odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia. Taryfę świadczeń ustala Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Na dzień dzisiejszy programy profilaktyczne nie mają ustalonej taryfy. W takiej sytuacji wartość punktu jest ustalana w trakcie postępowania konkursowego o zawarcie umowy w danym rodzaju i zakresie świadczeń. Wartość punktu ustalana jest przez Dyrektora właściwego Oddziału NFZ. Należy przy tym zaznaczyć, że proponowana przez Oddział Funduszu jest ceną maksymalną. Świadczeniodawcy w celu uzyskania wyższej liczby punktów za wartość punktu mogą obniżyć proponowaną cenę o max. 10% wartości początkowej. Średnia wartość punktu w Polsce w 2015 r. wynosiła 9,10 zł (najniższa średnia dla województwa wartość punktu to 8,60 zł w WMOW NFZ, najwyższa 9,98 w DOW NFZ).

Wysokość kosztów poniesionych przez NFZ w latach 2006-2014 na realizację programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy została opisana w poniższej tabeli oraz wykresie.

WYKRES 31. WYDAKI NFZ W TYŚ ZŁ



ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE W OPARCIU O DANE Z RAPORTÓW REALIZACJI NSZCHN ORAZ DANE UDOSTĘPNIONE PRZEZ COK I NFZ

Wydatki NFZ odzwierciedlają w całości ponoszone przez płatnika publicznego koszty związane z wszystkimi etapami realizacji obu programów profilaktycznych. Świadczenia te należą to grupy tzw. świadczeń nielimitowanych. Oznacza to, że NFZ zobowiązany jest do zapłacenia każdej liczby zrealizowanych świadczeń. Co do zasady – do wartości zawartego kontraktu w transzach miesięcznych, a tzw. nadwykonania (ponad wartość umowną na dany okres) po zakończonym kwartale. Oddziały wojewódzkie planując budżet na te zakresy świadczeń muszą uwzględniać populację kobiet kwalifikujących się do badań przesiewowych. W ostatnich latach jednak wykonanie budżetu oddziałów NFZ w tych zakresach było niższe niż zaplanowane środki. Niewykorzystane środki są alokowane do innych rodzajów świadczeń.

Finansowanie wszystkich badań w rodzaju profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ za lata 2006-2015 przedstawia poniższy wykres. Są to informacje o całym budżecie na programy profilaktyczne (w tym profilaktykę RP i RSM), na podstawie pierwotnych i ostatecznych planów finansowych wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ.

Należy zaznaczyć, że poza możliwością wykonywania badań przesiewowych w kierunku RSM w programach profilaktycznych istnieje możliwość ich wykonania i rozliczenia w ramach porady w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w poradni ginekologiczno-położniczej. Zgodnie z zarządzeniem 79/2014/DSOZ (załącznik 5b cz. 1) w ramach wizyty w poradni ginekologicznej lekarz ginekolog lub położna posiadająca odpowiednie uprawnienia może dodatkowo w czasie wizyty wykonać przesiewowe badanie cytologiczne, które jest dodatkowo sumowane (tzw. zakres skojarzony). Zgodnie z wymaganiami opisanymi w powyższym zarządzeniu każde badanie cytologiczne wykonane u kobiety, kwalifikującej się do programu przesiewowego powinno być zarejestrowane w SIMP i de facto traktowane jako badanie przesiewowe. Jego wycena to 2 pkt. co przy średniej cenie za punkt w AOS w ok. 9,0 złotych daje niższą wartość niż przy wykonaniu cytologii w ramach programu profilaktycznego, jednak te 2 punkty są dosumowane do wartości samej wizyty w poradni AOS. Daje to sumarycznie wyższą wartość punktową, przy niewiele większym nakładzie pracy ze strony ginekologa. Może to powodować niechęć ze strony lekarzy do wykonywania wyłącznie badania cytologicznego, a łączenia go z poradą w ramach AOS.

Tym bardziej celowe wydaje się przenoszenie ciężaru wykonywania badań cytologicznych z lekarzy na położne – które będą zainteresowane ich wykonywaniem w ramach programów profilaktycznych, do czego mają uprawnienia.

Podobna sytuacja nie ma miejsca w przypadku profilaktyki raka piersi. Istnieje możliwość wykonania badania mammograficznego w ramach porad AOS, jednak jest to wtedy badanie diagnostyczne wykonywane z określonego klinicznie wskazania. Badania te nie są rejestrowane w SIMP. Jednak skala mammografii wykonywana poza programem profilaktycznym u kobiet zdrowych jest nieistotna z punktu widzenia populacyjnego (o czym mowa w poprzednich rozdziałach).

Wydatkowanie środków przez OW NFZ są odzwierciedleniem frekwencji uczestnictwa kobiet w badaniach profilaktycznych. Zależność ta uwidacznia się w sposób bardzo wyraźny po nałożeniu danych dotyczących finansowania (dane z NFZ) oraz danych dotyczących frekwencji w badaniach przesiewowych (dane COK).

Opłacalność realizacji badań przesiewowych w proponowanych przez NFZ stawkach za punkt powinna być przedmiotem dokonania dogłębnej analizy przez MZ/AOTMiT. Może ona mieć pośredni wpływ na frekwencję kobiet w badaniach przesiewowych. Wyżej wycenione świadczenia mogą być lepszym motywatorem dla realizatorów do aktywnego zachęcania kobiet do uczestnictwa w badaniach przesiewowych. Jednak już obecnie część realizatorów (głównie realizatorzy mobilnej mammografii) aktywnie angażują się w promocję badań przesiewowych, co może świadczyć, że obecna wycena świadczeń jest powyżej progu opłacalności.

ZAŁOŻENIA, CELE I ZAKRES TEMATYCZNY BADANIA

Badanie jakościowe dotyczące mechanizmów funkcjonowania programów profilaktyki raka szyjki macicy oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi oparte zostało na wywiadach przeprowadzonych z 35 osobami zaangażowanymi pośrednio lub bezpośrednio w realizację tychże programów.

Nadrzędnym celem badania było ukazanie wybranych aspektów wizerunkowych i organizacyjnych programów przesiewowych, z perspektywy różnych interesariuszy.

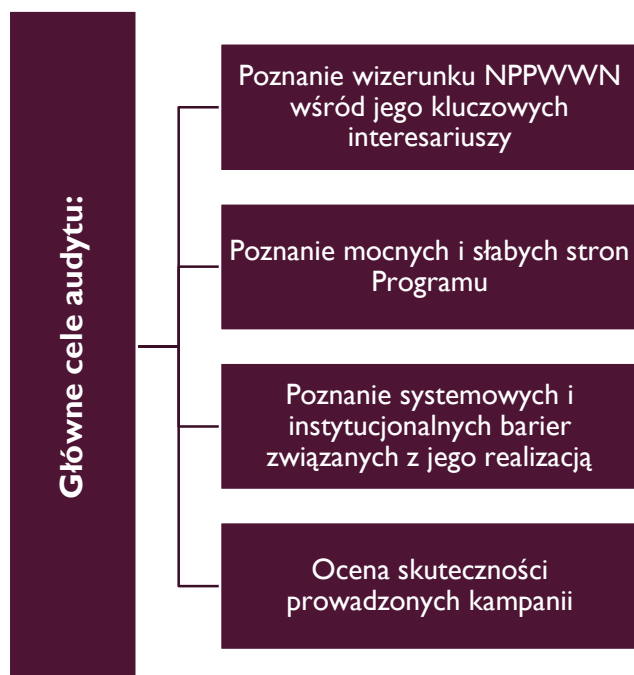
Wśród szczegółowych celów projektu badawczego należy wymienić:

1. Określenie w jaki sposób realizowany jest Narodowy Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów z perspektywy głównych realizatorów, kluczowych interesariuszy i ekspertów.
2. Ustalenie jakie organizacyjne elementy Programu wymagają przebudowy oraz w jaki sposób oraz które z nich w największym stopniu wpływają na zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe.
3. Analiza współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami zaangażowanymi w realizację programów. Ocena synergii działań i komunikacji między interesariuszami oraz głównych katalizatorów oraz barier współpracy.

Badanie zrealizowano przez firmę Wołkiewicz – realizacja badań marketingowych i społecznych. Doświadczeni badacze/moderatorzy agencji badawczej Inny Format Sp. z o.o. z Gdańska odpowiedzialni byli za realizację wywiadów pogłębionych oraz opracowanie raportu merytorycznego z badania. Wywiady pogłębione prowadzono od 18 maja do 30 czerwca 2015 roku.

Badanie jakościowe dotyczące mechanizmów funkcjonowania programów profilaktyki raka piersi oraz raka szyjki macicy wraz z opracowaniem raportu z badań zrealizowano w ramach audytu społecznego Narodowego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów.

Audyt został zlecony przez Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych oraz Fundację MY Pacjenci



SPOSÓB DOBORU I WIELKOŚĆ PRÓBY

Do udziału w badaniu jakościowym zostało zaproszonych 35 osób – interesariuszy i ekspertów związanych z realizacją Narodowego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów. Szczegółowy podział próby badawczej prezentuje tabela.

TABELA 12. PODZIAŁ PRÓBY BADAWCZEJ Z UWZGLĘDNIENIEM POSZCZEGÓLNYCH GRUP RESPONDENTÓW

Jednostka	Liczba respondentów
Instytucje wspierające Program (NFZ, KRN, CSIOZ+MZ¹)	4 osoby
Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące	6 osób
Świadczeniodawcy	8 osób
Radiolodzy, ginekolodzy i położne pracujący w jednostkach realizujących Programy	7 osób
Eksperti w dziedzinie onkologii, konsultanci wojewódzcy ds. onkologicznych i zdrowia publicznego	5 osób
NGO działające na rzecz pacjentów onkologicznych	3 osoby
Ogółem	33 osoby

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

W badaniu wzięły udział 33 osoby z 6 grup. Poniższa tabela prezentuje ilość kontaktów podjętych w danych grupach oraz ilość wywiadów, które ostatecznie udało się zrealizować.

Centralny Ośrodek Koordynujący był jedyną instytucją, od której nie udało się uzyskać materiału badawczego. COK uzależnił udział w badaniu od decyzji Ministerstwa Zdrowia. Nie uzyskał jej, w związku z czym nie odniósł się ostatecznie do zaproszenia.

TABELA 13. ILOŚĆ KONTAKTÓW PODJĘTYCH W CELU REALIZACJI WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH

Instytucja	Liczba podjętych kontaktów	Zrealizowane IDI
Ministerstwo Zdrowia	2	1
Centralny Ośrodek Koordynujący	1	0
Instytucje wspierające Program	6	4
WOK	9	6
Świadczeniodawcy	13	8
Lekarze, położne	8	7
Eksperti, konsultanci	13	4
Organizacje pozarządowe	4	3
RAZEM	56	33

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

DZIĘKI BADANIOM JAKOŚCIOWYM:

- ↳ UJAWNIAMY OPINIE I POSTAWY BADANYCH OSÓB
- ↳ UZYSKUJEMY SZERSZE SPOJRZENIE NA BADANE PROBLEMY I LEPIEJ JE ROZUMIEMY
- ↳ UZUPEŁNIAMY WYNIKI BADAŃ ILOŚCIOWYCH LUB DOKONUJEMY WSTĘPNYCH BADAŃ RYNKU PRZED PRZEJŚCIEM DO ICH (BADANIA JAKOŚCIOWE MOGĄ BYĆ ZARÓWNO SAMODZIELNYMI BADANIAMI, JAK RÓWNIEŻ STANOWIĆ PILOTAŻ DLA BADAŃ ILOŚCIOWYCH)
- ↳ POZNAJEMY MOTYWY POSTĘPOWANIA, SPOSOBY MYŚLENIA, PRZEKONANIA I EMOCJE LEŻĄCE U PODSTAW ZACHOWAŃ BADANYCH OSÓB
- ↳ ODTWARZAMY STEREOTYPY ZACHOWAŃ, WZORÓW MYŚLENIA
- ↳ POZNAJEMY WIZERUNKI – FIRM, MAREK, OSÓB, INSTYTUCJI
- ↳ POBUDZAMY I WYKORZYSTUJEMY KREATYWNOŚĆ I INWENCJĘ TWÓRCZĄ RESPONDENTÓW

Niniejsze badanie stanowiło badanie o charakterze jakościowym. Dane zostały zebrane poprzez indywidualne wywiady pogłębionych oraz telefoniczne wywiady pogłębione. Czas trwania wywiadów wahał się w granicach 25 – 60 minut. Zgodnie z sugestią Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych rozmowy z osobami, które dostępne były w Trójmieście przeprowadzono osobiście.

Badania jakościowe stosowane są zazwyczaj, gdy ważniejsze jest poznanie, co ludzie myślą na dany temat, a nie ile osób tak uważa. Respondenci udzielają odpowiedzi na pytania rozpoczynane zaimkiem pytającym: „Jak?”, „Dlaczego?”. Otrzymywaną informacją nie są tu liczby, lecz wyjaśnienia pewnych zachowań.

Wywiad pogłębiony przeprowadzany jest w swobodnej atmosferze z jedną osobą. Pozwala na zebranie indywidualnych i szczerych opinii i spostrzeżeń. Metoda jest stosowana najczęściej w celu zebrania opinii na tematy, o których trudno dyskutować w grupie lub w przypadku konieczności dotarcia do osób na wysokich stanowiskach, będących ekspertami w danej dziedzinie.

Indywidualne wywiady pogłębione to efektywna technika badania zagadnień, którymi respondenci zajmują się zawodowo, a tym samym mają na ich temat wyrobione, sprecyzowane zdanie. Nie bez znaczenia jest tu jednak rola prowadzącego wywiad, który umiejętnie kierując rozmową potrafi wydobyć bardzo szczegółowe informacje i szczere opinie. Prowadzący wywiad posługuje się wcześniej przygotowanym scenariuszem, ale nie musi sztywno się go trzymać. Każdorazowo sposób prowadzenia rozmowy dostosowuje do respondenta i rozwija wątki, które mogą mieć znaczenie dla badanego problemu.

GŁÓWNE WYNIKI ORAZ REKOMENDACJE Z BADANIA

MOCNE STRONY NPPWWN

Zdecydowanie najmocniejszą stroną Programów Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów jest fakt, że od 10 lat realizowane są one w Polsce. Podkreślają to przedstawiciele wszystkich badanych grup. Dla respondentów ważne są zarówno cechy Programów – tj. dostępność, populacyjność, bezpłatność, kompleksowość, jak i efekty ich funkcjonowania – podnoszenie kwalifikacji personelu, jakość badań, powstanie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki, rozwój ośrodków zdrowotnych, wzrost wykrywalności nowotworów, czy wzrost świadomości zdrowotnej kobiet.

Wśród najczęściej wymienianych przez badanych mocnych stron nie znalazły się żadne związane z zarządzaniem Projektami, ich strukturą, komunikacją wewnętrzną czy promocją.

Interesariusze najbliżsi pacjentkom – lekarze i położne – zwrócili uwagę na fakt, że Programy umożliwiają wzięcie udziału w badaniach screeningowych kobietom z terenów i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Zebrany materiał badawczy pokazuje, że Programy mają więcej słabych aniżeli mocnych stron. Tym niemniej wskazane w badaniu mocne strony Programów warto uwzględnić w strategiach promocyjnych i kampanii medialnej.

Szczegółowe odpowiedzi w podziale na grupy respondentów znajdują się w tabelach poniżej.

TABELA 14. MOCNE STRONY PROGRAMU W PODZIALE NA GRUPY BADANYCH INTERESARIUSZY

GRUPY	MOCNE STRONY
INSTYTUCJE WSPIERAJĄCE	Funkcjonowanie Programów, ich istnienie.
	Ujednoczenie Programów Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów (dzięki długoletniej realizacji Programu wypracowano jeden model realizowania profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi).
	Dostępność, populacyjność badań.
EKSPERCI	Funkcjonowanie Programów, ich istnienie.
	Dostępność, populacyjność badań.
	Jakość badań (procedury kontroli jakości badań, systemowe narzucenie audytów jakości badań cytologicznych i mammograficznych, audyt kliniczny).
	Oparcie organizacji i zarządzania Programami o Ministerstwo Zdrowia – polityczne umocowanie, uporządkowanie działań, zapewnienie finansowania dla długofalowych działań.

GRUPY	MOCNE STRONY
KIEROWNICY WOKÓW	Funkcjonowanie Programów, ich istnienie.
	Ewolucja, zmiany na lepsze zachodzące podczas trwania Programów.
	Dostępność, populacyjność badań.
	Bezpłatność badań.
	Powołanie struktur terenowych – 16 WOKów.
	Stworzenie platformy internetowej SIMP.
	Podnoszenie kwalifikacji personelu: lekarzy i techników poprzez szkolenia, zwiększanie doświadczenia i wiedzy.
	Techniczny rozwój ośrodków w województwach.
	Wykrywalność coraz mniejszych zmian nowotworowych.
ŚWIADCZENIODAWCY	Funkcjonowanie Programów, ich istnienie.
	Dostępność, populacyjność badań.
	Jakość badań – procedury kontroli jakości badań, systemowe narzucenie audytów jakości badań cytologicznych i mammograficznych, audyt kliniczny.
	Możliwość kompleksowej, całościowej diagnozy w przypadku kobiet, które trafiły do etapu diagnozy pogłębionej.
	Możliwość pozyskania dodatkowych środków na realizację Programów (np. funduszy norweskich).
	Podnoszenie kwalifikacji personelu: lekarzy i techników – szkolenia, doświadczenie, wiedza.
	Finansowanie otwarte – zapłata za wszystkie zrealizowane badania.
LEKARZE, POŁOŻNE	Funkcjonowanie Programów, ich istnienie.
	Dostępność, populacyjność badań, w tym, stworzenie możliwości wzięcia udziału w badaniach przesiewowych dla kobiet z terenów i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.
	Zwiększanie wykrywalności nowotworów.
	Wzrost świadomości zdrowotnej kobiet.
	Budowa kapitału diagnostycznego – silne pod względem merytorycznym i logistycznym zaplecze diagnostyczne w profilaktyce raka piersi.
	Podnoszenie kwalifikacji personelu: lekarzy i techników – szkolenia, doświadczenie, wiedza.
NGO	Funkcjonowanie Programów, ich istnienie.
	Możliwość kompleksowej, całościowej diagnozy.
	Stworzenie platformy SIMP.

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

TABELA 15. WAŻNOŚĆ MOCNYCH STRON NPPWWN

LP.	MOCNE STRONY	LICZBA WSKAZAŃ
1	Funkcjonowanie Programów, ich istnienie	6 pkt.
2	Dostępność, populacyjność badań	5 pkt.
3	Podnoszenie kwalifikacji personelu: lekarzy i techników (szkolenia, doświadczenie, wiedza)	3 pkt.
4	Stworzenie platformy internetowej SIMP	2 pkt.
5	Techniczny rozwój ośrodków w województwach	2 pkt.
6	Wykrywalność coraz mniejszych zmian nowotworowych	2 pkt.
7	Możliwość kompleksowej, całościowej diagnozy w przypadku kobiet, które trafiły do etapu diagnozy pogłębionej	2 pkt.
8	Jakość badań (procedury kontroli jakości badań, systemowe narzucenie audytów jakości badań cytologicznych i mammograficznych, audyt kliniczny)	2 pkt.
9	Ujednolicenie Programów Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów (dzięki długoletniej realizacji Programu wypracowano jeden model realizowania profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi)	1 pkt.
10	Oparcie organizacji i zarządzania Programami o Ministerstwo Zdrowia (polityczne umocowanie, uporządkowanie działań, stabilizacja ekonomiczna dla długofalowych działań)	1 pkt.
11	Ewolucja, zmiany na lepsze zachodzące podczas trwania Programów	1 pkt.
12	Bezpłatność badań	1 pkt.
13	Struktura 16 WOKów	1 pkt.
14	Możliwość pozyskania dodatkowych środków na realizację Programów (np. funduszy norweskich)	1 pkt.
15	Finansowanie otwarte (zapłata za wszystkie zrealizowane badania)	1 pkt.
16	Wzrost świadomości zdrowotnej kobiet	1 pkt.
17	Budowa kapitału diagnostycznego (silne pod względem merytorycznym i logistycznym zaplecze diagnostyczne w profilaktyce raka piersi)	1 pkt.

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

Z wypowiedzi przedstawicieli wszystkich grup wynika konieczność podjęcia natychmiastowych działań w dwóch obszarach:

1. Wprowadzenia prawnego obowiązku korzystania z badań przesiewowych, co będzie miało przełożenie na zgłaszalność kobiet do badań w ramach Programów. Kwestia ta wymaga regulacji prawnych i nakazów administracyjnych. Pomysły badanych zmierzają najczęściej w kierunku powiązania przesiewowych badań mammograficznych i cytologicznych z medycyną pracy, aczkolwiek rozważane były również inne pomysły takie jak: uzależnienie wysokości stawki ubezpieczenia zdrowotnego od udziału kobiet w programach populacyjnych, ponoszenie kosztów leczenia choroby nowotworowej, kolejka do leczenia, wstrzymanie zasiłku (dla najuboższych) itp.

Największy efekt zostałby osiągnięty w połączeniu z postulowanym przez badanych umożliwieniem wszystkim kobietom (nie tylko ubezpieczonym czy w określonym wieku) wzięcia udziału w badaniach przesiewowych. W obecnym układzie najbardziej poszkodowaną grupą są kobiety o niskim poziomie wykształcenia, nieubezpieczone, zagrożone wykluczeniem, z najuboższych środowisk – do nich Program nie dociera.

2. Wprowadzenia przynajmniej 2-letnich umów zawieranych przez Ministerstwo Zdrowia z WOKami, analogicznych do tych w ramach Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Bezpośrednią konsekwencją byłaby zdecydowana poprawa efektywności działań WOKów, cykliczna i regularna wysyłka zaproszeń oraz pozytywny wpływ na podejmowane przez ośrodki działania promocyjne. Obecne uregulowania prawne wymuszają sezonowość działań wojewódzkich ośrodków koordynujących – środki na realizację zadań trafiają do WOKów z opóźnieniem tak dużym, że na zadania profilaktyki nowotworowej (kampania, zaproszenia, badania itp.) zostają 3 – 4 miesiące efektywnej pracy w roku. Z badania wynika, że 2-letnie umowy z WOKami były już kiedyś podpisywane przez Ministerstwo Zdrowia, nie wrócono do nich jednak. Żaden z respondentów nie miał wiedzy na temat, dlaczego tak się stało (fakt ten jest konsekwencją nieprawidłowej komunikacji między interesariuszami w Programie).

Dodatkowo, z wypowiedzi kierowników WOKów wynika, że chcieliby dla ośrodków większej autonomii, poczucia realnego wpływu na rzeczywistość programową oraz uznania dla wykonywanej przez zespoły pracy. Z uwagi na fakt, że w ramach Programu nie udało się wypracować narzędzi weryfikujących świadczeniodawców ze względu na jakość badań przesiewowych, a WOKi nie mają żadnych możliwości oddziaływania na nich w zakresie realizowania poszczególnych zadań w Programie, nadanie WOKom osobowości prawnej nabiera szczególnej wagi. Umożliwiłoby to premiowanie świadczeniodawców dbających o wysokie standardy badań oraz dyscyplinowanie tych, u których liczba i jakość wykonywanych badań pozostawia wiele do życzenia.

TABELA 16.

SŁABE STRONY NPPWWN I REKOMENDACJE W OBSZARZE PRAWNYM

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
Roczne umowy między MZ a WOKami	Wprowadzenie przynajmniej 2-letnich umów z WOKami.
Programy funkcjonują wyłącznie na podstawie ustawy z 1 lipca 2005.	Konieczne jest nadanie WOKom osobowości prawnej. Umożliwi to egzekwowanie od świadczeniodawców realizacji Programów, zbuduje markę ośrodków. Za zarządzanie odpowiada MZ poprzez COK i WOKi. Jednak badania profilaktyczne finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez kontrakty ze świadczeniodawcami.
Zarządzenia wydawane przez NFZ nie są kompatybilne z rozporządzeniami ministerialnymi.	<i>Rekomendacje z tego obszaru nie zostały wypracowane w ramach badania</i>
Umowy między MZ a WOKami: 1) Brak wieloletnich umów finansowych między MZ a WOKami. 2) Co roku dla WOKów są inne umowy, co ma wpływ na podpisane już przez WOKi umowy długotrwałe, np. z drukarnią czy pocztą. 3) W umowach dla WOKów pojawiają się dziwne, trudne do wdrożenia zapisy, np. materiał radiowy ma trafiać do kobiet wykluczonych.	Wprowadzenie przynajmniej 2-letnich umów z WOKami.
Co roku są zmiany w wytycznych do kontroli, na które WOKi czekają z MZ.	<i>Rekomendacje z tego obszaru nie zostały wypracowane w ramach badania</i>
Skomplikowana procedura rozliczeniowa.	Danie WOKom możliwości swobodnego przepływu środków między zadaniami. Do zadań z załącznika zadaniowego do umowy przypisane są zakresy finansowe. Rekomendacja dotyczy pozostawienia pewnych zapisów, np. liczby zaproszeń wysyłanych obligatoryjnie i możliwości przesuwania pozostałych środków.
Brak obowiązku korzystania z badań przesiewowych	Wprowadzenie nakazów administracyjnych związanych z koniecznością udziału w badaniach w ramach programów populacyjnych.

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
Brak umocowań prawnych do funkcjonowania cytomammobusów.	Rekomendacje z tego obszaru nie zostały wypracowane w ramach badania
Brak obowiązku korzystania z badań przesiewowych	Wprowadzenie nakazów administracyjnych związanych z koniecznością udziału w badaniach w ramach programów populacyjnych.
Brak obowiązku korzystania z badań przesiewowych	Zmiany prawne, systemowe pozwalające na wprowadzenie obowiązku uczestnictwa kobiet w badaniach przesiewowych.
Roczne umowy między MZ a WOKami, źle zorganizowana współpraca między Ministerstwem Zdrowia, COK a WOKami –efektywność pracy WOKów jest zdecydowanie za bardzo ograniczona przez roczną perspektywę finansowania działań w regionach.	Wprowadzenie przynajmniej 2-letnich umów z WOKami.

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

OBSZAR ZARZĄDZANIA PROGRAMAMI I SYSTEMU FINANSOWEGO

Dwuwładza decyzyjno-finansowa Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia i niejasny rozdział kompetencji między tymi instytucjami powoduje nieefektywne zarządzanie Programem. Uwagi do organów decyzyjnych są dwójakiego rodzaju: natury merytorycznej oraz natury etycznej, związane ze standardami postępowania i pracy jednostek budżetowych.

Uwagi natury merytorycznej:

1. Brak jednej, spójnej wizji Programu, interesariusze realizują własne zadania, będące wycinkiem rzeczywistości programowej, brak zintegrowanych działań wszystkich instytucji.
2. Brak koordynatora programu, osoby odpowiedzialnej i zarządzającej Programem.
3. Duża rotacja osób realizujących Programy na wszystkich szczeblach organizacyjnych (MZ, NFZ, COK, WOKi).

Uwagi natury etycznej:

1. Bezkarność, arogancja w działaniach – brak wyciągnięcia wniosków i naprawy sytuacji na podstawie raportu NIK, sposób traktowania interesariuszy Programu, sposób prowadzenia komunikacji.

2. Uleganie lobbingsowi lekarzy-ginekologów i świadczeniodawców prywatnych – badania profilaktyczne „wrzucone są do jednego worka” z badaniami specjalistycznymi, mammobusy itp.

Uwagi te składają się na całościowe negatywne postrzeganie instytucji zarządzających Programami. Szczególnie w kwestii postrzegania NFZ dominuje brak zaufania, czego dosadnym wyrazem jest sformułowana przez przedstawicieli dwóch grup interesariuszy opinia, że mniejsza zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe sprzyja NFZ, gdyż podpisując aneksy na większą liczbę badań, narusza on swoją rezerwę budżetową – środki na realizację świadczeń są ograniczone, mimo teoretycznie Nielimitowanego dostępu kobiet do screeningu.

Biorąc pod uwagę prawdopodobieństwo nowej edycji Programów i wyzwania, które staną przed realizatorami, w tym przede wszystkim zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe, nie sposób oprzeć się wrażeniu, że NFZ postrzegany jest jako instytucja ograniczająca (wyłącznie ubezpieczone kobiety, wyłącznie świadczeniodawcy mający kontrakty z ubezpieczycielem, właściciel platformy SIMP niezainteresowany udostępnieniem danych innym interesariuszom, by na podstawie analiz można było podejmować decyzje zarządcze).

Konsekwencją nieefektywnego zarządzania Programem jest postulat centralizacji systemu zarządzania, poprzez wyłączenie finansowania badań ze struktur NFZ i powierzenia nadzoru nad całością programów populacyjnych MZ lub innej – nowo powołanej – instytucji zarządzającej. Chodzi o uzyskanie schematu: jeden płatnik odpowiedzialny za realizację i kontrolę Programów (być może wszystkich programów profilaktycznych).

Jednym z najpoważniejszych zarzutów w stosunku do instytucji zarządzających jest brak zdecydowanych działań, które pozwoliłyby zintegrować w ramach systemu informatycznego dane ze wszystkich etapów postępowania (od profilaktyki, przez diagnostykę i leczenie), co skutkuje niewykorzystaniem potencjału platformy SIMP, służącej niemal wyłącznie do rozliczania świadczeniodawców.

Badanie pokazuje, że realizatorzy Programu nie mają dobrego narzędzia informatycznego, które w pełni i efektywnie zbierałoby wszystkie dane potrzebne do realizacji i ewaluacji obu Programów populacyjnych (AOS, placówki prywatne). Z wypowiedzi respondentów wynika ponadto, że nowe narzędzia informatyczne – platforma eZdrowie oraz moduł DiLO – w obecnej formie i sytuacji prawnej nie przyczynią się do poprawy integracji danych onkologicznych dostępnych w Programie.

Zebrany materiał empiryczny pokazuje, iż w Programie nie ma możliwości monitorowania kobiet, u których wykryto zmiany nowotworowe. Brakuje dostępu do danych z etapu leczenia kobiet, które wypadły ze screeningu i ich dane nie znajdują się już w Programie. Nie wiadomo również, dlaczego do tego doszło (kontynuowanie badań pogłębionych prywatnie, brak zaufania do systemu publicznego, długi czas oczekiwania na diagnostykę pogłębioną, interfejs między systemem screeningu i systemem leczenia itp.) Wiedza na temat powodów zaniechania leczenia w ramach programów populacyjnych byłaby niezwykle przydatna w tworzeniu modelu badań przesiewowych na następne 10 lat.

Najważniejsze kwestie do uregulowania w kontekście monitorowania pacjentek z wykrytymi zmianami nowotworowymi:

1. Prawne umocowanie jednej instytucji na poziomie centralnym (MZ, NFZ lub nowego podmiotu) do zarządzania danymi onkologicznymi w Programie oraz integrowania istniejących baz danych.
2. Stworzenie regulacji prawnych obligujących lekarzy AOS i pracujących w gabinetach prywatnych do rejestracji badań przesiewowych na platformie SIMP. Z powodu braków tych danych trudno powiedzieć, czy program badań przesiewowych przyniósł oczekiwane efekty.
3. Niezbędne jest zastanowienie się nad formą motywacji dla lekarzy, zwłaszcza ginekologów – na tę chwilę zbyt duży odsetek badań cytologicznych realizowany jest w sektorze prywatnym, co uniemożliwia prawidłowe monitorowanie diagnostyki i gromadzenie danych o populacji objętej badaniem. Żaden z interesariuszy (MZ, NFZ, COK, WOKi) nie ma narzędzi, które skutecznie skłaniałyby lekarzy POZ do uczestnictwa w programie.
4. Poszerzenie zakresu prawa korzystania z SIMPa dla interesariuszy, w szczególności możliwość wglądu lekarzy etapu podstawowego do wyników badania pogłębionego (realizatorzy mają dostęp do SIMPa tylko i wyłącznie w ramach swoich kompetencji).
5. Szersze wykorzystanie platformy SIMP na poziomie instytucji zarządzających Programem: zbieranie i analiza danych pozwalających na premiowanie najlepszych i eliminowanie najgorszych świadczeniodawców, celowanie wysyłki zaproszeń i usprawnienie koordynacji akcji badań przesiewowych – dzięki dostępowi do adresów mailowych i telefonów pacjentek.
6. Zmiana dotychczasowego sposobu dotarcia do kobiet, które wypadły z badań przesiewowych (ankieta i ręczne uzupełnianie danych w SIMPie).

Bardzo wiele uwag dotyczy działań podejmowanych przez świadczeniodawców. Co ciekawe, uwagi najczęściej były formułowane ze strony samych świadczeniodawców. Szczególnie istotne są kwestie związane z kontraktowaniem przez NFZ: kryteria wyboru świadczeniodawców do Programu są niejasne, mało transparentne i jako takie rodzą wiele wątpliwości (kontrakty otrzymują ośrodki bez odpowiedniego doświadczenia w realizacji badań, sprzętu i kadry).

Konieczne jest zastanowienie się nad innymi niż dotychczas kryteriami wyboru oferentów, eliminacją uznaniowości przydzielania kontraktów, faworyzowaniem świadczeniodawców prywatnych, mających dużą skalę badań. Ważne jest również rozważenie kwestii stworzenia warunków dla finansowania badań przesiewowych świadczeniodawcom nie posiadającym kontraktu z NFZ i stworzenia systemu kontroli jakości obejmującego podmioty nie objęte kontraktowaniem świadczeń.

Sprzeciw budzi jednakowe traktowanie przez instytucje zarządzające wszystkich świadczeniodawców, bez względu na sposób działania (zwłaszcza systemy i procedury kontroli) i podejmowane inwestycje. W tym kontekście padły następujące propozycje podniesienia jakości realizowanych działań poprzez:

1. Ustalenie wyższych, zgodnych ze standardami UE, kryteriów udziału świadczeniodawców i lekarzy w badaniach populacyjnych poprzez określenie liczby badań dopuszczających do realizacji badań przesiewowych. Najczęściej wskazywano: dla lekarza 5 tysięcy, dla ośrodka 10 tysięcy,
2. Finansowe premiowanie świadczeniodawców/ośrodków za jakość (w tym pracę na sprzęcie cyfrowym), liczbę wykonywanych badań (zwłaszcza cytologicznych), terminowość wydawania wyników, dostęp do pogłębionej diagnostyki,
3. Co rok lub co 2 lata weryfikacja świadczeniodawców pod względem jakości realizowanych badań. Przy czym audyt kliniczny powinien polegać na losowej ocenie 2 kompletów zdjęć,
4. Zmniejszenie roli świadczeniodawców mobilnych i przeformułowanie koncepcji docierania do kobiet w mniejszych miejscowościach.

Finansowanie powinno zawierać element płacenia za efekt – za wysoką jakość, dużą zgłaszalność, bezbłądność, terminowość, dostęp do pogłębionej diagnostyki itp. Obowiązująca wycena świadczeń zdaniem wszystkich badanych grup jest niewystarczająca i nie motywuje do udziału w Programie. Dotyczy to przede wszystkim badań cytologicznych realizowanych przez mniejszych świadczeniodawców wg których obecna wycena na poziomie 2 punktów skutkować będzie wygaszaniem badań w Programie. Z zebranego materiału wynika, że opłaca się robić badania cytologiczne, gdy wykonują je położne, a nie lekarze. W mammografii opłacają się mammobusy, niedochodowa jest natomiast mammografia stacjonarna robiona na małą skalę (z uwagi na wysokie koszty).

Co istotne, wykonanie badania cytologicznego w ramach AOS niewiele różni się cenowo od badania w ramach badań przesiewowych, co wobec wymogów programowych, tj. ujęcia badania w SIMPie bądź poddania się kontrolom, sprawia, że lekarze-ginekolodzy unikają uczestnictwa w Programie.

Ewaluacja jest kolejnym niezbędnym i brakującym elementem w Programach. W zależności od przyjętych założeń może służyć wprowadzaniu usprawnień w trakcie realizacji danego przedsięwzięcia (ewaluacja bieżąca) lub podsumowaniu i wyciągnięciu wniosków na przyszłość (ewaluacja konkluzyjna). W audytowanym Programie nie prowadzono tego rodzaju działań, pomimo że podmioty podejmowały próby przekazywania informacji zwrotnych o koniecznych modyfikacjach Programu. Zebrany materiał badawczy wskazuje na konieczność przeprowadzenia ewaluacji końcowej w oparciu o takie kryteria jak na przykład adekwatność i skuteczność, obejmującej różnych interesariuszy. Element ten nabiera szczególnego znaczenia w przypadku podjęcia decyzji o kontynuowaniu Programu, gdyż dotychczasowa realizacja wskazała z jednej strony na dużą potrzebę tego rodzaju działań, a z drugiej strony ujawniła wiele problemów w zakresie zarządzania Programem i jakości oferty.

5. SŁABE STRONY NPPWWN I REKOMENDACJE W ORGANIZACYJNYM I FINANSOWYM

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>KRN i platforma SIMP nie mogą być w pełni wykorzystane do analiz niezbędnych w NPPWWN. Brak dobrego narzędzia informatycznego, które w pełni i efektywnie zbierałoby wszystkie dane potrzebne do realizacji i ewaluacji obu Programów populacyjnych. Brak narzędzia informatycznego, które zbierałoby w jednym miejscu wszystkie dane potrzebne do realizacji i ewaluacji Programu. Brak danych do pogłębionej analizy sytuacji epidemiologicznej w Programie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dane dotyczące badań kobiet w prywatnych placówkach są niedostępne – dotyczy to zarówno cytologii, jak i mammografii. 	<p>Uregulowanie kwestii korzystania z SIMPa – ustalenie, kto jest właścicielem programu i zawartych w nich danych, kto dokonuje analiz, w jakim zakresie mogą z niego korzystać pozostali interesariusze Programów, w tym świadczeniodawcy.</p>
<p>Brak zintegrowanych działań interesariuszy Programów, chaos, każdy realizuje własny wycinek, nie ma ogólnego oglądu całości.</p>	<p>Potrzeba ściślejszej współpracy i zintegrowania działań wszystkich interesariuszy – Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, COK, WOKów oraz świadczeniodawców.</p>
<p>Zbyt dużo środków finansowych przeznaczonych jest na profilaktykę raka szyjki macicy.</p>	<p>Alokacja środków odpowiadająca sytuacji epidemiologicznej – większość zasobów przeznaczyć na profilaktykę raka piersi.</p>
<p>Niedoszacowanie świadczeń – zbyt niska wycena (głównie badań cytologicznych)</p>	<p>Podniesienie wartości wycen badań w Programach.</p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>1) Dwuwładza decyzyjno-finansowa (MZ, NFZ).</p> <p>2) Większa zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe – zwłaszcza MMG, jest <i>de facto</i> wbrew interesowi NFZ. Ma on bowiem ograniczone środki na realizację świadczeń – mimo teoretycznie nielimitowanemu dostępowi kobiet do skriningu.</p>	<p>Powołanie jednej centralnej instytucji zarządzającej NPPWWN, która zajmowałaby się zarządzaniem, finansowaniem, zawieraniem umów ze świadczeniodawcami i audytami.</p>
<p>1) Brak efektywnych narzędzi do gromadzenia i analizy danych w obszarze zgłaszalności kobiet na badania, zachorowalności i diagnostyki nowotworowej.</p> <p>2) Brak zdecydowanych kroków MZ, które pozwoliłyby spiąć systemem informatycznym dane ze wszystkich etapów postępowania (od profilaktyki, przez diagnostykę i leczenie), skutkuje pełnym niewykorzystaniem potencjału platformy SIMP.</p> <p>3) Brak możliwości zintegrowania danych – brak danych z AOS o wykonanych badaniach przesiewowych uniemożliwia wzbogacenie platformy SIMP w ciekawe i użyteczne dane populacyjne i epidemiologiczne.</p>	<p>Szersze wykorzystanie platformy SIMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zbieranie i analiza danych pozwalających na premiowanie najlepszych i eliminowanie najgorszych świadczeniodawców, – celowanie wysyłki zaproszeń i usprawnienie koordynacji akcji badań przesiewowych – dzięki dostępowi do adresów mailowych i telefonów pacjentek.

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>1) Brak form motywowania lub nacisku na prywatne gabinety ginekologiczne do realizowania badań cytologicznych w Programie. Żaden z interesariuszy (MZ, NFZ, COK, WOKi) nie ma narzędzi, które bezpośrednio i skutecznie skłaniałyby lekarzy POZ do uczestnictwa w programie.</p> <p>2) Zbyt duży odsetek badań cytologicznych realizowanych w sektorze prywatnym – uniemożliwia to prawidłowe monitorowanie diagnostyki i gromadzenie prawidłowych danych o populacji objętej badaniem.</p>	<p><i>Nie sformułowano rekomendacji w tym obszarze</i></p>
<p>Biurokracja – część ekspertów narzeka na konieczność akceptowania wszystkich działań WOKów na szczeblu centralnym (COK i docelowo MZ).</p>	<p><i>Nie sformułowano rekomendacji w tym obszarze</i></p>
<p>1) Dwuwładza MZ i NFZ. Brak osoby odpowiedzialnej, zarządzającej Programami i koordynującej całość.</p> <p>2) Alokowanie w NFZ środków przeznaczonych na Programy (kierownicy WOKów odnosili wrażenie, że mniejsza zgłaszalność odpowiada NFZ, gdyż podpisując aneksy na większą liczbę badań, NFZ narusza swoją rezerwę budżetową).</p> <p>3) Duża rotacja osób realizujących Programy na wszystkich szczeblach organizacyjnych (MZ, NFZ, COK, WOKi).</p>	<p>1) NFZ powinien odpowiadać za procedury leczenia, a MZ zajmować się zdrowiem. Konieczne jest powołanie/wskazanie osoby odpowiedzialnej za Programy.</p> <p>2) konieczność koordynacji wszystkich działań – MZ, NFZ, COK, WOKów, świadczeniodawców. Bardzo ważna jest współpraca WOKów ze świadczeniodawcami mobilnymi; 3) powołanie nowych instytucji zarządzających Programami.</p>
<p>Brak ewaluacji Programów, badań pokazujących obszary wymagające zmiany.</p>	<p>Konieczność realizacji badań ewaluacyjnych przed, w trakcie i po zakończeniu Programów. Realizacja badań ilościowych i jakościowych z uczestnikami Programów.</p>
<p>Nieubezpieczone kobiety nie mogą brać udziału w programie populacyjnym (finansowanie przez NFZ).</p>	<p>Umożliwienie wszystkim kobietom skorzystania z programów rządowych, populacyjnych.</p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
Nadmierna biurokratyzacja, konieczność proszenia o zgody na wszystkie podejmowane działania jednostek nadrzędnych, zwłaszcza MZ.	Uproszczenie procedur.
Zbyt szczegółowe kontrolowanie wydatków przez MZ.	
Dane w SIMPie, którego właścicielem jest NFZ, są niepełne, niewystarczające monitorowanie pacjentek z wykrytymi zmianami nowotworowymi.	Konieczność zaciągania danych z AOS do SIMPa . W wersji idealnej powinien również zaciągać dane z prywatnych gabinetów.
Nie najlepsze warunki pracy w WOKach: niskie zarobki, praca w weekendy bez wynagrodzenia (za dzień wolny), brak narzędzi do pracy w terenie. Brak stałej kadry, zespołu.	Poprawienie jakości i warunków pracy w WOKach: wyposażyc WOKi w narzędzie pracy, dać możliwość godnego zarabiania.
Uleganie lobbngowi lekarzy-ginekologów (badania profilaktyczne traktowane jak badania specjalistyczne).	Oddzielenie badań profilaktycznych od specjalistycznych: pacjentka chcąc zrobić sobie wyłącznie cytologię powinna ją mieć pobraną przez położną w ramach procedury profilaktyki. Ginekolog powinien mieć zwykły kontrakt AOS i drugi – na profilaktykę.
1) Dwuwładza w Programach (MZ i NFZ). 2) Niewłaściwa hierarchia priorytetów: za niski odsetek środków jest przeznaczony na profilaktykę pierwotną i wtórną, podczas gdy gros środków służy wyposażeniu placówek w sprzęt medyczny (pieniądze są przesunięte z działu „Inwestycje”, nie są to dodatkowe pieniądze na onkologię);	1) Centralizacja systemu zarządzania, wyłączenie finansowania badań ze struktur NFZ, nadzór nad całością programów populacyjnych w strukturach Ministerstwa Zdrowia (jeden płatnik odpowiedzialny za realizację i kontrolę Programów). 2) Powołanie wydziału monitorującego koszty wykonywania świadczeń w usługach zdrowotnych i ceny świadczeń
Nieobjęcie programem całej populacji kobiet w Polsce (wiek), ograniczenie badania mammograficznego do okresu 50-69 lat.	Rozszerzenie populacji badanej na wszystkie kobiety.
Brak badania ewaluacyjnego, które powinno wskazywać kierunek zmian, również organizacyjnych.	Obligatoryjna ewaluacja: organizacyjna, ekonomiczna i medyczna.
Sposób realizacji audytu klinicznego, sprowadzający się do oceny dwóch najlepszych kompletów zdjęć.	Losowanie zdjęć pacjentek do kontroli, mające swoje przełożenie na naturalną weryfikację świadczeniodawców.

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
Brak wglądu lekarzy etapu podstawowego do wyników badania pogłębionego w SIMPie.	Konieczność wglądu lekarzy etapu podstawowego do wyników badania pogłębionego – zgoda MZ, decyzja NFZ.
Równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców, bez względu na sposób działania i podejmowane inwestycje. Brak kontroli nad świadczeniodawcami (nikt nie sprawdza jakości wyników, które otrzymuje kobieta w placówkach, świadczeniodawcy nie wywiązujący się ze swoich obowiązków nie są eliminowani z Programów).	<p>Ustalenie wyższych, zgodnych ze standardami UE, kryteriów udziału świadczeniodawców i lekarzy w badaniach populacyjnych poprzez określenie liczby badań dopuszczających do realizacji badań skriningowych (najczęściej wskazywano: dla lekarza 5 tysięcy, dla ośrodka 10 tysięcy)</p> <p>Finansowe premiowanie świadczeniodawców/ośrodków:</p> <ul style="list-style-type: none"> – za jakość: uzależnienie zapłaty za usługi świadczeniodawców od jakości działań podejmowanych w zakresie realizacji Programów, zróżnicowanie stawek dla świadczeniodawców pracujących na sprzęcie cyfrowym, ucyfrowionym i analogowym, – za liczbę wykonywanych badań (zwłaszcza cytologicznych) – za terminowość wydawania wyników, – za dostęp do pogłębionej diagnostyki (od porady lekarskiej po biopsję gruboigłową).
Zbyt niskie wymagania dla świadczeniodawców (brak doświadczenia, odpowiedniego sprzętu i personelu – przy weryfikacji świadczeniodawców nie są uwzględniane zebrane standardy europejskie).	Co rok lub co 2 lata weryfikacja świadczeniodawców pod względem jakości realizowanych badań, jakości schematów postępowania i procedur.
Źle wycenione procedury badań mammograficznych i cytologicznych, niezmienna, zbyt niska cena badania, niebranie pod uwagę kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców (wyposażenie, kontrola jakości, certyfikaty urzędzeń).	<p>Wprowadzenie jednakowych stawek obowiązujących we wszystkich województwach,</p> <p>Podniesienie, zwiększenie ceny za punkt,</p> <p>Podnoszenie ceny w sytuacjach, gdy wprowadzane są dodatkowe wymogi (np. konieczność podwójnej oceny zdjęcia radiologicznego)</p> <p>Coroczna waloryzacja kwoty, przynajmniej o wskaźnik inflacji (NFZ nie zwraca uwagi na sytuację na rynku, np. podwyżki srebra, klisz, kosztowne wyposażenie pracowni mammograficznej itp.)</p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
Nieefektywność zarządzania NPPWWN na poziomie centralnym. Rozbieżność kompetencyjna między MZ i NFZ.	Zwiększenie skuteczności zarządzania Programem.
Niejasne relacje między Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia, dwuwładza, a w konsekwencji niewłaściwe zarządzanie Programami	Centralizacja systemu zarządzania, nadzór nad całością programów populacyjnych w strukturach Ministerstwa Zdrowia, w tym kontrola i monitoring pacjentek w SIMPie.
Bezkarność i brak kontroli – raport NIK na nikim nie zrobił większego wrażenia, nie miał większego przełożenia na wykonywane działania	<i>Nie sformułowano rekomendacji w tym obszarze</i>
Niska jakość realizacji Programu – wybór świadczeniodawców, audyt kliniczny, chybione myślenie o jakości pracy i realizacji badań przez świadczeniodawców jako wypadkowej liczby nowoczesnego sprzętu, nie zachowywanie procedur związanych z terminami wykonywania badań.	<i>Nie sformułowano rekomendacji w tym obszarze</i>
Brak monitorowania pacjentek z wykrytymi zmianami nowotworowymi – nikt nie śledzi ich losów, nie monitoruje tego, co się z nimi dzieje. Ponadto lekarze – zwłaszcza ginekolodzy realizujący prywatną praktykę – często nie uzupełniają dokumentacji, badania wykonywane w prywatnych gabinetach nie zasilają bazy danych Programów.	<i>Nie sformułowano rekomendacji w tym obszarze</i>
Niewykorzystanie bardzo dobrej bazy SIMP – w tej chwili służy wyłącznie do rozliczania	<i>Nie sformułowano rekomendacji w tym obszarze</i>
Niewykorzystywanie potencjału organizacji pozarządowych oraz osób zajmujących się chorobami nowotworowymi w Polsce	Zmiana negatywnego stosunku instytucji zarządzających do organizacji pozarządowych. Zachęcenie do współpracy, konsultacji merytorycznej i organizacyjnej.

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>Uwagi dotyczące pracy świadczeniodawców: udział w badaniach świadczeniodawców mobilnych jest dla przedstawicieli organizacji pozarządowych bardzo negatywnym zjawiskiem, zaniechaniem idei programów populacyjnych. W badaniach realizowanych przez świadczeniodawców mobilnych funkcjonuje wyłącznie model biznesowy, nikt nie zajmuje się badaniem populacji, kobiety zostają pozostawione same sobie. Jest bardzo silny lobbing ze strony świadczeniodawców prywatnych na MZ i NFZ, wymogi NFZ są indukowane przez dużych świadczeniodawców.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nadanie świadczeniodawcom większych kompetencji – np. wysyłka zaproszeń. 2) Kontraktowanie wyłącznie świadczeniodawców cyfrowych. 3) Zmniejszenie roli świadczeniodawców mobilnych i przeformułowanie koncepcji docierania do kobiet w mniejszych miejscowościach wg schematu: przywożenie kobiet do ośrodka diagnostyki onkologicznej (np. autobusami, płatność za bilet – element psychologiczny, bo badanie nie jest za darmo), pogadanka z lekarzem i położną, badanie, odwożenie kobiet.

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

OBSZAR ORGANIZACJI PROGRAMU

Nieobecność w strukturze lekarzy POZ oraz niewielki udział położnych, bardzo cennych z punktu widzenia realizacji badań przesiewowych, to dwie największe wady Programu w obszarze organizacyjnym. Jest rzeczą absolutnie kluczową i priorytetową znalezienie sposobów na większe zaangażowanie obu wymienionych grup zawodowych w realizację Programu. Warto zwrócić uwagę na fakt, że przedstawiciele tych właśnie środowisk mają największą szansę na dotarcie do kobiet zagrożonych wykluczeniem.

Nieobecność w strukturze lekarzy POZ oraz niewielki udział położnych, bardzo ważnych z punktu widzenia realizacji badań przesiewowych, to dwie największe wady Programu w obszarze organizacyjnym. Priorytetem jest znalezienie sposobów na większe zaangażowanie obu wymienionych grup zawodowych w realizację Programu. Warto zwrócić uwagę na fakt, że przedstawiciele tych właśnie środowisk mają największą szansę na dotarcie do kobiet zagrożonych wykluczeniem.

Brak zaangażowania lekarzy POZ w realizację badań skutkuje przede wszystkim ich niewystarczającą wiedzą o Programach, co niekiedy budzi ich negatywne emocje. Szczególnie problematyczne i trudne do naprawienia są sytuacje, w których lekarze deprecjonują i podważają wiarygodność badania (np. nie umieją zinterpretować wydruku z SIMPa).

Zdaniem większości badanych, źródłem takiej postawy lekarzy są finanse i spór o kompetencje z NFZ (stojącym na stanowisku, że lekarze POZ mają wpisane zadania profilaktyki i promocji zdrowia w swoją stawkę kapitałową). Warto zwrócić uwagę na konieczność wykorzystywania w realizacji Programu umiejętności miękkich – wielu respondentów podkreślało, że nie dotyczy to tylko wiedzy możliwej do nabycia podczas szkoleń, ale również o nawiązanie kontaktu z kobietą, zaangażowanie w rozmowę, prawidłowe przeprowadzenie wywiadu, zachęcenie do regularnego badania cytologicznego i MMG.

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że jedynym motywatorem do działania lekarzy POZ w strukturach Programu są finanse. Budowa odpowiedniego systemu motywacyjnego polegałaby na podniesieniu stawki kapitałowej oraz nagród za wysoki procent zgłaszalności kobiet na badania populacyjne.

Biorąc pod uwagę zaistniałe okoliczności, niektórzy badani formułują wniosek o konieczności większego zaangażowania pielęgniarek czy położnych w badania profilaktyczne kosztem ograniczenia roli lekarzy jako realizatorów. Konieczne jest ułatwienie położnym możliwości pobierania badania cytologicznego – umożliwienie pobierania cytologii pacjentce nie tylko przez położną POZ, ale dowolną położną w Polsce. Położne mogłyby wykorzystać lukę w Programach na najniższym poziomie, gdzie dostępność do ginekologa w małych gminach jest mała, co zwiększyłoby zgłaszalność i obniżyło koszty.

TABELA 17.

SŁABE STRONY NPPWWN W OBSZARZE ORGANIZACJI PROGRAMÓW

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
Niska świadomość realizacji Programu wśród przedstawicieli świadczeniodawców – osoby pracujące w ośrodkach, np. w rejestracji często nie wiedzą, że dany program populacyjny jest realizowany w ich placówce.	-
Brak zainteresowania Programami lekarzy POZ, ginekologów – chodzi nie tylko o realizowanie badań przesiewowych poza Programem. Kluczowe jest także zaangażowanie lekarzy rodzinnych w rozmowę, prawidłowe przeprowadzenie wywiadu, jak i zachęcanie kobiet do regularnego badania cytologicznego i MMG.	1) Przygotowanie skutecznych narzędzi do egzekwowania aktywności lekarzy w Programie: konieczne są zmiany organizacyjne, prawno-finansowe, które umożliwią skuteczne motywowanie lekarzy do aktywności profilaktycznej, np. zachęcania kobiet do uczestnictwa w badaniach przesiewowych, uzupełniania danych w bazie SIMP. 2) Przyznawanie finansowej premii lekarzom za skutecznie realizowane działania profilaktyczne w ramach Programów.
Brak wsparcia dla położnych	Włączenie położnych do wykonywania badań cytologicznych w ramach Programu.
Brak kompleksowych badań diagnostycznych jednego rzutu w profilaktyce raka piersi.	Nie powinno się oddzielać badań profilaktycznych MMG od badań diagnostycznych. Zdaniem niektórych ekspertów stan jakości badań MMG jest taki, że istnieje duże ryzyko błędnego rozpoznania zmian w piersi. Dlatego badanie mammograficzne etapu podstawowego powinno być uzupełnione przynajmniej o badanie USG. Tak aby zminimalizować ryzyko błędu i móc natychmiast kierować daną kobietę na badania diagnostyczne lub, jeśli będzie taka konieczność, do diagnostyki pogłębionej.
Niski poziom obsługi podczas badań: personel medyczny nie posiada wiedzy, przygotowania psychologicznego i umiejętności interpersonalnych do pracy z osobami potencjalnie chorymi.	Wdrożenie systemu szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego z zakresu psychologii i umiejętności miękkich.

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>Zbyt duża liczba ośrodków koordynujących działania regionalne – efektywność realizowania Programu na poziomie regionów jest zbyt niska z powodu dużego rozdrobnienia organizacyjnego.</p>	-
<p>Brak zainteresowania Programami lekarzy POZ, ginekologów, specjalistów: bardzo słaba wiedza o Programach i aktywność lekarzy POZ i specjalistów, wynikająca z braku szkoleń.</p>	<p>Zbudowanie odpowiedniego systemu motywacyjnego dla lekarzy POZ, chcących wziąć udział w Programach: podniesienie stawki kapitałowej, nagrody za wysoki procent zgłaszalności kobiet na badania populacyjne. Uświadamianie, że NFZ może kontrolować ich pracę.</p>
<p>Niewielkie wykorzystanie położnych z AOS i POZ. Aby mogły realizować Program samodzielnie, muszą mieć podpisany aneks z NFZ (czym nie jest zainteresowana dyrekcja niektórych jednostek) oraz posiadać certyfikat. Elementem utrudniającym realizację Programów przez położne i pielęgniarki jest obowiązek pobierania cytologii wyłącznie w ramach swojego POZ.</p>	<p>Umożliwienie i ułatwienie położnym możliwości pobierania badania cytologicznego – umożliwienie pobierania cytologii pacjentce nie tylko przez położną POZ, ale dowolną położną w Polsce. Położne mogłyby realizować badanie tam, gdzie dostępność do ginekologa w małych gminach jest mała, co zwiększyłoby zgłaszalność i obniżyło koszty.</p>
<p>Funkcjonowanie niektórych WOKów w ramach struktury organizacyjnej świadczeniodawców – część WOKów jest uwikłanych. Zamiast realizować Program na całe województwo, muszą skupić się na realizacji programu dla danego świadczeniodawcy i dla konkretnych szpitali, nie ma pracy w terenie.</p>	<p>Oddzielenie WOKów od struktur organizacyjnych świadczeniodawców.</p>
<p>Brak włączenia w struktury Programów lekarzy POZ i specjalistów.</p>	<p>Zbudowanie odpowiedniego systemu motywacyjnego dla lekarzy POZ.</p>
<p>Niewielkie wykorzystanie położnych z AOS i POZ.</p>	<p>Umożliwienie i ułatwienie położnym możliwości pobierania badania cytologicznego.</p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>Nieproporcjonalne wymagania wobec techników, którzy, aby mogli wziąć udział w programie muszą wykonać 1000 badań, podczas gdy od lekarza, którego odpowiedzialność jest nieporównywalnie większa, wymaga się zaledwie 500 badań.</p>	<p>Obniżenie wymagań dotyczących udziału techników i lekarzy w badaniu: wymogi, wyrażone liczbą badań, powinny dotyczyć zespołu, a nie każdego członka zespołu (w konsekwencji technicy muszą mieć szkolenie na wyższym poziomie, co postrzegane jest jako sztuczny wymóg i generowanie kosztów).</p>
<p>Niewydolność organizacyjna Programów</p>	<p>Zmiany organizacyjne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nadanie COKowi większych kompetencji – m.in. sprawozdawczość, kontrola, opcjonalnie: wysyłka zaproszeń. 2) Likwidacja WOKów – ułatwienie przepływu informacji. 3) Nadanie świadczeniodawcom większych kompetencji – przypisanie świadczeniodawcom terytoriów/ fragmentów województw, określenie czasu ich działania na danym terenie, wprowadzenie zakazu konkurencji i narzucenie obowiązków: zgłaszalność, edukacja, systematycznie powtarzalne badania, działalność promocyjna, wysyłka zaproszeń, raportowanie.
<p>Brak systemowego zaangażowania lekarzy POZ w realizowanie Programu.</p>	<p>Systemowe zmiany w Programie umożliwiające motywowanie lekarzy POZ do realizowania badań przesiewowych w ramach NPPWWN. Część z respondentów sugeruje także włączenie do stawki kapitałowej, wyznaczonej przez NFZ, obowiązku realizowania profilaktyki, w tym obowiązkowego monitorowania statusu kobiet w badaniach oraz kierowania ich na badania mammograficzne i cytologiczne.</p>
<p>Brak kontraktowania przez NFZ badań cytologicznych wykonywanych przez położne. Kontraktowanie badań przez NFZ zdecydowanie zwiększyłoby motywację położnych do zwiększenia ilości badań .</p>	<p>Umożliwianie placówkom realizującym Program kontraktowanie realizowania badań cytologicznych przez położne. Położne postulujące tę zmianę sugerują, iż wpłynęłaby ona pozytywnie na dostępność i łatwość badania cytologicznego, a także zwiększyłaby poczucie prestiżu zawodowego położnych.</p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>Zbyt długi odstęp między badaniami mammograficznymi w Programie – jeden z lekarzy podkreśla, że ciągle zbyt mała jest liczba wykryć wczesnych zmian nowotworu piersi.</p>	<p>Zwiększenie częstotliwości badań mammograficznych – realizowanie ich co 12 miesięcy. Zmniejszy to ryzyko braku rozpoznania zmian tzw. nowotworów interwałowych. Rodzi to jednak wątpliwości o efektywność ekonomiczną Programu.</p>
<p>Odsyłanie pacjentek na diagnostykę pogłębioną do innych placówek.</p>	<p>Uruchamianie procedury leczenia w placówkach realizujących pogłębioną diagnostykę onkologiczną. Po rozpoznaniu zmian nowotworowych kobiety powinny rozpoczynać leczenie natychmiast i to w danej placówce, która realizowała badanie pogłębione, bez odsyłania na dalszą diagnostykę do innych placówek.</p>
<p>Brak współpracy z lekarzami POZ i specjalistami, ich nieobecność w strukturze Programów.</p>	<p>Usystematyzowanie współpracy z lekarzami POZ, których udział w Programie jest zbyt mały, wiedza niewielka, a traktowanie pacjentek pozostawia wiele do życzenia. Jedynym sposobem zaangażowania lekarzy POZ jest motywacja finansowa – np. alokacja części środków przeznaczonych na wysyłkę zaproszeń i przeznaczenie ich na nagrody dla lekarzy z wysokim procentem populacji, który poddał się badaniom przesiewowym. W zamian wymagania od lekarza POZ uzupełniania dokumentacji, posiadania materiałów promujących Programy, informowania o istnieniu i możliwościach programów populacyjnych i odnotowywania tego, zwracania uwagi na konieczności badań. Powinny również znaleźć się środki na szkolenia warsztatowe dla lekarzy.</p>
<p>Słaba organizacja pracy COK-u i WOK-ów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – brak szkoleń z zakresu realizacji programów profilaktycznych, praca w WOKach zaczyna się od połowy roku, razem z wysyłką zaproszeń, – brak koordynacji działań, brak kontroli nad systemem pracy. 	<p><i>Nie sformułowano rekomendacji w tym obszarze</i></p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
Niewielkie wykorzystanie położeń z AOS i POZ.	Umożliwienie i ułatwienie położnym możliwości pobierania badania cytologicznego;

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

OBSZAR KOMUNIKACJI

Bałagan organizacyjny w instytucjach centralnych oraz swoista dwuwładza (MZ a NFZ) powodują, że współpraca oraz komunikacja z nimi jest trudna i mało efektywna. Konsultacje MZ, COK i NFZ z przedstawicielami świadczeniodawców są uznawane przez tych drugich za niekonstruktywne. Główni interesariusze (na poziomie centralnym) postrzegani są przez głównych realizatorów (na poziomie regionalnym) przez pryzmat niekompetencji, rozbudowanej biurokracji i błędnych decyzji zarządczych.

System komunikacji stosowany w Programie jest niedoskonały i niewystarczający. Komunikacja płynie z góry, od Ministerstwa Zdrowia, jest jednostronna, nastawiona na dawanie informacji i przydzielanie zadań. Nie jest nastawiona na odbiór informacji zwrotnej i jej wykorzystanie. Wszelkie prośby o wyrażenie opinii są postrzegane przez większość interesariuszy jako element marketingowy, mający wpływać na ocieplenie wizerunku. Jedynie system restrykcyjny sprawia, że badani po raz kolejny odpowiadają na pytania o konieczne zmiany w Programie.

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że nie ma ani jednej relacji, która spełniałaby wymagania dobrej komunikacji pomiędzy interesariuszami. Na szczególną uwagę zasługuje rola Centralnego Ośrodka Koordynującego, z którym praktycznie nie ma kontaktu. Najczęściej relacje komunikacyjne nawiązują wojewódzkie ośrodki koordynujące. Próby kontaktów podejmują również świadczeniodawcy. I tylko w tych dwóch przypadkach zdarzało się, że komunikacja została oceniona pozytywnie.

W realizacji obu populacyjnych Programów nie wykorzystuje się potencjału NGO – zwłaszcza organizacji reprezentujących interesy pacjentów. Doświadczenie, wiedza oraz znajomość problemów kobiet, często na poziomie najmniejszych jednostek samorządu terytorialnego, byłaby bezcenna w pracach nad strategią Programów na następne 10 lat.

W dalszym planowaniu i realizacji obu Programów Populacyjnych konieczna jest ściślejsza współpraca i sprawna komunikacja między wszystkimi interesariuszami. Niezależnie, jaki kształt przybierze zapowiadana edycja Programów, niezbędne jest:

1. Usprawnienie procedur zarządczych i konsultacyjnych na poziomie centralnym,
2. Zbudowanie zaplecza doradczego i realizacyjnego wokół Programów – uwzględnienie doświadczenia NGO i władz samorządowych,
3. Analizowanie danych zbieranych od realizatorów Programów (m.in. informacji od WOKów na temat świadczeniodawców funkcjonujących na danych terenach przy przydzielaniu kontraktów na następne lata),
4. Zwiększenie transparentności decyzji zarządczych centralnych instytucji,
5. Jasne komunikowanie kluczowych informacji dotyczących Programów – w obszarze rozliczeń, sprawozdawczości, zakresu współpracy MZ z NFZ, jakości realizacji badań,
6. Zmiana organizacji spotkań z MZ – powinny odbywać się częściej, w przyjaźniejszej atmosferze (nie wytykanie błędów, tylko rozmowa o problemach), w formule „burzy mózgów”, wspólnego wypracowywania rozwiązań,
7. Zapewnienie pracownikom WOKów oraz świadczeniodawcom spotkań warsztatowych uwzględniających element psychologiczny w podejściu do pacjentów, osób chorych, pochodzących z różnych środowisk,
8. Stworzenie dedykowanej infolinii obu Programów dla pacjentek,
9. Stworzenie internetowej platformy wiedzy, wymiany doświadczeń dla uczestników Programów.
10. Budowanie wewnętrznego wizerunku Programu wśród kluczowych realizatorów – świadczeniodawców oraz WOKów.

Poniższa tabela prezentuje zależności komunikacji między poszczególnymi interesariuszami.

TABELA 18. ZALEŻNOŚCI KOMUNIKACJI POMIĘDZY INTERESARIUSZAMI NPPWWN

RELACJA	OPIS KOMUNIKACJI
MZ – NFZ	Brak informacji.
MZ – COK	Relacja jednostronna, informująca.
MZ - WOK	Relacja jednostronna, z MZ płyną do WOKów szczegółowe dyrektywy, natomiast postulaty WOKów nie są uwzględniane, niewykorzystywanie unikalnej wiedzy kierowników WOKów. Brak wspólnej płaszczyzny wymiany myśli, niewystarczająca formuła komunikacyjna, brak komunikacji odnośnie przyszłości Programu, zbyt mała liczba spotkań i szkoleń, Problematyczna bieżąca współpraca, praca zrywami, rozłożona nierównomiernie, zagadkowa: nikt nie wie, komu podlega. Kontrola każdego aspektu działalności: wydatki, działania promocyjne, konieczność uzyskiwania zgód na działania podejmowane przez WOKi, opieszałość podejmowanych działań po stronie MZ, często odpowiedzi są już post factum.
MZ – ŚW.	Relacja jednostronna, z MZ płyną szczegółowe dyrektywy, natomiast postulaty świadczeniodawców nie są uwzględniane, brak kontaktów dla świadczeniodawców mobilnych: zbyt mała liczba spotkań i szkoleń, zarzuty merytoryczne i organizacyjne.
MZ – LEKARZE	Brak celowanych informacji skierowanych do lekarzy odnośnie wagi i znaczenia Programu. Cykliczny bałagan organizacyjny związany z budżetowaniem i prowadzeniem wysyłki zaproszeń.
MZ – NGO	Niewłaściwy sposób traktowania, marginalizowanie roli organizacji pozarządowych, nieuwzględnianie opinii i postulatów, niewykorzystanie potencjału NGO.
NFZ – COK	Brak informacji
NFZ – WOK	Przekazywanie informacji o wynikach audytów i kontroli, które NFZ wykorzystuje w trakcie oceny ofert i negocjacji kontraktów ze świadczeniodawcami.
NFZ – ŚW.	Świadczeniodawcy nie ufają NFZ, nie chcą podejmować żadnych działań, by przekroczyć zakontraktowany limit badań w obawie, że NFZ im tego nie rozliczy, brak kontaktu.
NFZ – LEKARZE	Cykliczny bałagan organizacyjny związany z budżetowaniem i prowadzeniem wysyłki zaproszeń.
NFZ – NGO	Brak informacji.
COK – WOK	Relacje sztywne, ale poprawne, animozje personalne.
COK – ŚW.	Kontakt wyłącznie ze strony świadczeniodawców mobilnych, próby bardzo niesatysfakcjonujące, brak skutecznej komunikacji, niepodejmowanie kontaktów, brak czasu na rozmowy, spotkania.

RELACJA	OPIS KOMUNIKACJI
COK – LEKARZE	Brak komunikacji. Negatywnie oceniona ze względu na cykliczny bałagan organizacyjny związany z budżetowaniem i prowadzeniem wysyłki zaproszeń.
COK – NGO	Niewłaściwy sposób traktowania, marginalizowanie roli organizacji pozarządowych, nieuwzględnianie ich opinii i postulatów, niewykorzystanie potencjału NGO.
WOK – ŚW.	Relacje oceniane ambiwalentnie: niekiedy wzajemna niechęć, wg świadczeniodawców wykonują chaotyczne działania, nie mają rozpoznanego rynku usług, świadczeniodawcy są zdania, że gdyby nie realizowali wysyłki zaproszeń i działań promocyjnych, to nie mogliby robić badań, WOKi są niepotrzebne, są też WOKi, w których komunikacja działa w obie strony, jest wola współpracy, dobry przepływ informacji, dobre szkolenia, elastyczność, wspólne działania promocyjne, Ich kompetencje pokrywają się. WOKi nie mają narzędzi, by wpływać na realizację badań przez świadczeniodawców, zatem komunikują wysyłając pisma itp. Relacja wymaga poprawy, jest przypadkowa. Świadczeniodawcom brakuje spotkań i szkoleń.
WOK – LEKARZE	Dobrze oceniane ze względu na relacje osobiste.
WOK – NGO	Przedstawiciele WOKów zwracają uwagę, że organizacje pozarządowe nie są zaangażowane w realizację Programu.
ŚW. – LEKARZE	Brak informacji.
ŚW. – ŚW.	Są uwarunkowane biznesowo, wrogość do świadczeniodawców mobilnych.
WOK – WOK	Odbywają się, wspólnie wymieniają doświadczeniami.

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

Poziom zgłaszalności kobiet jest na zdecydowanie niezadowalającym poziomie. Dodatkowo, badanie przesiewowe nie dociera do kobiet zagrożonych wykluczeniem, biednych, niepracujących. Badana jest cały czas ta sama pula kobiet. Dane zebrane w badaniu jakościowym pozwalają zaliczyć do głównych barier w tym obszarze takie elementy, jak:

1. Niska świadomość zdrowotna Polek i generalna niechęć do wykonywania badań, strach przed chorobą, wstyd.
2. Nieskuteczność kampanii promującej Program i badania przesiewowe – akcja marketingowa koordynowana przez MZ, a realizowana w regionach przez WOKi nie dociera do grup kobiet, które nie zgłaszają się na badania.
3. Brak zaangażowania lekarzy POZ w działania profilaktyki nowotworów – chodzi głównie o motywowanie kobiet do uczestnictwa w badaniach przesiewowych.
4. Możliwość niewielkiego tylko zaangażowania położnych, niemożność wykorzystania marketingu bezpośredniego.
5. Opóźnienia w wysyłce imiennych zaproszeń do kobiet.
6. Błędna organizacja wysyłki zaproszeń przez WOK – brak dedykowanych treści zaproszeń dla poszczególnych grup kobiet, które niezależnie od statusu społecznego, miejsca zamieszkania, czy wieku otrzymują takie same zaproszenia z WOKów.
7. Niewystarczające zaangażowanie władz samorządowych w działania profilaktyki nowotworowej.

Do dodatkowych zadań podejmowanych przez WOKi i świadczeniodawców, zachęcających kobiety do udziału w badaniach należą:

1. Organizowanie badań, akcji promujących badania i okolicznościowych happeningów, również celowanych do osób zagrożonych wykluczeniem (np. badania cytologiczne w zakładach karnych, akcje promujące badania przesiewowe na Dzień Matki, promowanie badań wśród kobiet odwiedzających centra handlowe itp.).
2. Podejmowanie ścisłej współpracy z samorządami lokalnymi i świadczeniodawcami mobilnymi (szczególnie ważne na terenach wiejskich).
3. Prowadzenie call-center.
4. Przygotowanie celowanych, imiennych zaproszeń do odpowiedniego segmentu kobiet – inne zaproszenia otrzymują kobiety wchodzące do programu, inne będące w trakcie, a inne zaproszenia kierowane są do pań z górnej grupy wiekowej.

REKOMENDUJEMY
PRZEBADANIE CAŁOŚCI
MATERIAŁÓW
PROMOCYJNYCH W
RAMACH BADANIA
JAKOŚCIOWEGO
(ZOGNISKOWANE
WYWIADY GRUPOWE),
KTÓREGO
UCZESTNICZKAMI
BYŁYBY KOBIETY.

Strategia komunikacji medialnej Programu jest oceniana negatywnie – jako niezauważalna i nieskuteczna. Działania marketingowe koordynowane przez MZ a realizowana w regionach przez WOKi nie docierają do grup kobiet, które nie zgłaszają się na badania.

Ogólnym postulatem jest zwiększenie środków finansowych przeznaczanych na realizację kampanii lub bardziej efektywne ich wykorzystanie. Pojawia się dość dużo rekomendacji dotyczących idealnej kampanii promującej Programy oraz badania przesiewowe. Optymalna kampania medialna powinna zdaniem badanych interesariuszy być:

- zaplanowana przez specjalistów z zakresu marketingu i PR,
- centralnie planowana i finansowana,
- wykorzystująca osoby będące autorytetami,
- ogólnopolska, ale mieć regionalne i lokalne odmiany – na terenach (powiatach, gminach) o niskim poziomie zgłaszalności kobiet spoty powinny pojawiać się częściej,
- wykorzystywać nowe media i nowoczesne narzędzia komunikacji: portale społecznościowe, platformę eZdrowie,
- wspomagana marketingiem bezpośrednim – zaangażowanie pracowników WOK, położnych, pielęgniarek, lekarzy POZ w spotkania z przedstawicielami społeczności lokalnych,
- oparta na dwóch rodzajach komunikatów: silne emocje vs przekaz łagodny, racjonalny,
- autentyczna – realizowana z udziałem pacjentek/aktorek/osób ważnych dla społeczności lokalnych,
- być skierowana do niewykształconych kobiet z najuboższych środowisk.

Wielu badanych podkreśla także, konieczność konsekwentnych, długofalowych kampanii edukacyjnych realizowanych na etapie szkolnym. W dłuższej perspektywie czasowej kampanie te są w stanie zbudować u kobiet poczucie obowiązku chodzenia na badania profilaktyczne, co w konsekwencji skutkować będzie zmianą zachowań.

TABELA 19.

SŁABE STRONY PROGRAMU ORAZ REKOMENDACJE W OBSZARZE PROMOCJI

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>Brak cyklicznej, wyrazistej kampanii społecznej promującej Programy</p>	<p>Przygotowanie lepiej celowanej i bardziej zróżnicowanej kampanii medialnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykorzystującej w większym stopniu nowe technologie: np. media społecznościowe (młodsze kobiety) oraz platformę eZdrowie, – wykorzystującej dwa rodzaje komunikatów: mocnego przekazu opartego na silnych emocjach oraz łagodnego przekazu opartego na racjonalnych argumentach oraz zachęcie do udziału w badaniach przesiewowych. – pełniejsze zaangażowanie samorządów powiatowych i gminnych w profilaktykę raka szyjki macicy i raka piersi – jak sugerują badani przedstawiciele instytucji wspomagających w całej Polsce w dokumenty strategiczne samorządów wpisane są działania prozdrowotne i profilaktyka. Kluczowe wydaje się zatem pełniejsze włączenie władz samorządowych w działania Programu – zwłaszcza w podnoszenie świadomości zdrowotnej kobiet.
<p>Małe zaangażowanie mediów publicznych w profilaktykę nowotworową: nie są zainteresowane realizowaniem misji, w którą wpisują się długofalowe kampanie zachęcające kobiety do badań profilaktycznych. Obecny styl funkcjonowania mediów promuje akcyjność, pojedyncze działania nadające się na „news”. W związku z tym chętniej angażują się nagłaśnianie pojedynczych wydarzeń niż w konsekwentne, długofalowe działania promujące zdrowie, czy edukujące odpowiednie grupy społeczne.</p>	<p>Konieczność rozmów na wysokim szczeblu na temat misji Programu, zaangażowanie mediów publicznych, odwołanie się do wspólnych wartości</p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>Obecne działania związane z promowaniem Programu i zachęcaniem kobiet do uczestnictwa w badaniach przesiewowych są niewystarczające i nie przynoszą spodziewanych efektów. Brak jest środków na realizowanie długofalowych ogólnopolskich kampanii medialnych. Krytykowany jest brak ciągłości działań i duże opóźnienia.</p>	<p>1) Zwiększenie skuteczności kampanii promocyjnej Programu: a) centralne planowanie i finansowanie kampanii medialnej – jeden dom mediowy taniej i efektywniej byłby w stanie przygotować dobrą kampanię promującą Program i badania przesiewowe; 2) marketing bezpośredni, zaangażowanie pracowników WOK oraz lekarzy POZ w spotkania z przedstawicielami społeczności lokalnych.</p> <p>Zmiany systemowe pozwalające na prowadzenie szeroko zakrojonej, długofalowej kampanii edukacyjnej promującej zdrowy tryb życia od najmłodszych lat.</p>
<p>Stagnacja w zakresie zgłaszalności kobiet na badania.</p>	<p>Pomysły na podniesienie zgłaszalności zaproszeń: – objęcie badaniami całej populacji kobiet, – egzekwowanie badań powinno być w gestii pracodawców, – wzrost ubezpieczenia w przypadku kobiet, które nie skorzystały z Programów, – zwrot kosztów dojazdów na badania, – dzień wolny od pracy.</p> <p>Zmiana treści zaproszeń, indywidualizacja zaproszeń w zależności od sytuacji: kobiety, które wchodzi do programu powinny dostać inne zaproszenie, kobiety, które mimo zaproszeń nie skorzystały z badania inną informację.</p> <p>Przeniesienie na świadczeniodawców obowiązku wysyłki zaproszeń: – ginekolożki mają swoje bazy, – skuteczniejsze byłoby egzekwowanie przyścia na badanie od pacjentki, której lekarz podpisuje się na zaproszeniu, większa dyscyplina.</p>
<p>Niski udział lokalnych społeczności, władz samorządowych i organizacji pozarządowych w Programach.</p>	<p>1) Pozostawienie WOKom autonomii w zakresie kampanii lokalnych, działania promocyjne w zakresie layout, wizualizacji itp. spięte centralnie. 2) Poprawienie relacji z samorządami, radnymi, lokalnymi społecznościami poprzez nawiązywanie kontaktów, przysyłanie materiałów promocyjnych i informacji, pilnowanie, by zostało to zamieszczone np. na stronach WWW.</p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
Niezrozumiałe wydatki budżetowe – przeznaczone zwłaszcza na promocję medialną Programów (bardzo duże koszty emisji spotów reklamowych w telewizji publicznej)	Konieczność rozwiązania kwestii spotów reklamowych na rzecz kampanii społecznych – systemowego i na poziomie osób zarządzających. Ustalenie czasu antenowego oraz kosztów (zdecydowanie mniejszych niż obecnie) w kontekście misji publicznej.
Niespójna identyfikacja wizualna materiałów wychodzących z WOKów oraz od świadczeniodawców.	Przeprowadzenie badań wśród kobiet dotyczących sposobu dostarczania i wyglądu materiałów promocyjnych, ustalenie jednego wspólnego modelu i stosowanie go przez MZ, NFZ, COK, WOKi oraz świadczeniodawców.
Obecny system wysyłki zaproszeń jest kontrowersyjny, niedoskonały, nieefektywny i nieskuteczny, powoduje nierównomierność i niesystematyczność wysyłanych zaproszeń.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Równomierna, cykliczna i całoroczna wysyłka zaproszeń. 2) Przesunięcie obowiązku wysyłki zaproszeń całkowicie na świadczeniodawców. 3) Obligatoryjne personalizowanie zaproszeń – inne zaproszenia powinny otrzymywać kobiety wchodzące do Programów, wychodzące z nich lub będące w trakcie ich trwania, 4) Podpisywanie zaproszeń przez lekarzy, a nie przez kierowników WOKów.
WOKi raportując MZ skuteczność wysyłki zaproszeń podają ją jako sumę (zaproszenia z WOK plus zaproszenia od świadczeniodawców), podpisując się tym samym pod cudzym sukcesem (nikt nie pyta kobiet, skąd otrzymały zaproszenie).	Raportowanie MZ liczb zaproszeń w rozbiciu na zaproszenia pochodzące od WOKów i zaproszenia pochodzące od świadczeniodawców
Brak możliwości, by wysyłka zaproszeń była kompatybilna z wysyłką z WOK-u (np. podział alfabetyczny), gdyż pracownicy wojewódzkich ośrodków koordynujących nie wiedzą, do kogo system – losowo wybierający 10% kobiet – zaproszenia wysyła.	<p><i>Nie sformułowano rekomendacji w tym obszarze</i></p>

SŁABE STRONY	REKOMENDACJE
<p>Brak przemyślanej, systemowej promocji istoty badań przesiewowych. Zarówno lekarze, jak i pacjentki są przeświadczone o tym, że badania realizowane w ramach PPWWN są gorszej jakości (w głównej mierze badania MMG). Wynika to m.in. z niewiedzy, jak wygląda wynik (opis w skali BIRADS) takiego badania i czym się różni badanie skriningowe od badania pogłębionego.</p>	<p>1) Komunikacja medialna powinna mieć zasięg ogólnopolski, jednak z mutacją regionalną – w regionach o niskim poziomie zgłaszalności kobiet spoty mogłyby pojawiać się częściej. Dwie odmiany – drastyczną, oddziaływującą na emocje kobiet, mówiącą o skutkach braku badań profilaktycznych, oraz łagodną, kładącą nacisk na łatwość, szybkość i nieinwazyjność badań przesiewowych. Jej cechą powinna być autentyczność. 2) Realizacja szkoleń dla lekarzy z uwzględnieniem elementu opisów badań.</p>
<p>Brak cyklicznej, wyrazistej kampanii społecznej promującej Programy, różnie rozłożone akcenty w kampaniach dotyczących raka piersi i raka szyjki macicy.</p>	<p>Inwestowanie w marketing bezpośredni (pielęgniarki, położne) i motywowanie finansowe lekarzy POZ poprzez alokację środków przeznaczonych na wysyłkę zaproszeń.</p>
<p>Niska skuteczność wysyłki zaproszeń, zwłaszcza w gminach wiejskich i wiejsko-miejskich</p>	

ŹRÓDŁO: AUDYT SPOŁECZNY NPPWWN, SIERPIEŃ 2015 R., WOŁKIEWICZ – REALIZACJA BADAŃ MARKETINGOWYCH I SPOŁECZNYCH

ANALIZA FUNKCJONOWANIA WOJEWÓDZKICH OŚRODKÓW KOORDYNUJĄCYCH POPULACYJNE PROGRAMY PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW (ALEKSANDRA GAC, BEATA GRONEK)

Prezentowany materiał zawiera uwagi i sugestie, wskazujące obszary działania Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących Populacyjne Programy Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy oraz Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (dalej: WOK) oraz ich otoczenia, wymagające ponownego przeanalizowania i lepszego dostosowania do potrzeb realizacji Programów.

Analiza została przygotowana na podstawie umów zawartych z realizatorami Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (dalej: NPZChN) na lata 2006-2015, wybranych sprawozdań merytorycznych i finansowych WOK w 2014 roku oraz postulatów WOK przedkładanych do COK i Ministerstwa Zdrowia w latach 2013-2015 [1, 2].

Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące powstały w związku z realizacją ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Ministerstwo Zdrowia powierzyło w 2010 roku funkcję ogólnopolskiego koordynatora Programów Centralnemu Ośrodkowi Koordynującemu (dalej: COK), który pełni również nadzór nad realizacją zadań WOK. W analizie przedstawiono zagadnienia prawne związane z działalnością Ośrodków, wyborem realizatorów oraz ustawowym zakresem zadań. Ponadto, opisane zostały elementy funkcjonowania WOK wraz z komentarzami w postaci zastrzeżeń i proponowanych rozwiązań naprawczych. Cały dokument dostępny jest w Fundacji My Pacjenci oraz Polskim Towarzystwie Programów Zdrowotnych. Najistotniejsze wnioski płynące z analizy przedstawione zostały poniżej, z podziałem na obszary tematyczne::

OBSZAR:
**BUDŻET OGÓLNY, WARTOŚĆ ŚRODKÓW PRZEZNACZONY NA POSZCZEGÓLNE DZIAŁANIA,
ELEMENTY SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH, DZIAŁANIA OBLIGATORYJNE
I DODATKOWE ZAWARTE W UMOWIE Z WOK NA RZECZ POPRAWY ZGŁASZALNOŚCI NA BADANIA PROFILAKTYCZNE**

Podstawowe zastrzeżenia autorów audytu dotyczyły w tym obszarze:

1. **Konieczności corocznego podpisywania umowy z realizatorami, a w konsekwencji: brak możliwości budowania i realizowania przez WOK i COK strategii działań długofalowych;** przymus corocznego ogłaszania konkursów na np. wysyłkę zaproszeń, znaczne ograniczenie działalności WOK i COK w pierwszym półroczu każdego roku działalności. Uwagi te poparte były wnioskami zawartymi w Raporcie NIK z 2014 roku dotyczącymi sukcesywnego ignorowanie przez Ministerstwo Zdrowia postulatów COK dotyczących zapewnienia środków finansowych umożliwiających prowadzenie systematycznej działalności przez WOK.
2. **Utrudnione uzyskanie zgody Ministerstwa Zdrowia na przesuwanie środków finansowych pomiędzy zadaniami realizowanymi przez WOK i COK.** Skutkuje to obniżoną elastycznością w kwestii dopasowywania strategii Ośrodka do realnego zapotrzebowania świadczeniobiorców i świadczeniodawców w regionie.
3. **Każda zmiana w planie realizacji szkoleń, organizacji eventów i spotkań ze świadczeniobiorcami wymaga ponownej akceptacji COK,** a jeśli odbiega od listy działań obligatoryjnych zawartych w umowie, wymaga również dodatkowej zgody Ministerstwa Zdrowia. W efekcie WOK nie są w stanie sprawie reagować na bieżąco zgłaszane potrzeby świadczeniobiorców.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA NAPRAWCZE:

1. ZAWIERANIE UMOWY WIELOLETNIEJ Z REALIZATORAMI/COROCZNE ANEKSOWANIA UMOWY Z DNIEM 1 STYCZNIA.
2. UMOŻLIWIENIE SPRAWNEGO PRZESUWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH POMIĘDZY ZADANIAMI ORAZ UZYSKIWANIA AKCEPTACJI MODYFIKACJI PRELIMINARZA DANEGO OŚRODKA, W OPARCIU O UZASADNIENIE PRZEDŁOŻONE PRZEZ OŚRODEK.

OBSZAR:
**GŁÓWNE FUNKCYJALNOŚCI SYSTEMU INFORMATYCZNEGO MONITOROWANIA PROFILAKTYKI (SIMP)
Z PERSPEKTYWY RÓŻNYCH UŻYTKOWNIKÓW, MONITOROWANIE LOSÓW PACJENTEM W SYSTEMIE
ORAZ OKREŚLENIE RZECZYWISTEJ ZGŁASZALNOŚCI NA BADANIA CYTOLOGICZNE
I MAMMOGRAFICZNE W RAMACH PROGRAMU**

Podstawowe zastrzeżenia autorów audytu dotyczyły w tym obszarze:

1. **Niepoprawnego wykorzystywania statystyk SIMP z obszaru badań cytologicznych do oceny efektywności działań prowadzonych przez WOK w obszarze promowania badań.** SIMP generuje jedynie liczbę kobiet, które wykonały badania w ramach Programu. Inne źródła wskazują zaś, że istotny odsetek kobiet wykonuje badania w gabinetach prywatnych. Ani Ministerstwo Zdrowia ani NFZ nie dysponują jednak obecnie narzędziami precyzyjnego określającymi tą wartość.
2. **Większość danych znajdujących się w SIMP pozostaje w stanie „surowym”.** Sporadycznie używane są do oceny takich aspektów jak efektywność pracy świadczeniodawców, identyfikacja rejonów o najniższej zgłaszalności na badania profilaktyczne itp.. Potencjał informacyjny SIMP pozostaje w dużej mierze niewykorzystany.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA NAPRAWCZE:

1. WŁAŚCIWE OKREŚLENIE WSKAŹNIKÓW MIERZĄCYCH EFEKTYWNOŚĆ DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ WOK.
2. STWORZENIE SYSTEMU UMOŻLIWIĄJĄCEGO IDENTYFIKOWANIE PACJENTEK WYKONUJĄCYCH BADANIA POZA SIMP.
3. PEŁNE WYKORZYSTANIE DANYCH GROMADZONYCH W SIMP, DALEKO WYKRACZAJĄCE POZA ANALIZY ZGŁASZALNOŚCI, WYKRYWALNOŚCI CZY UMIERALNOŚCI PRZEDŁOŻONE PRZEZ OŚRODEK.

OBSZAR:
WSPÓŁPRACA MIĘDZY WOK A POZOSTAŁYMI REALIZATORAMI PROGRAMU,
KONTROLE, AUDYTY I SZKOLENIA ŚWIADCZENIODAWCÓW

Podstawowe zastrzeżenia autorów audytu w tym obszarze: dotyczą następujących kwestii

- I. Komunikacja między WOK a COK przebiegała poprawnie przez cały okres realizacji Programu. **Autonomia COK jest jednak istotnie ograniczona** a wszelkie decyzje COK, ze względu na niemożność samodzielnego decydowania, uzależnione są od wcześniejszej zgody Ministerstwa Zdrowia. Nawet w kwestiach detalicznych. Współpraca COK i WOK z Ministerstwem była problemowa, zwłaszcza w ostatnich latach realizacji Programu. Ministerstwo zwlekało z podejmowaniem podstawowych decyzji związanych z realizacją działań przez WOK, nie uwzględniało uzasadnień prezentowanych przez COK i WOK oraz ignorowało postulaty związane z poprawą efektywności działań realizowanych w ramach Programu.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA NAPRAWCZE:

UMOŻLIWIENIE COK SAMODZIELNEGO PODEJMOWANIA DECYZJI
W KWESTIACH ZWIĄZANYCH Z WOK, Z WYŁĄCZENIEM
KLUCZOWYCH ZMIAN W DZIAŁALNOŚCI WOK. POPRAWA
RELACJI MIĘDZY MINISTERSTWEM ZDROWIA A WOK I COK
POPRAZ WYPRACOWANIE SKUTECZNYCH NARZĘDZI
KOMUNIKACJI ORAZ USPRAWNIENIE PROCEDUR DECYZYJNYCH.

OBSZAR:
WSPÓŁPRACA Z SAMORZĄDAMI, ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI I IN.,
DZIAŁALNOŚĆ WOK W KONTEKŚCIE RÓŻNIC SPOŁECZNYCH

Podstawowe zastrzeżenia autorów audytu dotyczyły w tej części następujących kwestii:

1. WOKi przekazują do samorządów informacje o działaniach w ramach Programu, szkolą pracowników, organizują szkolenia dla mieszkańców, biorą udział w imprezach masowych. **Współpraca z samorządami dotyczy jednak wyłącznie jednostek wykazujących chęć zaangażowania się w działania proponowane przez WOK i przybiera formę pojedynczych akcji edukacyjnych.**
2. Pracownicy WOK edukację szkolną prowadzą na wniosek dyrekcji, pracowników szkoły lub z własnej inicjatywy (wybierając szkoły z rejonów o niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne). Edukatorzy posiadają adekwatne wykształcenie oraz wiedzę na temat profilaktyki nowotworowej. Program nie przewiduje jednak środków na przygotowanie edukatorów do prowadzenia zajęć z młodzieżą czy na kształtowanie umiejętności miękkich edukatorów. Nie istnieją ponadto jednolite narzędzia (typu prezentacje multimedialne) udostępniane WOK i wspierające proces przekazywania wiedzy na temat profilaktyki nowotworowej. **Standard pracy edukatorów jest niejednorodny**, a w budżecie Programu nie ma miejsca na doszkalanie pracowników WOK w tym zakresie.
3. Pracownicy WOK działalność edukacyjną prowadzą w godzinach pracy, **gratyfikacja za udział w weekendowych eventach promujących profilaktykę nowotworową jest demotywująca i nieadekwatna** do nakładu przeznaczanego na realizację tych działań.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA NAPRAWCZE:

1. WŁĄCZANIE SAMORZĄDÓW W DZIAŁANIA EDUKACYJNE WOK POPULARYZUJĄCE BADANIA PROFILAKTYCZNE, W OPARCIU O PRECYZYJNE WYTYCZNE OBLIGUJĄCE SAMORZĄDY DO STAŁEJ WSPÓŁPRACY ORAZ OKREŚLAJĄCE ZAKRES TEJ WSPÓŁPRACY.
2. SZKOLENIE KADRY EDUKATORÓW WG. JEDNOLITYCH STANDARDÓW ORAZ UPOSAŻENIE ICH W NARZĘDZIA DO PRACY (PREZENTACJE, SCHEMATY, FANTOMY, PLAN SZKOLENIA) DOBRANE DO KONKRETNÝCH GRUP ODBIORCÓW. DOBÓR KADRY EDUKACYJNEJ W OPARCIU O WCZEŚNIEJSZE DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z EDUKACJĄ W OBSZARZE PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ I/LUB WYKSZTAŁCENIE KIERUNKOWE (NP. UKOŃCZENIE STUDIÓW Z OBSZARU ZDROWIA PUBLICZNEGO LUB POKREWNYCH). ZAPEWNIENIE EDUKATOROM GODNYCH WARUNKÓW ZATRUDNIENIA.

LITERATURA

1. Umowa. na realizację Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych zawarta w Warszawie pomiędzy Ministrem Zdrowia a Podmiotem realizującym (umowy zawierane między Podmiotami realizującymi zadania WOK a Ministerstwem Zdrowia, w latach 2013-2015, dostępne w archiwum COK oraz Podmiotów realizujących)
2. Protokoły z cyklicznych spotkań w COK-u z realizatorami Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi oraz Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, gdzie omawiane przez Ośrodki Wojewódzkie były bieżące realizacje umów i ewentualnych zagrożeń z wywiązania się z postanowień umów z MZ, dostępne w archiwum COK (lata 2013-2015).

**ETAP III – BADANIA OPINII KOBIET
DOTYCZĄCE PROFILAKTYKI RAKA
SZYJKI MACIY (ANNA SITEK,
JOANNA TURKIEWICZ)**

CEL BADAŃ

Podstawę empiryczną poniższych analiz stanowią wyniki z badań, jakie Fundacja MY Pacjenci prowadziła w ramach realizacji projektu Audyt społeczny narodowego programu profilaktyki nowotworowej, współfinansowanego z funduszy EOG w ramach programu Obywatele dla Demokracji.

Głównym celem audytu społecznego jest postawienie diagnozy dotyczącej przyczyn nieskuteczności realizowanych dotychczas narodowych programów profilaktyki nowotworowej oraz w nawiązaniu do tej diagnozy - zaproponowanie nowej strategii komunikacji społecznej oraz narzędzi tej komunikacji, które zostaną opracowane m.in. w oparciu o analizę przeprowadzonych badań ilościowych i jakościowych.

METODY I TECHNIKI BADAWCZE - ORGANIZACJA BADAŃ

BADANIA ILOŚCIOWE

Część ilościowa badań empirycznych była realizowana przy wykorzystaniu kwestionariusza online. Na wybór wspomianej metody wpływ miała wielość zalet, jakimi się ona charakteryzuje, a przede wszystkim fakt, iż pozwala ona na stosunkowo łatwą realizację badań oraz umożliwia dotarcie do dużej liczby respondentów w krótkim czasie.

Narzędzie, na którym bazowało badanie, zostało opracowane przez zespół Fundacji MY Pacjenci przy współpracy z partnerami projektu. Było również wielokrotnie poddawane pod dyskusję organizacji i instytucji działających w obszarze profilaktyki nowotworowej.

Kwestionariusz ankiety był obszerny, składał się z ponad 40 pytań, odnoszących się do kwestii związanych z: ogólnym rozumieniem zasadności przeprowadzania badań cytologicznych, wskazaną częstotliwością jego przeprowadzania, miejscem ich realizacji oraz czynnikami determinującymi ich wykonanie.

Badania zostały zrealizowane na próbie 150 kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym (podopieczne MONAR) metodą ankiety bezpośredniej i 733 kobiet, które zgodziły się wyrazić swoją opinię na tematy związane z profilaktyką raka szyjki macicy w ankiecie internetowej (w analizach uwzględniane były zarówno kwestionariusze wypełnione w całości, jak i częściowo).

Należy jednak pamiętać, iż konsekwencją takiego typu postępowania jest niereprezentatywność próby badawczej, względem wszystkich kobiet, do których skierowany jest program profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce.

BADANIA JAKOŚCIOWE

Badania jakościowe, realizowane przy wykorzystaniu metody wywiadów pogłębionych, miały na celu uzupełnienie danych uzyskanych w poprzedzających je badaniach ilościowych. Metoda pozwoli na dokładną analizę postaw respondentów, jak również umożliwi poznanie poglądów badanych, związanych z dotychczasową realizacją programów profilaktyki nowotworowej. Badanie przeprowadzone właśnie w takiej formie szczególnie uwydatni występujące, ponieważ na bieżąco będzie można porównywać informacje uzyskane od respondentek z wynikami badań ilościowych.

Wywiady zostały przeprowadzone w celu uzupełnienia badań ankietowych. Wprowadzenie wywiadów umożliwiło poruszenie intymnych kwestii związanych z badaniem cytologicznym, a także umożliwiło doprecyzowanie lub wyjaśnienie odpowiedzi respondentek. Wywiad telefoniczny był wspomagany komputerowo. Ankieter przeprowadzał wywiad telefoniczny z respondentką, odczytywał pytania i notował uzyskiwane odpowiedzi, korzystając ze specjalnie przygotowanego w tym celu formularza. Pytania do wywiadu zostały opracowane na podstawie odpowiedzi wynikających z przeprowadzonego wcześniej badania ankietowego. Do badania wylosowano kobiety w czterech grupach, tj.:

- z kobietami, które nie skorzystały z zaproszenia na badania profilaktyczne – 24 kobiety;
- z kobietami, które skorzystały z zaproszenia na badania profilaktyczne – 12 kobiet;
- z kobietami, u których dokonywana była pogłębiona diagnostyka – 4 kobiety;
- kobietami narażonymi wykluczeniem społecznym (podopieczne MONAR) – 10 kobiet.

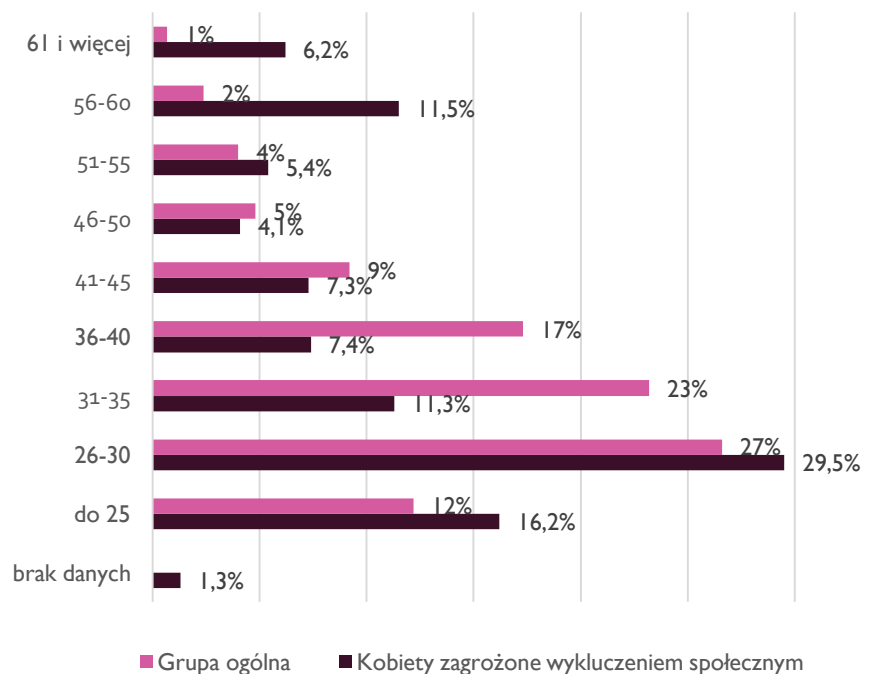
Wyniki i wnioski z przeprowadzonych wywiadów zostały wykorzystane w analizach, jak również pomogły w sformułowaniu rekomendacji.

CHARAKTERYSTYKA PRÓBY BADAWCZEJ

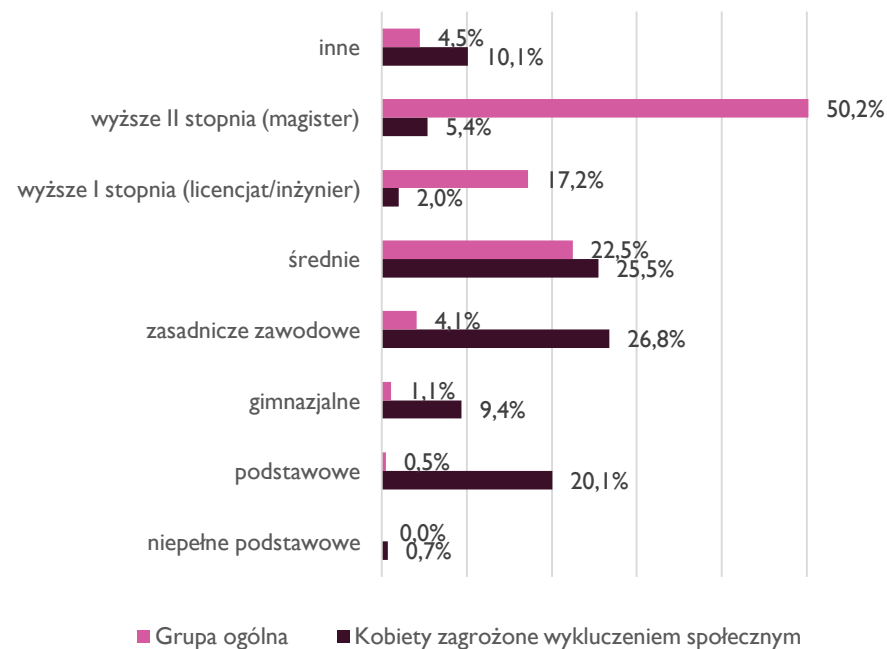
Badania ilościowe zostały zrealizowane na próbie 883 kobiet, z których 150 należy do grupy kobiet narażonych na wykluczenie społeczne. Zarówno w przypadku kobiet z grupy ogólnej, jak i kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym dominowały osoby młode, tj. do 35 roku życia (stanowiły one odpowiednio 65% i 57%).

Wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym dominowały kobiety z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym (odpowiednio 25,5% i 26,8%). Z kolei wśród grupy ogólnej kobiet, najliczniejszą grupę stanowiły respondentki z wykształceniem wyższym - wykształcenie wyższe licencjackie posiadało 17,2% badanych, a wykształcenie wyższe magisterskie posiadała tu co druga osoba.

WYKRES 32. WIEK (N=883)



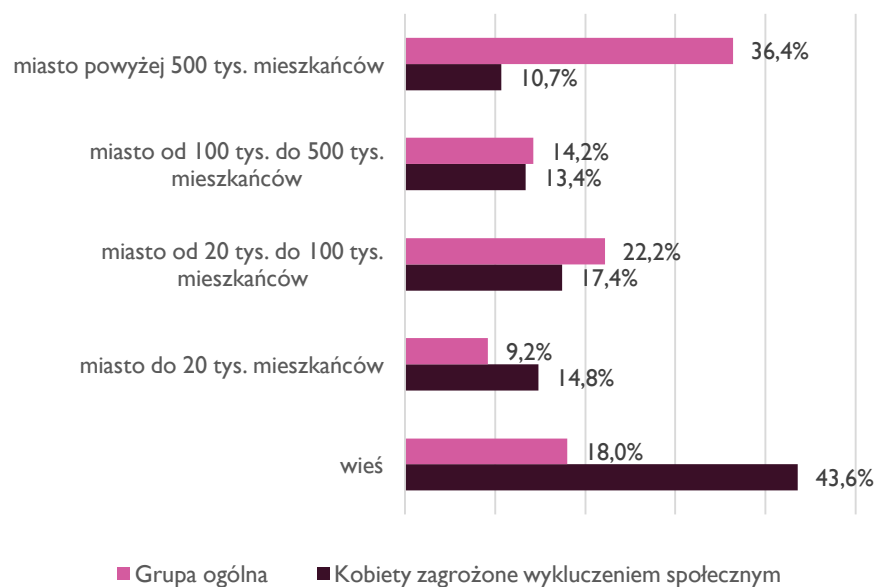
WYKRES 33. WIEK (N=883)



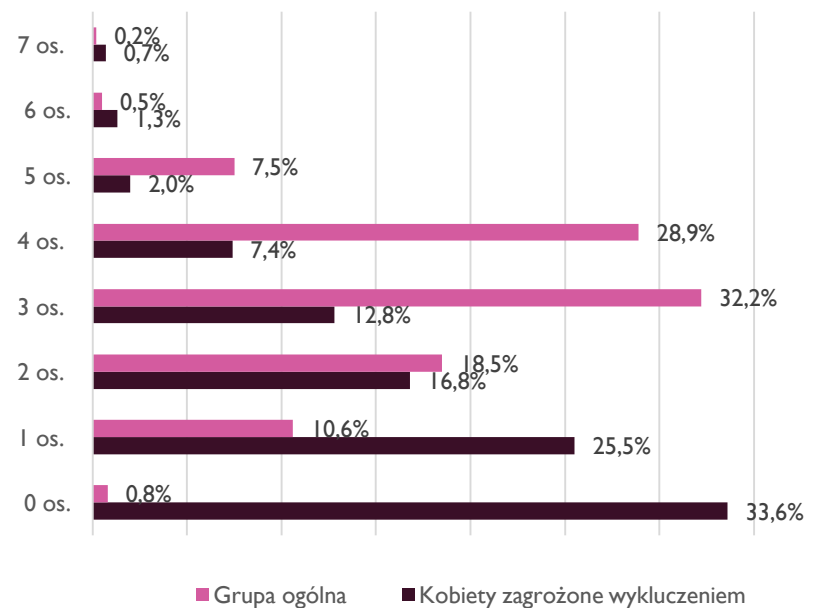
Odmienne przedstawia się również w obu badanych grupach struktura zamieszkania. Wśród kobiet z grupy ogólnej, co trzecia osoba pochodziła z dużego miasta, tj. miasta pow. 500 tys. mieszkańców. Wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem dominowały kobiety z obszarów wiejskich, stanowiły one 43,6% tej kategorii.

Inaczej wygląda również model gospodarstwa domowego w badanych grupach kobiet. Wśród podopiecznych MONAR największą liczbę stanowią kobiety samotne – co trzecia z kobiet biorących udział w badaniu lub kobiety, w których skład gospodarstwa domowego wchodzi jeszcze jedna osoba (25,5% z badanych). W grupie ogólnej kobiet najliczniejszą kategorię stanowiły te, w których skład gospodarstwa domowego wchodziły jeszcze 3-4 osoby (odpowiednio 32,2% i 28,9%).

WYKRES 34. MIEJSCE ZAMIESZKANIA (N=883)



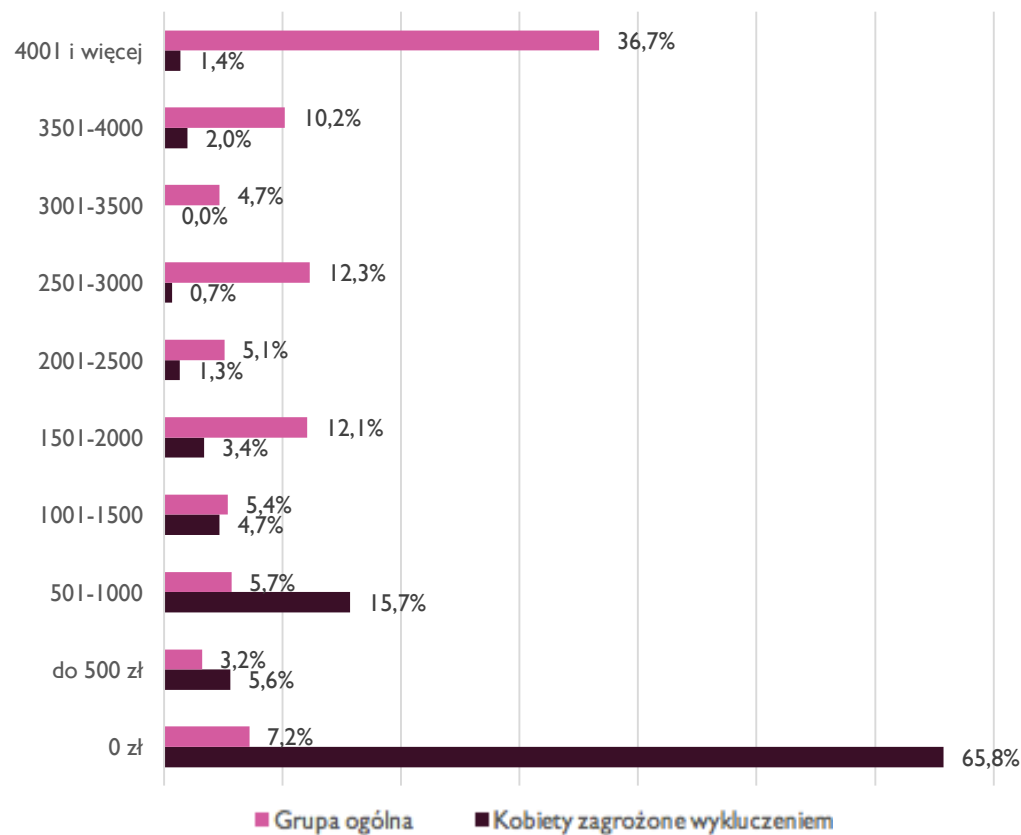
WYKRES 35. ILOŚĆ OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM (N=883)



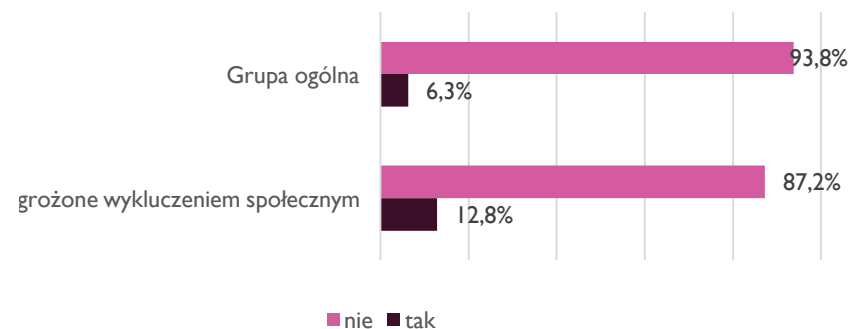
W obu grupach zróżnicowany jest również status ekonomiczny, wyrażający się dochodem netto w rodzinie. 65,8% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym zadeklarowało, iż nie posiada żadnego dochodu, a co piąta z nich wskazała na dochód miesięczny w wysokości do 1500 złotych netto. Wśród kobiet z grupy ogólnej sytuacja wygląda odmiennie, co trzecia z nich wskazała na dochód powyżej 4001 zł.

W obu badanych grupach dominują osoby pełnosprawne. Niemniej jednak osoby z niepełnosprawnością występowały dwa razy częściej wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem.

WYKRES 36. ŁĄCZNY DOCHÓD NETTO W RODZINIE (N=883)

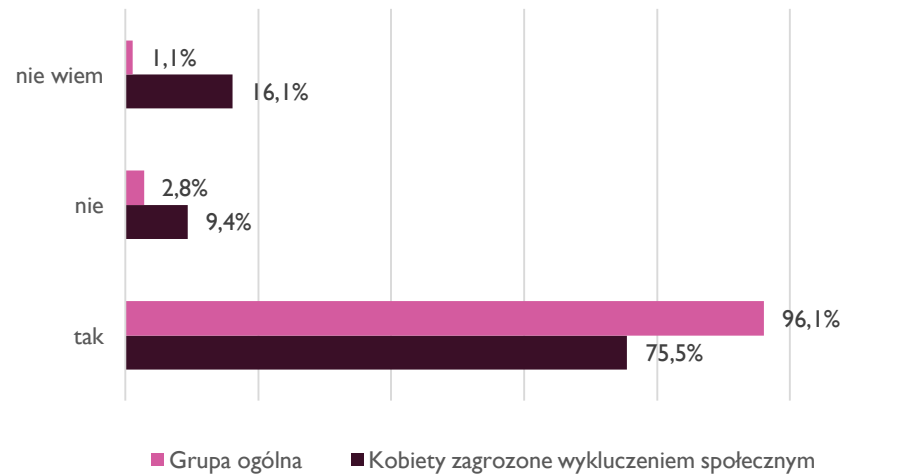


WYKRES 37. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (N=883)



Zdecydowana większość z badanych posiadała również ubezpieczenie zdrowotne. W przypadku kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym ich odsetek wynosił 75,5%, a w przypadku kobiet z grupy ogólnej niemal wszystkie deklarowały posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ (96,1%). Na uwagę zasługuje fakt, iż spory odsetek podopiecznych MONAR, tj. 16,1% nie posiadała wiedzy na temat swojego ubezpieczenia zdrowotnego.

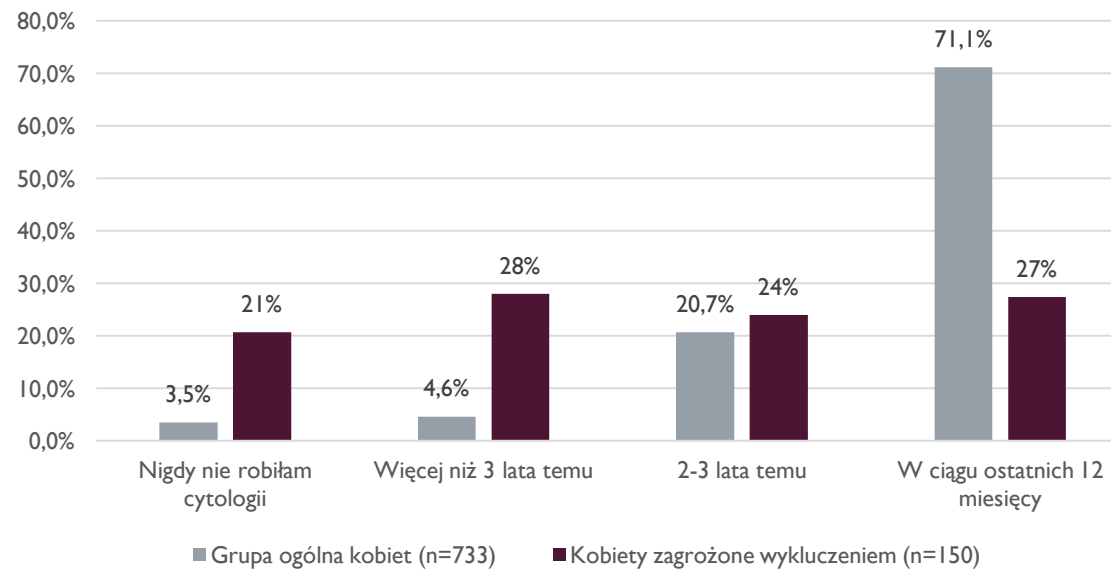
WYKRES 38. POSIADANIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO NFZ (N=883)



DIAGNOZA SYTUACJI

Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami, istnieje duża dysproporcja pomiędzy dwiema analizowanymi grupami – internautek, które są relatywnie świadome zdrowotnie (92% poddało się badaniu w ciągu ostatnich 3 lat) i kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym wśród których cytologię zrobiło 27,3% kobiet, a znacząca grupa (21%) nigdy nie robiła badania cytologicznego lub robiła to badanie ponad 3 lata temu (28%).

WYKRES 39. KIEDY OSTATNI RAZ ROBIŁA PANI CYTOLOGIĘ

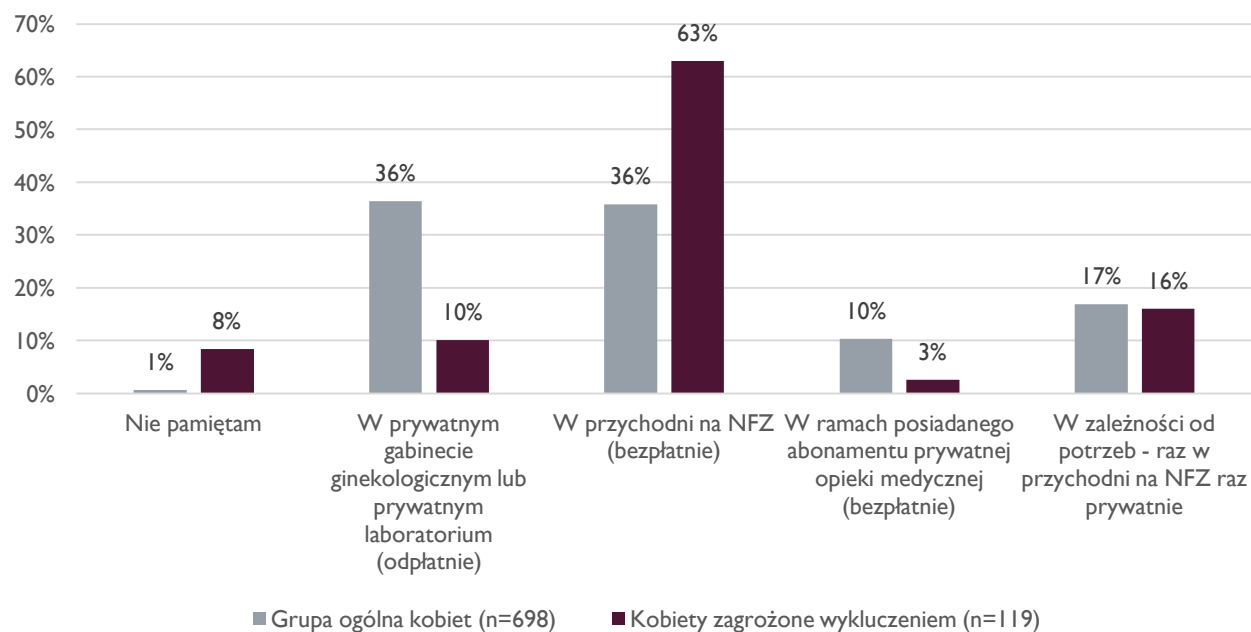


BADANIA NA NFZ CZY PRYWATNIE?

Jednym z kolejnych pytań postawionych w niniejszych badaniach, było pytanie o miejsce wykonywania badań cytologicznych. W grupie respondentek badania internetowego bezpłatnie wykonuje to badanie 46% kobiet, w tym 10% w ramach tzw. abonamentu prywatnej opieki medycznej. 36% kobiet decyduje się wykonać badanie odpłatnie w prywatnym gabinecie.

W odróżnieniu od kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym, wśród których zdecydowana większość poddała się badaniu cytologicznemu w przychodni na NFZ (63%), zapłacić za badanie zdecydowało się 10% respondentek.

WYKRES 40. GDZIE WYKONUJE PANI BADANIE CYTOLOGICZNE



WIEDZA DOTYCZĄCA CYTOLOGII I RAKA SZYJKI MACICY

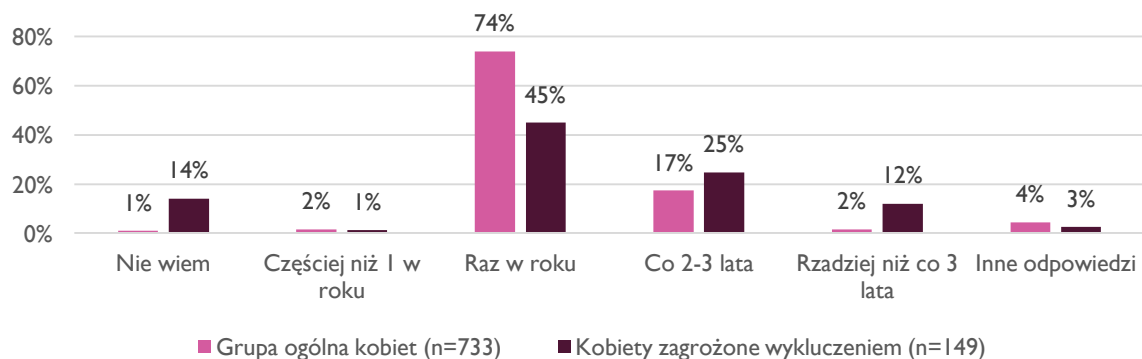
W odpowiedzi na pytanie o cel wykonywania cytologii, kobiety zagrożone wykluczeniem społecznym rzadziej odpowiadały w bezpośrednim odniesieniu do raka szyjki macicy i jego profilaktyki, dużo częściej dawano odpowiedzi ogólne i związane z dbałością o własne zdrowie.

Interesującym zagadnieniem była wiedza dotycząca czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. W obu badanych grupach najczęściej wymieniano rak szyjki macicy w rodzinie (wskazanie 80% kobiet biorących udział w badaniu internetowym oraz 47% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym). Kolejnym wskazywanym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy były częste zmiany partnerów seksualnych (42% kobiet grupy ogólnej oraz 25% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym).

Większość respondentek ankiety internetowej (97% z 632 respondentek) na pytanie o wiek rozpoczęcia robienia badań cytologicznych odpowiedziały, że jest to poniżej 26 roku życia lub po rozpoczęciu życia seksualnego, jedynie 19 kobiet wskazało wiek wyższy. Mimo, że większość kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym (59%) udzieliło odpowiedzi: „poniżej 25 roku życia”, to aż 28% przyznało się do niewiedzy w tym zakresie.

Kolejną kwestią, o jaką zapytano respondentki była częstotliwość poddawania się badaniu cytologicznemu. Odpowiedzi, których udzielano najczęściej w obu badanych grupach, to „raz w roku” i „co 2-3 lata”.

WYKRES 41. JAK CZĘSTO POWINNO SIĘ ROBIĆ CYTOLOGIĘ?



Kobiety dostają informację od lekarzy ginekologów dotyczącą częstotliwości poddawania się badaniu cytologicznemu wynoszącej jeden raz na rok. Z kolei przekaz pochodzący z zaproszeń na badania i komunikacji Ministerstwa Zdrowia wskazuje na 3-letnią częstotliwość. Wprowadza to swego rodzaju chaos informacyjny, niemniej jednak kobiety posiadają wiedzę o obydwu wspomnianych częstotliwościach.

Ponadto analizując wiedzę kobiet we wszystkich poruszanych kwestiach, można stwierdzić, że jest ona dobra i zadowalająca w obydwu badanych grupach.

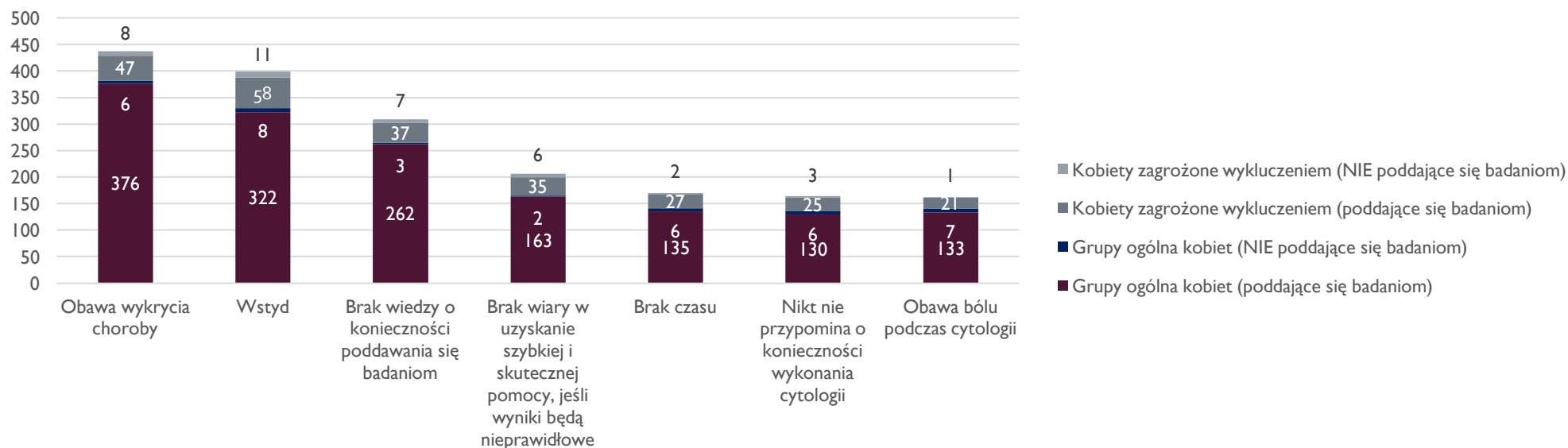
Dalszą kwestią poruszoną w badaniu były źródła informacji na temat badania cytologicznego. W obydwu badanych grupach najczęściej wskazywano na lekarza ginekologa (70% kobiet grupy ogólnej i 39% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym), w dalszej kolejności wymieniano – Internet (36% vs. 23%) oraz broszury i ulotki (20% vs. 26%). Ponadto 11% kobiet z grupy ogólnej oraz 20% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym przyznało, że nie korzysta z żadnych źródeł informacji o badaniu.

BARIERY UTRUDNIAJĄCE ZGŁASZANIE SIĘ NA BADANIA CYTOLOGICZNE

NAJCZĘSTSZĄ BARIERĄ WYMIENIĄNĄ PRZEZ KOBIETY BYŁO UCZUCIE WSTYDU, KTÓRE TOWARZYSZY BADANIU ORAZ OBAWA PRZED BÓLEM I WYKRYCIEM CHOROBY.

Na poniższym wykresie znajdują się zsumowane odpowiedzi kobiet z grupy ogólnej oraz kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym odnośnie barier zgłaszalności na badania cytologiczne. Pytanie to zostało zadane zarówno kobietom, które nie poddają się badaniom cytologicznym, jak i tym, które to robią, celem poznania ich opinii i oceny przyczyn występowania tego zjawiska. Taki zabieg wydaje się zasadny również ze względu na niski procent kobiet niezgłaszających się na badanie cytologiczne, które wzięły udział w niniejszym badaniu ankietowym. W grupie ogólnej było to 26 kobiet (3,5%), a w grupie zagrożonej wykluczeniem społecznym – 31 osób (20,7%).

WYKRES 42. BARIERY ZGŁASZALNOŚCI NA BADANIA CYTOLOGICZNE (N=883)



CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE BADANIOM CYTOLOGICZNYM

Oprócz barier utrudniających zgłaszanie się na badania, przeanalizowano również czynniki, które temu sprzyjają i motywacje, jakimi kierują się kobiety, które robią cytologię. W pierwszej kolejności zapytano kobiety o motywacje stojące za tym, że zgłaszają się na badanie cytologiczne. Dbłość o własne zdrowie (61%) i poczucie bezpieczeństwa (54%) były najczęstszą motywacją do badań cytologicznych wskazywaną przez kobiety z grupy ogólnej. Poczucie bezpieczeństwa było najczęstszą odpowiedzią kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym (33%).

BADANIE CYTOLOGICZNE A WIZYTY U GINEKOLOGA

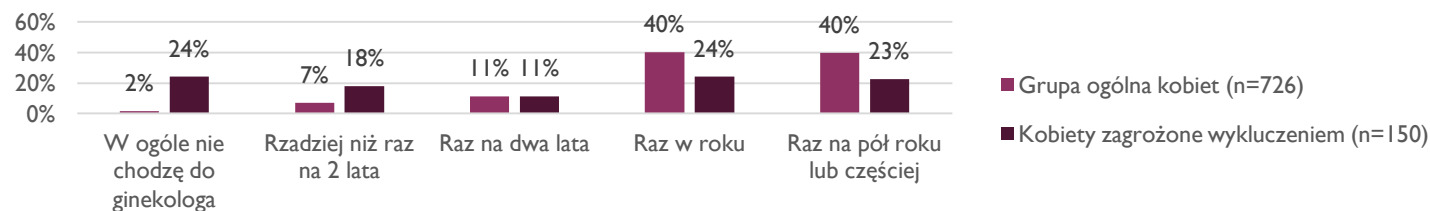
CO NAJMNIEJ RAZ W ROKU NA WIZYTY DO GINEKOLOGA CHODZI 80% RESPONDENTEK BADANIA INTERNETOWEGO I 47% BADANIA ZREALIZOWANEGO WŚRÓD Kobiet ZAGROŻONYCH WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM.

Wszystkie kobiety, niezależnie od tego czy poddały się badaniu cytologicznemu czy nie, zapytano o preferencje dotyczące osoby wykonującej badanie. Interesująca była tutaj, oprócz profesji, płeć osoby wykonującej badanie. Zgodnie z preferencjami większości kobiet, które wzięły udział w ankiecie internetowej, badanie cytologiczne powinien wykonywać lekarz ginekolog niezależnie od tego jakiej jest płci (66% odpowiedzi). Przez ginekologa kobietę wolałoby zostać przebadane 22% kobiet.

W odpowiedziach kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym można zauważyć podobną tendencję, jednak skłonność do wybierania ginekologa płci żeńskiej jest wyższa i wynosi 41%, przy 46% kobiet, dla których płeć ginekologa nie ma znaczenia.

W literaturze, jak i bazując na doświadczeniach ekspertów wskazywana jest korelacja poddawania się cytologii i częstotliwości wizyt u ginekologa. Co najmniej raz w roku na wizyty do ginekologa chodzi 80% respondentek badania internetowego i 47% badania zrealizowanego wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym. Z kolei odpowiedzi „w ogóle nie chodzę do ginekologa” udzieliło zaledwie 2% respondentek badania internetowego i aż 24% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym.

WYKRES 43. JAK CZĘSTO CHODZI PANI DO GINEKOLOGA?



CZY KAMPANIE SPOŁECZNE I INFORMACYJNE SĄ SKUTECZNE?

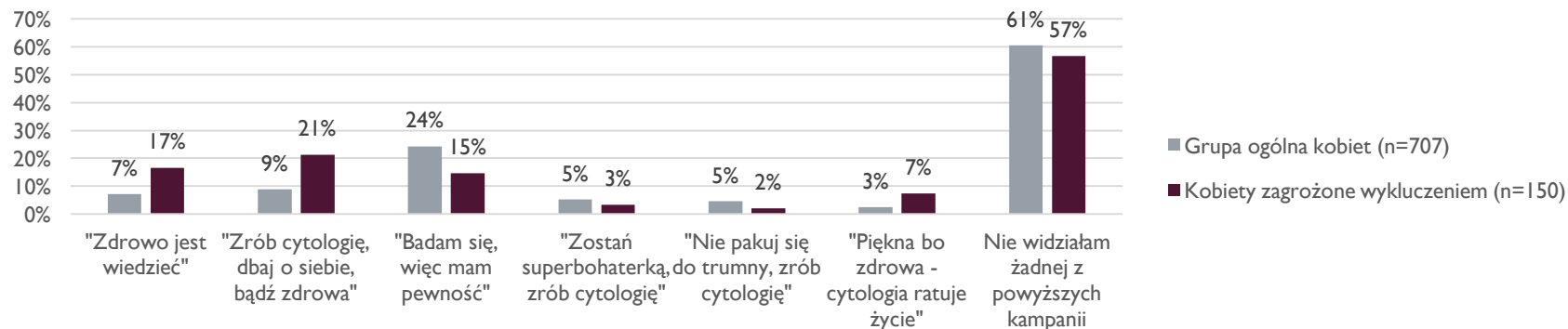
WIĘKSZOŚĆ KOBIET
NIE WIDZIAŁA
ŻADNEJ Z KAMPANII

Kampanie społeczne są często podawane jako jeden ze sposobów zmiany postaw. W niniejszym badaniu analizowano wpływ kampanii społecznych i informacyjnych na poddawanie się przez kobiety badaniom cytologicznym. Poszukiwano odpowiedzi na pytanie o to, co było impulsem, który je do tego skłonił. Kampanie w mediach w przypadku obu badanych grup były impulsem do podania się badaniu cytologicznemu dla 4% kobiet, z kolei materiały informacyjne odpowiednio dla 2% i 3%.

W niniejszym kwestionariuszu postawiono również pytanie o rozpoznawalność kampanii związanych z profilaktyką raka szyjki macicy, które pojawiały się w mediach w ostatnich latach (było to pytanie postawione wszystkim respondentkom, niezależnie od tego czy poddają się badaniu cytologicznemu czy nie). Wśród nich znalazły się również kampanie realizowane na zlecenie Ministra Zdrowia – „Zdrowo jest wiedzieć” oraz „Badam się, więc mam pewność”.

Jak można zauważyć w oparciu o prowadzone badania, niezależnie od rodzaju kampanii, większość z nich nie została zauważona przez kobiety (61% kobiet grupy ogólnej i 57% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym przyznaje, że nie widziały żadnej z wymienionych kampanii).

WYKRES 44. KTÓRĄ Z PONIŻSZYCH KAMPANII PANI WIDZIAŁA?

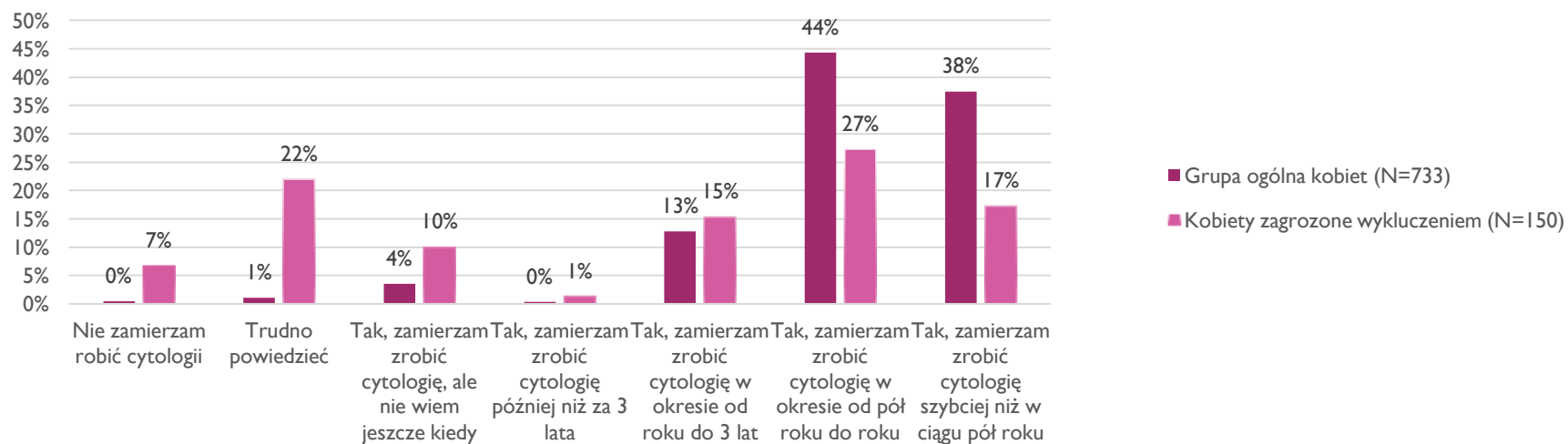


PODSUMOWUJĄC, DO CZYNNIKÓW SPRZYJAJĄCYCH PODDAWANIU SIĘ BADANIU CYTOLOGICZNEMU NALEŻY PRZED E WSZYSTKIM REGULARNE ODWIEDZANIE GINEKOLOGA, KTÓRZY CZĘSTO WYCHODZĄ Z INICJATYWĄ I PRODUJĄ ZNA CZĘŚCI RESPONDENTEK ZROBIENIE CYTOLOGII. NIEWIELKĄ SKUTECZNOŚĆ MAJĄ ZARÓWNO KAMPANIE SPOŁECZNE, JAK I BRO SZURY MATERIAŁY INFORMACYJNE.

OPINIE I PREFERENCJE Kobiet

W prowadzonych badaniach respondentki zostały również zapytane o ich plany, opinie i preferencje dotyczące wykonywania badań cytologicznych. Chęć poddania się badaniu cytologicznemu w przeciągu najbliższego roku wyraziło 82% z grupy ogólnej i 44% kobiet z grupy zagrożonej wykluczeniem. Niepokojącym wydaje się stosunkowo wysoki odsetek kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym (tj. 7%), które nie zamierzają poddać się w przyszłości badaniu cytologicznemu.

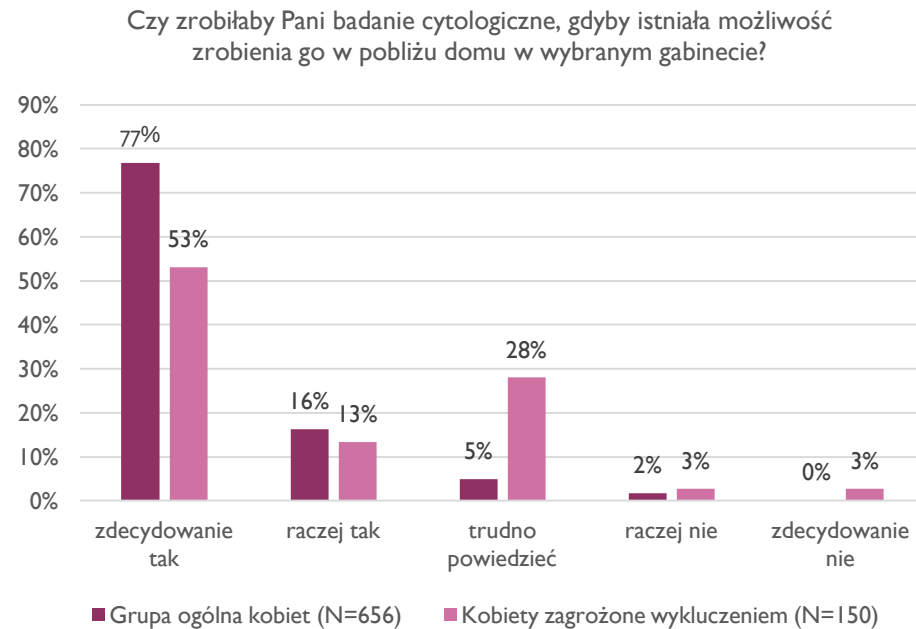
WYKRES 45. CZY ZAMIERZA PANI ROBIĆ BADANIE CYTOLOGICZNE W PRZYSZŁOŚCI?



Z uwagi na fakt, iż wykonywanie badań cytologicznych w przyszłości zależy od wielu czynników, badane kobiety, zostały również zapytane o to, co w ich opinii może przyczynić się do zwiększenia zgłaszalności na badania. Ponad 90% kobiet z grupy ogólnej zadeklarowało, że wykonałoby takie badanie, gdyby istniała możliwość zrobienia go w pobliżu domu w wybranym gabinecie. W przypadku kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym, odpowiedzi takiej udzieliły 2 na 3 badane.

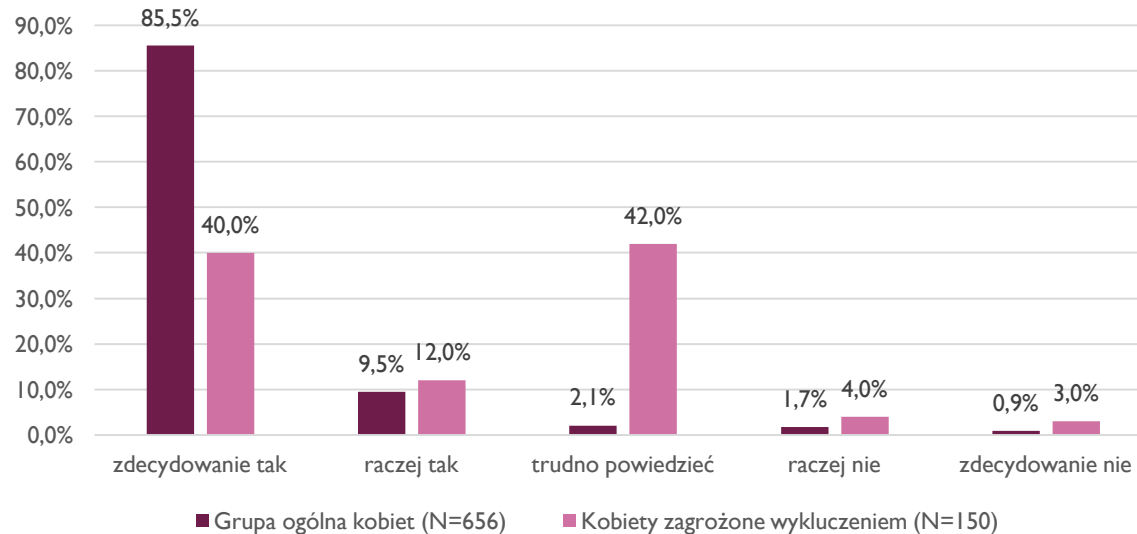
Również z rozmów indywidualnych wynikało, iż organizacja systemu w taki sposób, żeby wychodził naprzeciw oczekiwaniom pacjentek pod względem lokalizacji oraz terminu realizacji badania ma ogromne znaczenie.

WYKRES 46. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY ISTNIAŁA MOŻLIWOŚĆ ZROBIENIA GO W POBLIŻU DOMU W WYBRANYM GABINECIE?



Niemal wszystkie z przebadanych w grupie ogólnej kobiet, wskazały, iż zdecydowałyby się na badanie cytologiczne, gdyby mogły wykonać je w prywatnym gabinecie. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż uczestniczki badań online w wywiadach pogłębionych wskazały, że najczęściej decydują się na wykonanie badań cytologicznych prywatnie z takich powodów, jak: krótszy czas oczekiwania, miłsza obsługa medyczna, posiadany abonament oraz z uwagi na fakt, iż nie są one ograniczone limitami (prywatnie, tj. za opłatą, mają one możliwość wykonywania badań cytologicznych tak często, jak tego potrzebują). Możliwość wykonania badania w prywatnym gabinecie również wydaje się istotna dla kobiet zagrożonych wykluczeniem. Chęć skorzystania z takiej możliwości zadeklarowała połowa z badanych kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym, która wskazywała również w rozmowach na to, że tego rodzaju badania powinny być wykonywane w trakcie rutynowej wizyty u lekarza.

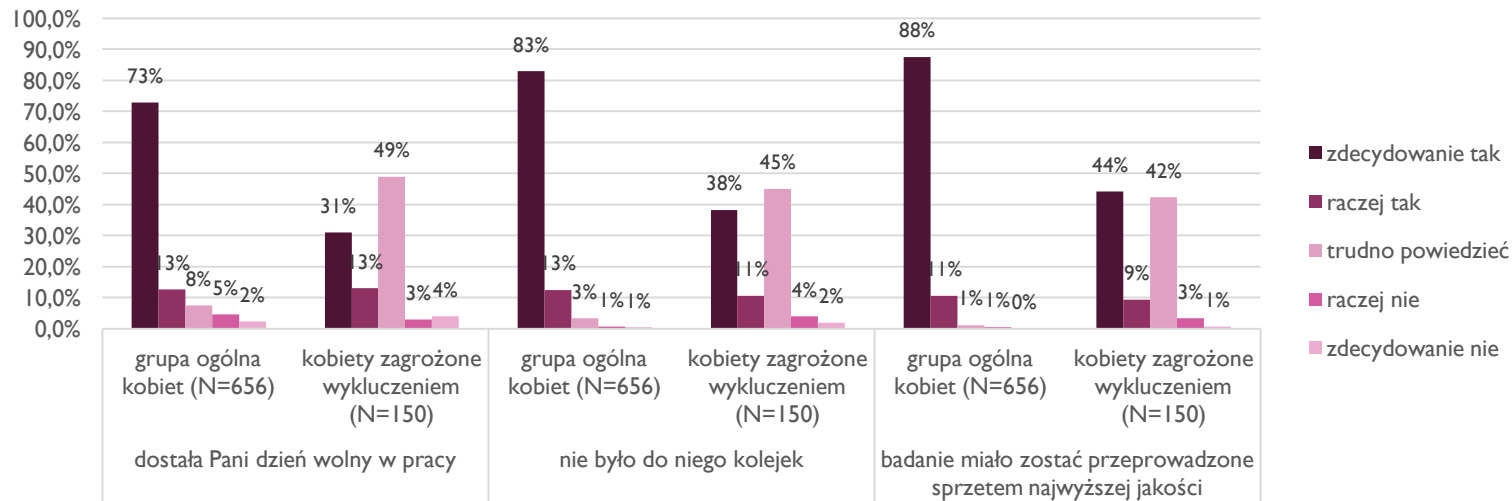
WYKRES 47. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY MOGŁA PANI JE ZROBIĆ ZA DARMO W WYBRANYM GABINECIE?



Warto w tym miejscu nadmienić, iż według raportu Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy, wykonywanie przez kobiety badań cytologicznych w gabinecie prywatnym, jest jedną z głównych przyczyn nieprzyjmowania zaproszeń na badania profilaktyczne [KRSM, 2012: 37].

Duży wpływ na podjęcie decyzji o wykonaniu badania cytologicznego wśród kobiet z grupy ogólnej ma również jakość sprzętu, jakim zostanie pobrany wymaz. Blisko 100% respondentek zadeklarowało chęć wykonania takiego badania, w momencie, w którym miałyby pewność, iż jest ono wykonywane sprzętem wysokiej jakości. Taka deklaracja jest istotna zwłaszcza, że w wywiadach pogłębionych, realizowanych wśród kobiet, które przyjęły zaproszenie na badania cytologiczne wynika, że większość z nich nie ma wiedzy na temat sprzętu jakim są wykonywane badania. Większość kobiet nie rozmawia również na ten temat z ginekologiem/położną. 95% badanych w tej grupie wskazało również, że wykonałoby takie badanie, gdyby nie musiały na nie czekać w kolejce (jak wcześniej wspomniane, jest to jeden z powodów, dla których kobiety decydują się na wizytę w gabinecie prywatnym). Nieco mniejsze, aczkolwiek istotne znaczenie, w podjęciu decyzji o wykonaniu badania odgrywa czynnik dnia wolnego w pracy, który determinuje wykonanie takiego badania wśród ok. 85% badanych kobiet. W przypadku podopiecznych MONAR odsetek kobiet, które w trakcie podejmowania decyzji o wykonaniu badania cytologicznego, brałyby pod uwagę jakość sprzętu, jakim byłoby ono wykonywane jest zdecydowanie niższy i wynosi 53,7%. Co druga z kobiet zdecydowałaby się na jego wykonanie gdyby nie musiały na nie czekać w kolejce; 44% badanych wskazuje z kolei, iż uzyskanie dnia wolnego od pracy na ten cel, miałyby w tym wypadku decydujące znaczenie.

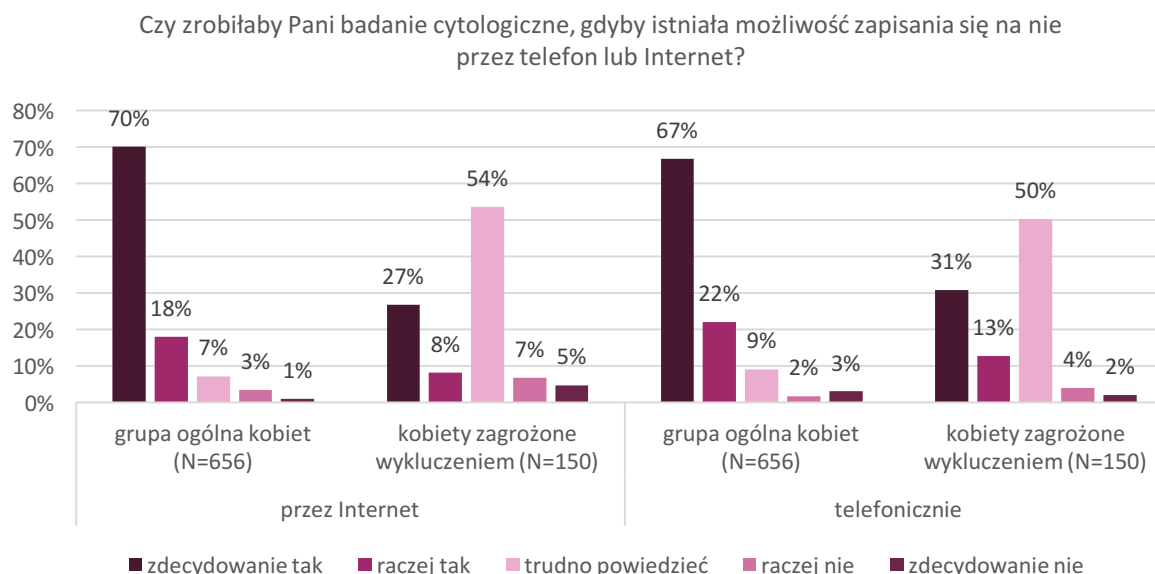
WYKRES 48. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY...?



Duże znaczenie ma również brak utrudnień związanych z zapisaniem się na badanie. Blisko 90% kobiet, wypełniających kwestionariusz ankiety online, wskazało, iż wykonałoby badanie cytologiczne, gdyby miało możliwość zapisania się na nie telefonicznie lub przez Internet. W przypadku kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym, tylko co trzecia z badanych skorzystałaby z niniejszego badania, gdyby miała możliwość zapisania się na nie przez Internet. Odsetek ten nieco wzrasta w przypadku możliwości telefonicznego zapisania się na badania i wynosi 43,7% wśród tej grupy respondentów.

Stworzenie internetowej wyszukiwarki placówek, w których można zrobić badanie cytologiczne również skutkowałoby wzrostem zgłaszalności na badania cytologiczne. Ponad 80% respondentek z grupy ogólnej kobiet wskazało, że wykonałoby cytologię, gdyby mogły skorzystać z narzędzia w postaci specjalnej wyszukiwarki. Natomiast istnienie internetowej wyszukiwarki placówek wykonujących badania cytologiczne, wydaje się nie mieć większego wpływu na podjęcie decyzji o wykonaniu badania wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem.

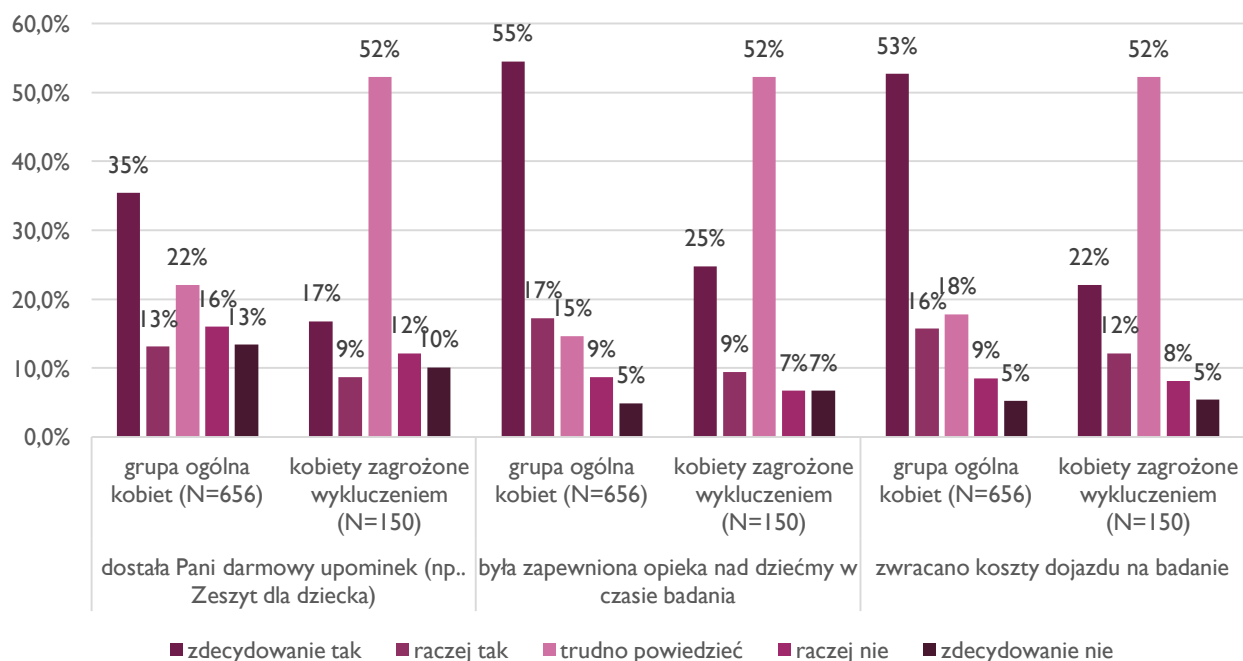
WYKRES 49. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY ISTNIAŁA MOŻLIWOŚĆ ZAPISANIA SIĘ NA NIE PRZEZ TELEFON LUB INTERNET?



Również tradycyjne rozwiązanie, opierające się na przypominaniu przez lekarza, pielęgniarkę lub położną o konieczności wykonania badania znajduje uznanie wśród kobiet, które wypełniły kwestionariusz (90% kobiet z grupy ogólnej oraz 45% z grupy zagrożonej wykluczeniem, wykonałoby cytologię, gdyby ktoś im przypomniał o zbliżającym się terminie).

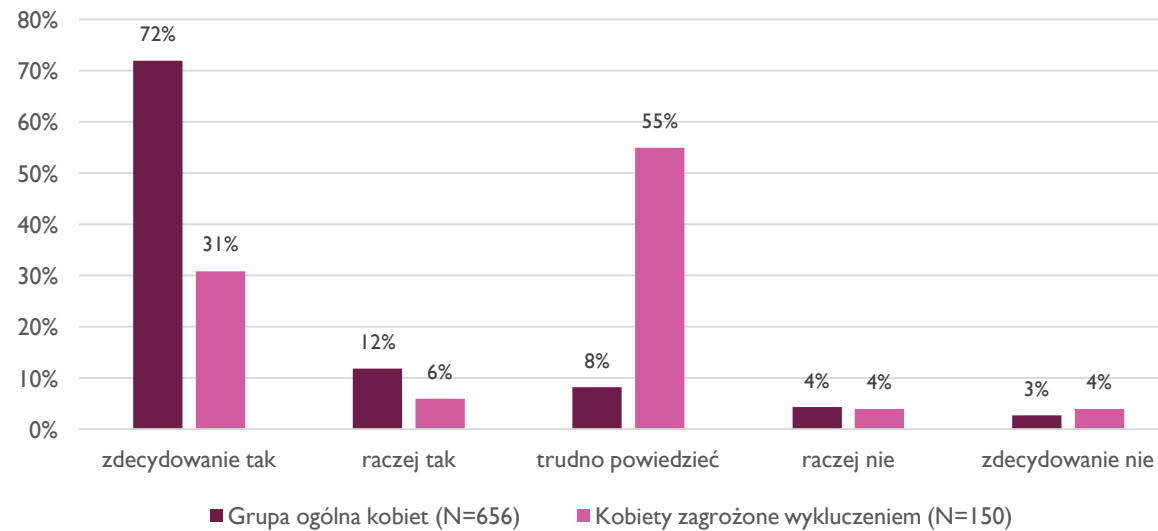
Stosunkowo duży wpływ na podjęcie decyzji o wykonaniu badania cytologicznego - wśród kobiet z grupy ogólnej – mają ekonomiczne formy wsparcia, tj. zwrot kosztów dojazdu na badania oraz zapewnienie opieki nad dziećmi. Odpowiednio 68,4% i 71,8% respondentek wykonałoby badania, gdyby miały pewność, iż zostanie im zwrócony koszt dojazdu, jak również zostanie zapewniona w tym czasie opieka nad ich dziećmi. Tego rodzaju formy zachęty nie stanowią wystarczającej motywacji do poddania się badaniu wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem.

WYKRES 50. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY...?



Obniżenie wysokości składki ubezpieczeniowej dla kobiet regularnie się badających (w grupie ogólnej) stanowi także czynnik motywujący do wykonywania regularnych badań cytologicznych. W przypadku kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym, zmniejszenie wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne nie ma większego wpływu na regularne wykonywanie badań cytologicznych.

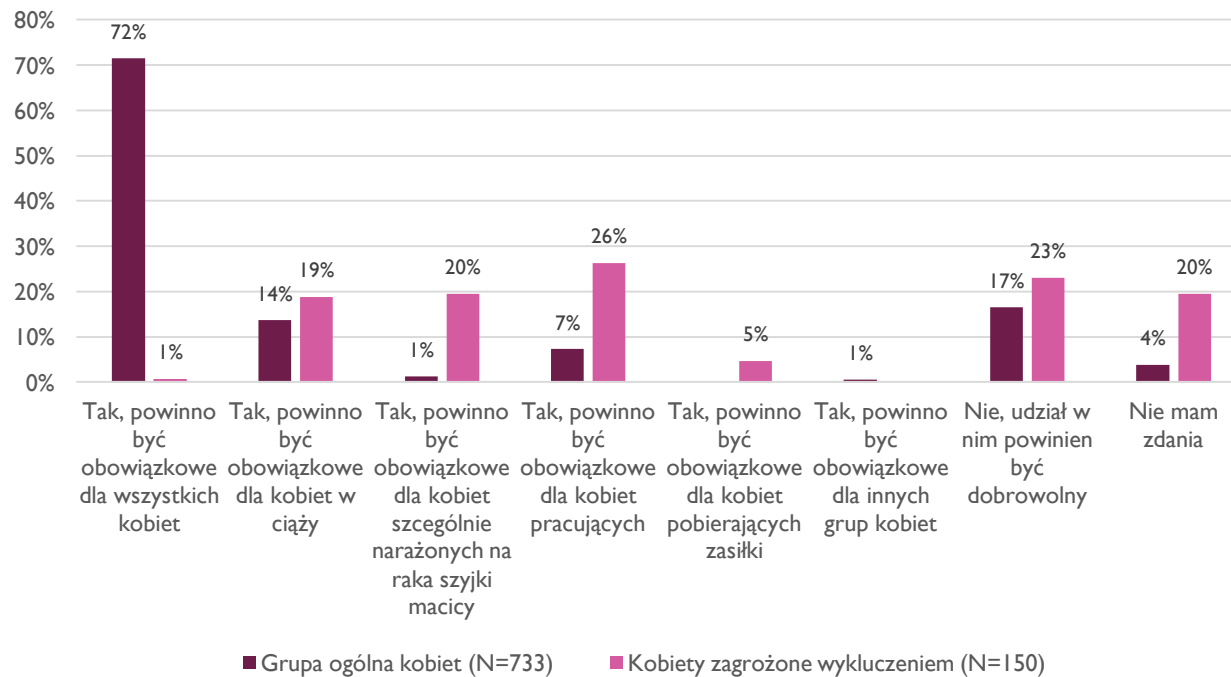
WYKRES 51. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY KOBIETY REGULARNIE SIĘ BADAJĄCE PŁACIŁY MNIEJSZĄ SKŁADKĘ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE



W badaniach prowadzonych w ramach projektu audytu narodowych programów profilaktycznych kobietom także zostało zadane pytanie o to, czy badania cytologiczne powinny być obowiązkowe. Zdecydowana większość kobiet, wypełniających ankietę online, uważa, iż badania cytologiczne powinny być obowiązkowe dla wszystkich kobiet. Odpowiedzi takiej udzieliło 71,5% badanych kobiet. Potwierdziły to również informacje uzyskane w trakcie wywiadów pogłębionych, z których wynikało, że badania cytologiczne powinny być obowiązkowe, a więc w całości finansowane ze środków publicznych; w przypadku wizyt odbywanych prywatnie powinien istnieć system współpłacenia, opierający się na refundacji kosztów samego badania cytologicznego.

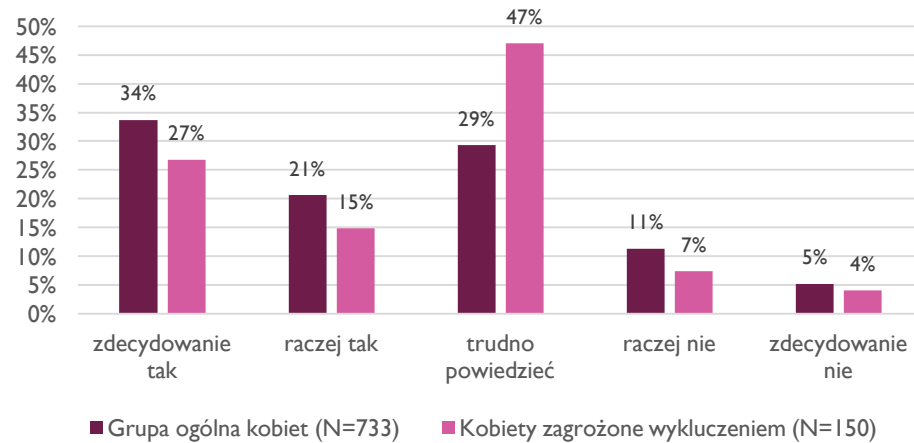
Kobiety zagrożone wykluczeniem społecznym prezentują odmienną postawę. Zaledwie 1% respondentek w tej grupie uważa, iż badania cytologiczne powinny być obowiązkowe dla wszystkich kobiet. Świadczy to o tym, iż nie należy stwarzać przymusu profilaktyki wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem, gdyż może przynieść on negatywny skutek (odwrotny od zakładanego).

WYKRES 52. CZY PANI ZDANIEM BADANIE CYTOLOGICZNE POWINNO BYĆ OBOWIĄZKOWE?



W badaniu ankietowym zapytano również, czy badania cytologiczne jest łatwo dostępne dla wszystkich kobiet w Polsce. 55% kobiet z grupy ogólnej udzieliła twierdzącej odpowiedzi. W przypadku podopiecznych MONAR, niemal połowa badanych nie miała zdania.

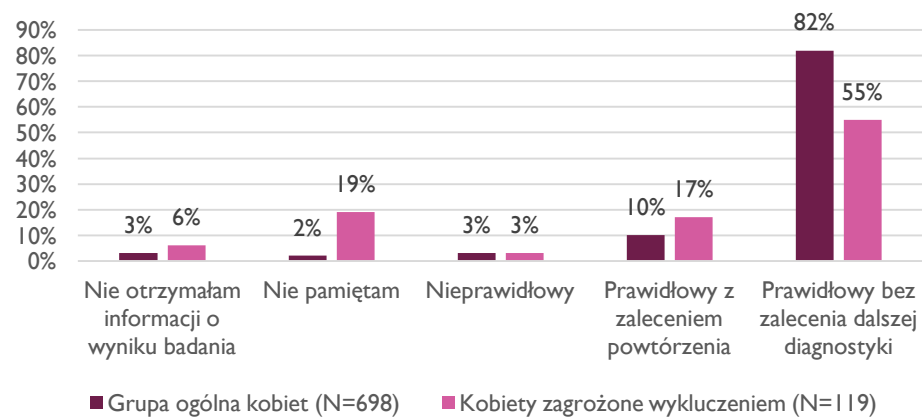
WYKRES 53. CZY UWAŻA PANI, ŻE BADANIE CYTOLOGICZNE JEST ŁATWO DOSTĘPNE DLA WSZYSTKICH KOBIEŃ W POLSCE?



ORGANIZACJA BADAŃ

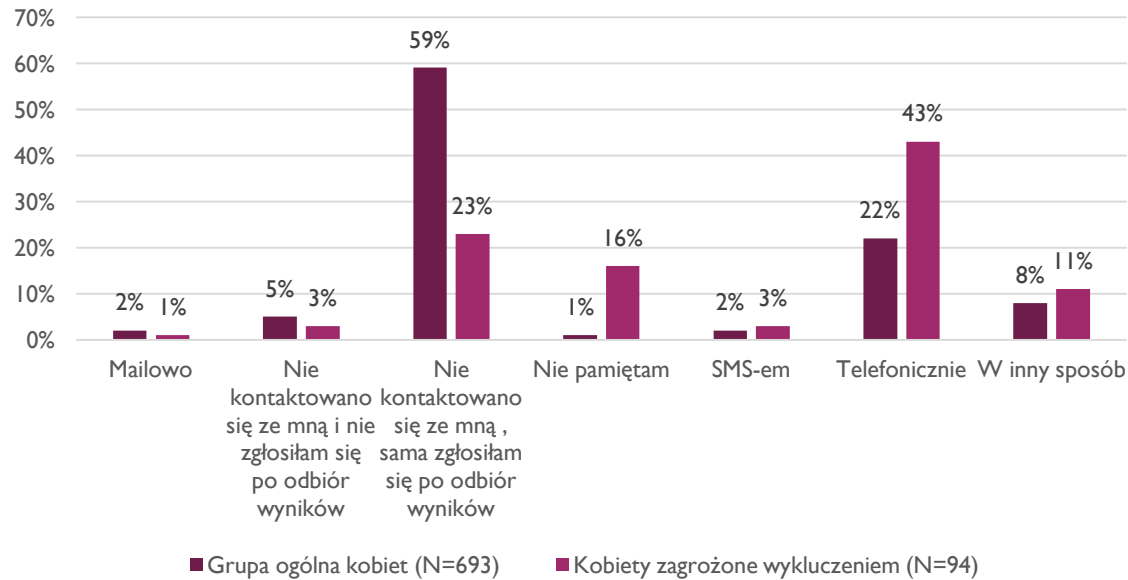
Celem dalszych pytań była diagnoza systemu ochrony zdrowia i jego funkcjonowania w sytuacji, kiedy pacjentki poddają się badaniu cytologicznemu. Pytaniem otwierającym tę grupę pytań był wynik ostatniego badania cytologicznego. Wśród kobiet wypełniających kwestionariusz online 82% otrzymało wynik prawidłowy, wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym odsetek ten był zdecydowanie niższy i wynosił 55%. Wynik nieprawidłowy i prawidłowy z zaleceniem do powtórzenia otrzymało łącznie 13% respondentek z grupy ogólnej i 20% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym. Jest to grupa kobiet, którym postawiono dodatkowe pytania.

WYKRES 54. JAKI BYŁ WYNIK PANI OSTATNIEGO BADANIA CYTOLOGICZNEGO?



Jedną z analizowanych kwestii był sposób kontaktu z pacjentkami w sprawie odebrania wyniku cytologii. Najpopularniejszym sposobem kontaktu w sprawie odebrania wyników badań jest kontakt telefoniczny. Kontakt mailowy jest rzadkością – znikomy procent kobiet udzieliło takiej odpowiedzi.

WYKRES 55. W JAKI SPOSÓB KONTAKTOWANO SIĘ Z PANIĄ W SPRAWIE ODEBRANIA WYNIKU CYTOLOGII?

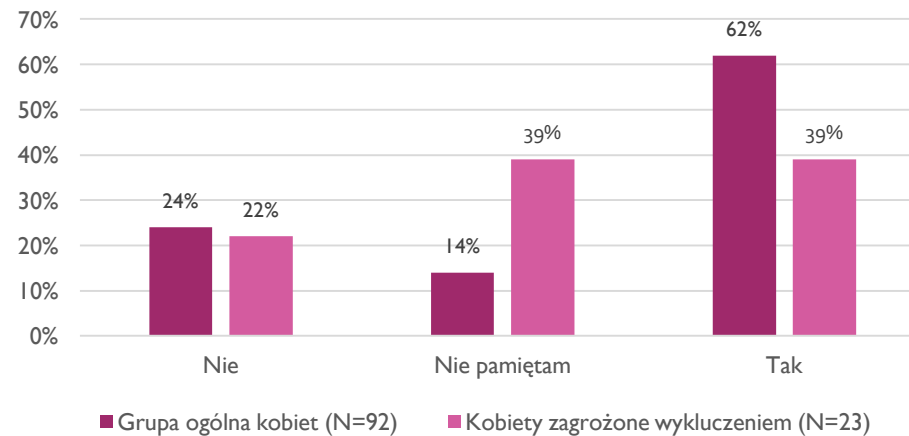


Kolejne pytanie zostało zadane tylko kobietom, w przypadku których wynik badania był nieprawidłowy bądź prawidłowy z zaleceniem powtórzenia.

Zdecydowana większość respondentek otrzymała taką informację od lekarza, zazwyczaj osobiście podczas wizyty (odpowiednio 51% i 48%). Rozmowa przeprowadzana przez pielęgniarkę lub położną miała miejsce stosunkowo rzadko, jako sposób przekazywania informacji pacjentkom (na odpowiedź taką wskazało 12% kobiet z grupy ogólnej i 9% podopiecznych MONAR).

Kobiety biorące udział w badaniu zapytano również o to, czy personel medyczny przekazał im informację o dalszych krokach postępowania. Występują tutaj znaczące różnice w dwóch badanych grupach – taką informację otrzymało większość kobiet z grupy ogólnej (62%) i jedynie 39% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym.

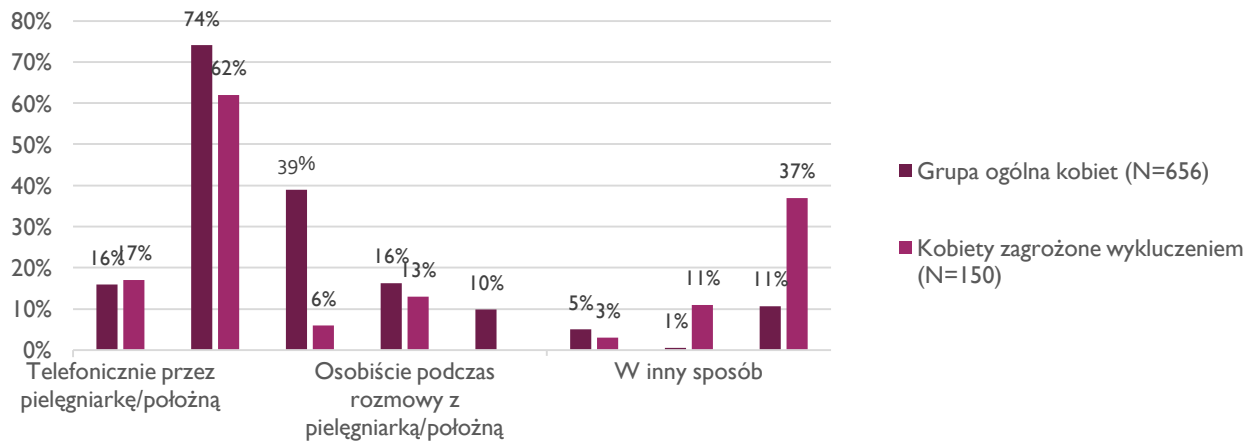
WYKRES 56. CZY OTRZYMAŁA PANI OD PERSONELU MEDYTECZNEGO INFORMACJĘ O DALSZYCH KROKACH POSTĘPOWANIA?



Kolejne pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety poruszały kwestie związane z zaufaniem do systemu opieki zdrowotnej oraz komunikacją. Wśród kobiet wypełniających ankietę online, 2 na 3 wskazywało, że ufa wynikom badań wykonywanych prywatnie w takim samym stopniu, jak i tym wykonywanym na NFZ, a co piąta wynikom badań wykonanym prywatnie. W przypadku kobiet zagrożonym wykluczeniem, poziom zaufania do wyników badań wykonanych na NFZ jest zdecydowanie wyższy (14%).

Pytanie o miejsce wykonywania dalszych badań jest niejako wyznacznikiem zaufania do publicznego systemu ochrony zdrowia. Największa grupa kobiet wykonywała dalsze badania bezpłatnie na NFZ. Niepokojący jest fakt, iż około 20% respondentek nie poddało się dalszym badaniom.

WYKRES 57. W JAKI SPOSÓB CHCIAŁABY PANI BYĆ POINFORMOWANA O NIEPRAWIDŁOWYM WYNIKU BADANIA?



Każde z przeprowadzonych badań wiąże się z ryzykiem uzyskania nieprawidłowego wyniku. Mimo, że zdecydowana większość kobiet, z którymi prowadzone były rozmowy, wskazała, iż sposób w jaki zostały im przekazane wyniki badania był prawidłowy, w realizowanych badaniach postanowiliśmy również zapytać kobiety o to, w jaki sposób chciałyby być informowane o nieprawidłowościach. Niemal $\frac{3}{4}$ z badanych kobiet wskazało, iż w przypadku uzyskania nieprawidłowego wyniku badania, chciałyby aby to lekarz w trakcie osobistej rozmowy przekazał im tę wiadomość. 39% dopuszcza możliwość uzyskania takiej informacji w trakcie rozmowy telefonicznej z lekarzem. Wśród kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym ponad 62% kobiet uznało, iż tego typu informacja powinna zostać przekazana osobiście przez lekarza. 37% uznało, iż właściwą drogą przekazania wiadomości o nieprawidłowym wyniku badania jest list przekazany za pośrednictwem poczty.

Ponadto, kobietom, u których został zdiagnozowany rak szyjki macicy, powinna zostać zapewniona dalsza pomoc. W opiniach 73,8% respondentek kobiety te powinny uzyskać nie tylko informację o nieprawidłowym wyniku, ale także wskazówki dotyczące dalszego postępowania. 72% spośród badanych kobiet wskazało również, iż kobiety z wykrytym nowotworem powinny zostać objęte specjalną, szybką ścieżką terapii onkologicznej, a co druga z badanych wskazała, iż kobieta w takim przypadku powinna zostać skierowana do najbliższego ośrodka leczenia raka. Także w opiniach podopiecznych MONAR w przypadku zdiagnozowania raka szyjki macicy kobieta powinna oprócz informacji o wyniku uzyskać również ogólne wskazówki dotyczące dalszego postępowania – odpowiedzi takiej udzieliło 59% badanych kobiet. W opiniach co trzeciej respondentki, kobiety u których zdiagnozowano nowotwór szyjki macicy powinny zostać zarówno umówione na wizytę do najbliższego ośrodka leczenia raka, jak i zostać objęte specjalną, szybką ścieżką terapii onkologicznej (w obydwu przypadkach odpowiedzi takiej udzieliło po 34% badanych kobiet zagrożonych wykluczeniem).

ZAPROSZENIE NA CYTOLOGIĘ

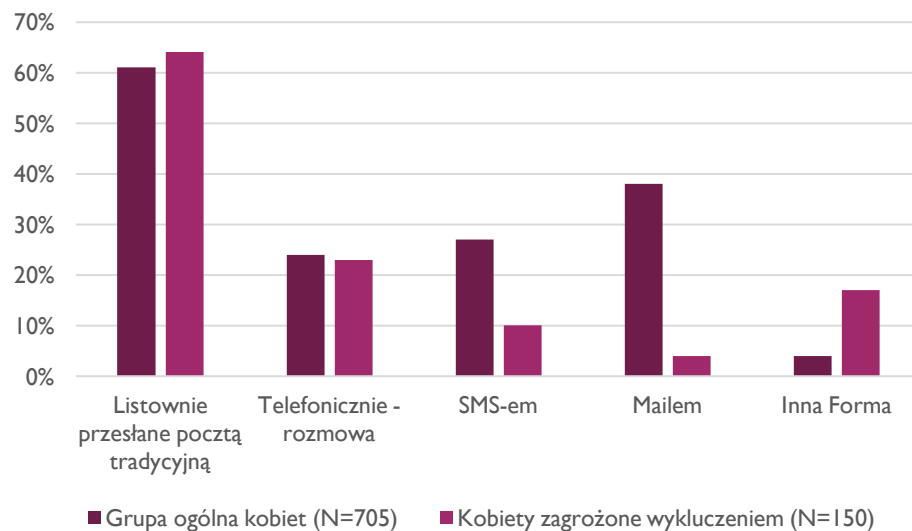
Zgodnie z danymi uzyskanymi w przeprowadzonych badaniach, niespełna 30% kobiet przyjęło zaproszenie na badanie cytologiczne. Relatywnie duża liczba kobiet takiego zaproszenia nigdy nie dostała – 41% respondentek wypełniających ankietę online i 24% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym. Najczęściej podawaną przyczyną nieprzyjęcia zaproszenia przez respondentki ankiety internetowej było wykonywanie cytologii w innym miejscu/gabiniecie niż to na zaproszeniu (40% odpowiedzi) oraz brak możliwości zapisania się na wizytę we wskazanej przychodni (32% odpowiedzi). Uzyskane dane potwierdzają również informacje uzyskane w wywiadach pogłębionych. Odpowiedzi kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym były inne. Najważniejszym powodem nieprzyjęcia zaproszenia był brak wskazanego terminu wykonania badania cytologicznego, a także sam list, który respondentki oceniły jako irytujący (19% odpowiedzi) oraz budzący strach (19%).

Kobiety, które nie skorzystały z zaproszenia na badania, w trakcie rozmów wskazywały również na to, co powinno ulec zmianie, aby kobiety z nich korzystały. Po pierwsze wskazywały one, iż to lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz ginekolog powinien informować i przypominać o tego rodzaju badaniach. Co więcej zaproszenia wysyłane do kobiet, powinny zawierać również informację o tym, kiedy wykonywały one ostatnio badania cytologiczne. Zmianie powinna ulec również organizacja badań, bowiem w chwili obecnej od skorzystania z zaproszenia odstrasza je myśl o zapisach, kolejkach i terminach, jak podkreślały tego typu badania powinny być wykonywane z marszu, tj. ich organizacja mogłaby odzwierciedlać sposób zapisów do lekarza pierwszego kontaktu. Ciekawym rozwiązaniem, które zaproponowano w trakcie rozmowy, była również możliwość organizowania badań w miejscach pracy.

Kobiety zostały również zapytane o preferowaną formę zaproszeń na badanie cytologiczne. Wśród respondentek widoczne jest przywiązanie do listownej formy zaproszeń przesyłanych pocztą tradycyjną. W obydwu grupach jest to najbardziej preferowany rodzaj zaproszeń.

Warto zwrócić uwagę, że nowoczesne elektroniczne formy komunikacji stanowią łącznie 65% wskazań w pierwszej grupie. Jest to wyraźny czynnik różnicujący obie grupy respondentek.

WYKRES 58. W JAKIEJ FORMIE POWINO BYĆ WYSŁANE ZAPROSZENIE NA CYTOLOGIĘ, ŻEBY BYŁO PANI ŁATWIEJ Z NIEGO SKORZYSTAĆ?



Badania realizowane zarówno na ogólnej grupie kobiet, jak i grupie kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym, jednoznacznie wskazały, iż preferencje kobiet oraz sposób organizacji badań cytologicznych ma ogromne znaczenie w kontekście zgłaszalności.

Uzyskane wyniki nie pozostawiają wątpliwości, iż system organizacji badań cytologicznych powinien być zorganizowany oddzielnie dla kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz pozostałej populacji kobiet.

LITERATURA

1. Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy. 2012. Rekomendacje kompleksowych zmian w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce. Warszawa: KRSM.
2. Ostrowska, Antonina. 2010. Profilaktyka ginekologiczna dla kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym. Warszawa: IFiS PAN.
3. Champion, Victoria, L., Celette Sugg Skinner. 2008. The health belief model.w: Health behavior and health education. Theory, Research and Practice. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath. San Francisco. John Wiley & Sons.

STRATEGIA KOMUNIKACJI (IZABELLA DESSOULAVY-GŁADYSZ)

ANALIZA SYTUACJI WYJŚCIOWEJ POD WZGLĘDEM KOMUNIKACJI POPULACYJNEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY (DALEJ: PROGRAMU)

Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące Populacyjne Programy Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy realizują założenia Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów będącego częścią Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (dalej: NPZChN). NPZChN, był realizowany od 2006 roku na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego.

Do głównych celów Programu należy osiągnięcie określonego poziomu wczesnego wykrywania nowotworów. Zgłaszalność kobiet na badania jest jednym z najistotniejszych wskaźników efektywności Programów. Można przyjąć, że zgłaszalność jest pochodną skuteczności dotarcia z komunikacją i edukacją zdrowotną do kobiet będących grupą docelową Programu. Komunikacja dotycząca Programu realizowana jest w skali ogólnopolskiej według jednolitego wzorca wyjściowego określonego w umowie na ich realizację. Funkcję koordynatora Programu Ministerstwo Zdrowia powierzyło w 2010 roku Centralnemu Ośrodkowi Koordynującemu (zwanemu dalej COK), działającemu w strukturze Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

COK prowadzi bieżącą koordynację i nadzór nad prawidłową realizacją Programów.

Do podstawowych zadań COK w zakresie komunikacji należy:

- Koordynacja i nadzór nad 23 Wojewódzkimi Ośrodkami Koordynującymi (WOK).
- Opracowanie i zatwierdzenie z Ministerstwem Zdrowia i NFZ treści listu- zaproszenia na badanie, który jest jednocześnie najważniejszym nośnikiem informacji docierającym do populacji kobiet objętych badaniem. List jest personalizowany, a jego treść była modyfikowana w 2014 r. W latach 2014 i 2015 obowiązywał ten sam przekaz..
- Opracowanie Księgi Identyfikacji Wizualnej Programu. Zgodnie z jej wytycznymi WOK przygotowuje materiały edukacyjno-promocyjne na potrzeby Programu, takie jak ulotki czy plakaty. Są one dystrybuowane do wszystkich WOKów w jednakowej wersji w celu budowy jednolitego „brandu” Programu.
- Opracowanie w konsultacji z Ministerstwem Zdrowia komunikacji Programu. Dokonywany jest wybór Agencji Reklamowej, która na podstawie briefu określającego główny cel kampanii odpowiada za kreację i produkcję spotów telewizyjnych i/lub radiowych emitowanych ze środków COK. COK dokonuje planowania i zakupu mediów samodzielnie na poziomie ogólnopolskim. Spoty te przekazywane są również do WOK, które to samodzielnie dokonują wyboru mediów regionalnych, w których są emitowane. WOK przygotowują plan mediów, który wysyłają do akceptacji COK.

W tej samej procedurze co Centralny Ośrodek Koordynujący wybrane zostały Wojewódzkie Koordynujące (dalej: WOK). Ich rolą jest wdrażanie założeń komunikacyjnych Programu na terenie poszczególnych województw. W całej Polsce funkcjonują 23 WOKi.

Zadania WOK w zakresie komunikacji obejmują m.in.:

- ▷ Generowanie z systemu SIMP oraz wysyłkę Poczta Polska imiennych listów - zaproszeń do kobiet wg. wzoru opracowanego przez COK (zatwierdzonego przez MZ i NFZ)
- ▷ Realizację kampanii informacyjno-edukacyjnych oraz podejmowanie działań zachęcających kobiety do udziału w programach profilaktycznych oraz ułatwiających im możliwość wykonania badań skryningowych tj.:
 - Produkcja i dystrybucja materiałów promocyjno- edukacyjnych zaprojektowanych zgodnie z Księgą Identyfikacji Wizualnej Programu (inserty, ulotki, broszury, plakaty, gadżety tj. lusterka, parasolki, długopisy opatrzone logiem Programu)
 - Emitowanie spotów reklamowych w lokalnych i regionalnych stacjach telewizyjnych,
 - Organizacja imprez otwartych - organizowanych w marketach, na rynkach miast, festynach, dożynkach (organizacja stoisk, wygłaszanie prelekcji, dystrybucja materiałów informacyjnych)
 - Organizacja szkoleń dla pracowników lokalnych samorządów i mieszkańców województwa o profilu propagującym wiedzę na temat programu-prowadzenie prelekcji,
 - Organizacja akcji edukacyjnych w szkołach, adresowanych do rodziców i młodzieży

FINANSOWANIE DZIAŁAŃ KOMUNIKACYJNYCH

Umowy zawierane przez Ministerstwo Zdrowia z COKiem i WOKami posiadają termin realizacji od 1 stycznia każdego roku. Realny termin ich podpisania przypada jednak na kwiecień-czerwiec danego roku. Do tego czasu zarówno COK jak i WOKi realizują działania przygotowawcze nie posiadają jednak ani środków finansowych ani formalnych zgód na ich realizację. **Środki na realizację zadań komunikacyjnych w tym wysyłkę listów trafiają do WOKów z opóźnieniem tak dużym, że na zadania profilaktyki nowotworowej (kampania, zaproszenia, badania itp.) zostają 3 – 4 miesiące efektywnej pracy w roku. Wpływa to w zasadniczy sposób na skuteczność prowadzonych kampanii informacyjno-edukacyjnych, a co za tym idzie na zgłaszalność kobiet na badania. Materiały reklamowe w tym spoty telewizyjne tworzone są w ekspresowym tempie, zakup powierzchni reklamowej i dobór kanałów komunikacji również odbywa się pod presją czasu przeważnie w okresie jesienno-zimowym.**

Sytuację taką napiętnował Raport Naczelnej Izby Kontroli (Nr ewid. 16/2014/P/13/130/KZD) analizujący przebieg realizacji Programów w latach 2009-2013 uwiidoczniał sukcesywne ignorowanie przez MZ postulatów COK dotyczących zapewnienia środków finansowych umożliwiających prowadzenie systematycznej działalności przez WOK od 1 stycznia danego roku.

KOMUNIKACJA POMIĘDZY INSTYTUCJAMI ODPOWIEDZIALNYMI

Bałagan organizacyjny w instytucjach centralnych oraz swoista dwuwładza (MZ a NFZ) powodują, że współpraca oraz komunikacja z nimi jest trudna i mało efektywna. Konsultacje MZ, COK i NFZ z przedstawicielami świadczeniodawców są uznawane przez tych drugich za niekonstruktywne. Główni interesariusze (na poziomie centralnym)

postrzegani są przez głównych realizatorów (na poziomie regionalnym) przez pryzmat niekompetencji, rozbudowanej biurokracji i błędnych decyzji zarządczych.

System komunikacji stosowany w Programie jest niedoskonały i niewystarczający. Komunikacja idzie z góry, od Ministerstwa Zdrowia, jest jednostronna, nastawiona na dawanie informacji i przydzielanie zadań. Nie jest nastawiona na informację zwrotną, jej odbiór. Wszelkie prośby o wyrażenie opinii są postrzegane przez większość interesariuszy jako element marketingowy, mający wpływać na ocieplenie wizerunku. Jedynie system restrykcyjny sprawia, że badani po raz kolejny odpowiadają na pytania o konieczne zmiany w Programie.

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że nie ma ani jednej relacji, która spełniałaby wymagania dobrej komunikacji pomiędzy interesariuszami. Na szczególną uwagę zasługuje rola Centralnego Ośrodka Koordynującego, z którym praktycznie nie ma kontaktu. Najczęściej relacje komunikacyjne nawiązują wojewódzkie ośrodki koordynujące. Próby kontaktów podejmują również świadczeniodawcy. I tylko w tych dwóch przypadkach zdarzało się, że komunikacja została oceniona pozytywnie”. (Źródło: Audyt społeczny NPPWWN, sierpień 2015 r., Wołkiewicz – realizacja badań marketingowych i społecznych)

REALIZACJA KAMPANII- NAJWAŻNIEJSZE KANAŁY KOMUNIKACJI

LISTY- ZAPROSZENIA

Tworzone są bez konsultacji ze stroną społeczną czyli kobietami interesariuszkami Programu, jak również bez zaangażowania ekspertów ds. komunikacji społecznej, psychologa, copywritera. Treść listów nigdy nie była poddawana ocenie ewaluacyjnej co jest standardowym działaniem przy projektowaniu i wdrażaniu materiałów edukacyjnych czy informacyjnych będących częścią kampanii społecznych jak również komercyjnych. Tym bardziej, że list pełni funkcję zaproszenia i jest głównym nośnikiem informacji o badaniu cytologicznym dla kobiet objętych Programem. Przy zmianie treści listu w 2014 roku wzięte zostały pod uwagę wzorce zachodnie, ale bez uwzględnienia różnic kulturowych, percepcyjnych, świadomościowych. Również w tym przypadku nie zasięgnięto opinii strony społecznej.

Listy mają zunifikowaną treść, co przy swoich zaletach związanych z obniżeniem kosztów produkcji i uproszczeniem procesu dystrybucji ma jedną podstawową wadę gdyż nie uwzględniają różnic wynikających chociażby z wieku, poziomu wykształcenia i percepcji jak również sytuacji danej kobiety (czy dopiero wchodzi do programu, czy już w nim uczestniczyła, czy pomimo zaproszeń wielokrotnych nie skorzystała z badania).

STRONA WWW

W ramach realizacji Programu profilaktyki stworzone zostały strony www.rakszykimacycy-profilaktyka.pl, www.rakszyjki.pl www.bezplatnacytologia.pl oraz www.profilaktykaraka.coi.waw.pl. (większość jest obecnie niedostępna). Dodatkowo każdy z WOK opracowywał wedle własnych pomysłów i założeń strony dedykowane prowadzonym przez siebie działaniom. Sytuacja taka powoduje

chaos informacyjny i niemożliwość skutecznego dotarcia z jednolitym, czytelnym przekazem do grup docelowych. Strony nie były promowane ani pozycjonowane w technikach SEM i SEO jak również włączane do kampanii medialnych. Materiały drukowane promujące Program w większości przypadków nie podawały adresu strony www gdzie kobiety mogły zdobyć więcej informacji. Nie wprowadzono standardu komunikacji dotyczącego kanałów internetowych obecnie pełniących główne i powszechne źródło informacji dla populacji kobiet w wieku 25-50 lat. Zawartość merytoryczna stron, ich język i szata graficzna nie pozwalają na jednoznaczną identyfikację ich przeznaczenia oraz grup docelowych, do których są adresowane gdyż zawierają zarówno informacje dla realizatorów programu, informacje systemowe jak również szczerkowe informacje edukacyjne. Na stronach nie została udostępniona jednolita wyszukiwarka placówek, w których można wykonać badanie cytologiczne. Strona www.bezplatnacytologia.pl zawiera jedynie spis takich punktów w obrębie województwa Mazowieckiego. Domena strony www.rakrzyjimacycy-profilaktyka.pl nie zwiera żadnego spisu lub wyszukiwarki przy czym sama nazwa domeny jest odstrasająca zwłaszcza jeśli apelujemy do kobiet zdrowych zachęcając je do aktywnego uczestnictwa w badaniach profilaktycznych.

OBSZAR DZIAŁAŃ PROMOCYJNYCH

Z dokonanej analizy widoczny jest brak cyklicznej, spójnej i wyrazistej kampanii społecznej promującej Program. Od lat wykorzystywane są te same nośniki informacji marketingowej nie uwzględniające zachodzących zmian w postawach społecznych, stylu życia, trendach dot. sposobu konsumpcji mediów jak również nowych technikach komunikacji elektronicznej. Z przyczyn organizacyjnych kreacja i zakup przestrzeni reklamowej odbywają się „na ostatnią chwilę”. Z powodu braku jakichkolwiek badań socjo-marketingowych, które byłyby merytoryczną podstawą konstruowania przekazu, kampanie tworzone są w sposób intuicyjny i z tej przyczyny odpowiadają wyłącznie na jedno źródło bariery emocjonalnej związanej z profilaktycznymi badaniami cytologicznymi. Przykładami mogą być dwie kampanie „Badam się mam pewność” spot <https://www.youtube.com/watch?v=ZynbUBEJHkl> perswazyjny, próbujący kształtować nowy, zdrowy styl życia współczesnej młodej kobiety gdzie badanie cytologiczne jest jednym z zadań do wykonania w napiętym grafiku dnia codziennego. Zadaniem podobnym do wizyty u stomatologa czy fryzjera., które realizujemy pomimo że nie należy do tych najprzyjemniejszych.

Najświeższy spot to element kampanii „Zdrowo jest wiedzieć” <http://profilaktyka.publicznecentraonkologii.pl/?p=363> apelujący do tych kobiet, które nie wykonują badań gdyż boją się, że zostanie u nich wykryta zmiana chorobowa. Wolą nie wiedzieć -więc nie badają się. Spot podejmuje temat w intrygujący, budujący napięcie i zaciekawienie sposób obnażając nieracjonalność postawy „wolę nie wiedzieć”. Między obiema kreacjami brak jakiegokolwiek łącznika w postaci tego samego hasła, strony www, call to action. Każdy apeluje do innej grupy docelowej i odmiennego źródła problemu. Spoty były emitowane w następujących po sobie latach (w danym roku tylko jeden rodzaj).

Jak już wspomniano grupy docelowe kampanii nie są precyzyjnie definiowane przez co w danym roku powstaje wyłącznie jeden uniwersalny przekaz nie dostosowany, do możliwości i oczekiwań adresatów w zależności od płci, wieku, pochodzenia czy statusu (ten sam środek wyrazu i kanał komunikacji dla wszystkich). Spoty nie zawsze zawierają bardzo istotny element call to action. Nawet

jeśli on występuje jest ogólnym hasłem „zrób badanie cytologiczne”, nie informującym dokładnie gdzie należy się zgłosić. Nie jest podawana prosto brzmiąca nazwa strony www, pod którą można uzyskać wyczerpujące informacje oraz wyszukać placówkę wykonującą badanie w ramach Programu lub nr infolinii, pod którą można zasięgnąć informacji.

W opinii realizatorów kampanii oraz pozostałych interesariuszy instytucjonalnych Programu, którzy wzięli udział w badaniu „Audyt społeczny NPPWWN”; zrealizowanym sierpniu 2015 r., przez Wołkiewicz – realizacja badań marketingowych i społecznych; strategia komunikacji medialnej Programu jest oceniana negatywnie: „jako niezauważalna i nieskuteczna”. Działania marketingowe koordynowane przez MZ-COK, a realizowana w regionach przez WOKi nie docierają do grup kobiet, które nie zgłaszają się na badania. Ogólnym postulatem jest „zwiększenie środków finansowych przeznaczanych na realizację kampanii lub bardziej efektywne ich wykorzystanie”.

W ramach działań promujących Program opracowywane są również materiały edukacyjne w postaci broszur oraz plakatów których dystrybucją zajmują się WOK'i. Duża część budżetu przeznaczana jest na produkcję materiałów wspierających w postaci upominków reklamowych tj. lusterka, parasolki, długopisy opatrzone logiem Programu, które rozdawane są podczas imprez regionalnych oraz wykładów edukacyjnych w szkołach.

Materiały marketingowe podobnie jak listy- zaproszenia nie były nigdy poddawane konsultacją jak również ocenie grup docelowych. Znaczy to że kobiety nigdy nie były pytane o ocenę szaty graficznej, konstrukcji przekazu, jego zrozumiałości i perswazyjności. Spoty reklamowe również nie podlegały ocenie pod kątem ich skuteczności czyli wpływu jaki wywierają na odbiorczyńnię.

Badania socjologiczne i marketingowe nie były realizowane ani na etapie przygotowawczym (przed planowaniem strategii, segmentacją grup docelowych i formułowaniem przekazu), ani na etapie końcowym zamykającym kampanię w danym roku (ewaluacja dotycząca skuteczności dotarcia z przekazem do grup docelowych, budowa świadomości, rozpoznawalność logo Programu).

We współpracy w ramach Programu w niewystarczający sposób zaangażowani są lekarze POZ i pielęgniarki/położne. W ramach materiałów informacyjnych i edukacyjnych tworzonych corocznie w kampaniach promujących Program środowisko pracowników POZ nie było uwzględniane ani jako odbiorca przekazu ani jako popularyzator –promotor badań przesiewowych. W przychodniach POZ sporadycznie można było zauważyć plakaty poświęcone Programowi.

Działania Public Relations- Nie powstała strategia ani ogólnopolski plan działań PR, które byłaby integralną częścią kompleksowej strategii promującej Program. WOK'i w ramach swojego zakresu odpowiedzialności sporadycznie podejmowały lokalne aktywności PR-owe w postaci płatnych publikacji w regionalnych wydawnictwach lub wywiadów z ekspertem – lekarzem.

Dokonując analizy podejmowanych w ramach Programu działań widoczny jest brak właściwej koordynacji, spójnego całorocznego planu działań komunikacyjnych obejmujących całą Polskę i uwzględniającego potrzeby wszystkich grup docelowych, brak dostatecznych informacji o rozproszonej aktywności WOK'ów, pozostawienie planowania działań, wyboru i zakupu mediów w gestii WOK'ów i pracowników nie przygotowanych merytorycznie i narzędziowo do tego typu pracy.

BADANIA MARKETINGOWE JAKO NIEZBĘDNY ELEMENT TWORZENIA REKOMENDACJI DOT. STRATEGII KOMUNIKACJI PROGRAMU- METODOLOGIA I NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

Tak jak wspomniano powyżej określenie poziomu wiedzy kobiet o programach profilaktycznych oraz poznanie ich postaw i preferencji dotyczących przeprowadzania badania cytologicznego jest niezbędnym elementem do przygotowania rekomendacji zmian w zakresie komunikacji i edukacji zdrowotnej poświęconej rakowi szyjki macicy. W ramach audytu społecznego Narodowego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów przeprowadzono trzy rodzaje badań marketingowych :

1. Ilościowe badanie on-line
2. Badania jakościowe, realizowane przy wykorzystaniu metody wywiadów pogłębionych (50) miały na celu uzupełnienie danych uzyskanych w poprzedzających je badaniach ilościowych
3. Grupowe badania jakościowe (FGI) w dwóch grupach kobiet z populacji ogólnej dobranych pod względem wieku i miejsca zamieszkania

Ad1. Część ilościowa badań empirycznych była realizowana przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety online. Narzędzie, na którym bazowało badanie, zostało opracowane przez zespół Fundacji MY Pacjenci przy współpracy z partnerami projektu. Było również wielokrotnie poddawane pod dyskusję organizacjom i instytucjom działającym w obszarze profilaktyki nowotworowej. Badania zostały zrealizowane na próbie 150 kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym (podopieczne MONAR) metodą ankiety bezpośredniej i 733 kobiety, które zgodziły się wyrazić swoją opinię na tematy związane z profilaktyką raka szyjki macicy w ankiecie internetowej.

Ad2. **Wywiady pogłębione przeprowadzane** były w oparciu o scenariusz wywiadu, który koncentrował się na rozwinięciu kwestii poruszonych w części ilościowej badań, z czterema grupami kobiet, tj.:

- z kobietami, które nie skorzystały z zaproszenia na badania profilaktyczne – 24 kobiety;
- z kobietami, które skorzystały z zaproszenia na badania profilaktyczne – 12 kobiet;
- z kobietami, u których dokonywana była pogłębiona diagnostyka – 4 kobiety;
- z kobietami narażonymi na wykluczenie społeczne (podopieczne MONAR) – 10 kobiet.

Ad3. **Badania jakościowe przeprowadzono przy wykorzystaniu techniki FGI (Focus Group Interview) czyli wywiadów grupowych, w zespołach liczących 8-9 osób.**

W badaniu wzięły udział:

- ▷ 1 FGI: kobiety 25-35 lat, z wykształceniem średnim lub wyższym, posiadające małe dzieci, blogerki zamieszkujące różne miejsca w Polsce
- ▷ 2 FGI: kobiety 40-59 lat, z wykształceniem średnim lub wyższym, aktywne zawodowo, mieszkanki Warszawy i okolic

Główne cele badań:

- ▷ Poznanie wiedzy kobiet o badaniach cytologicznych,
- ▷ Poznanie postaw i deklarowanych źródeł obaw czy niechęci do wykonywania badań cytologicznych
- ▷ Poznanie opinii na temat systemowych i instytucjonalnych barier związanych z realizacją badań
- ▷ Określenie czynników, które w największym stopniu wpływają na zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe
- ▷ Zebranie opinii kobiet na temat materiałów informacyjnych oraz promujących Program (ocena spotów reklamowych , ulotek , listu)

ZAPROSZENIA NA CYTOLOGIE W BADANIU ON-LINE

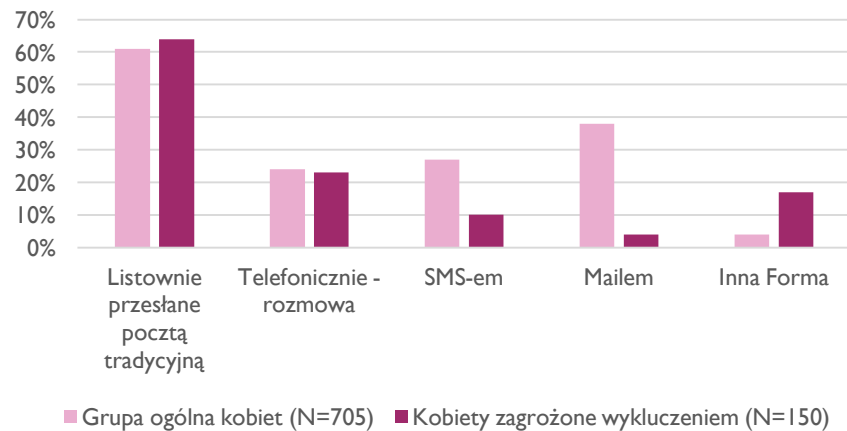
Zgodnie z danymi uzyskanymi w niniejszych badaniach, **niespełna 30% kobiet przyjęło zaproszenie na badanie cytologiczne. Relatywnie duża liczba kobiet takiego zaproszenia nigdy nie dostała – 41% respondentek wypełniających ankietę online i 24% kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym. Najczęściej podawaną przyczyną nieprzyjęcia zaproszenia przez respondentki ankiety internetowej było wykonywanie cytologii w innym miejscu/gabiniecie niż to na zaproszeniu (40% odpowiedzi) oraz brak możliwości zapisania się na wizytę we wskazanej przychodni (32% odpowiedzi).** Uzyskane dane potwierdzają również informacje uzyskane w wywiadach pogłębionych. **Odpowiedzi kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym były odmienne. Najważniejszym powodem nieprzyjęcia zaproszenia był brak wskazanego terminu wykonania badania cytologicznego, a także sam list, który respondentki oceniły jako irytujący (19% odpowiedzi) oraz budzący strach (19%).**

Kobiety, które nie skorzystały z zaproszenia na badania, w trakcie rozmów wskazywały również na to, co powinno ulec zmianie, aby kobiety z nich korzystały. Po pierwsze wskazywały, iż to lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz ginekolog powinien informować i przypominać o tego rodzaju badaniach. Co więcej zaproszenia wysyłane do kobiet, powinny zawierać również informację o tym, kiedy wykonywały one ostatnio badania cytologiczne. Zmianie powinna ulec również organizacja badań, bowiem w chwili obecnej od skorzystania z zaproszenia odstrasza je myśl o zapisach, kolejkach i terminach, jak podkreślały tego typu badania powinny być wykonywane z marszu, tj. ich organizacja mogłaby odzwierciedlać sposób zapisów do lekarza pierwszego kontaktu. Ciekawym rozwiązaniem, które się pojawiło w trakcie rozmowy, była również możliwość organizowania badań w miejscach pracy.

Kobiety zostały również zapytane o preferowaną formę zaproszeń na badanie cytologiczne. Wśród respondentek widoczne jest przywiązanie do listownej formy zaproszeń przesyłanych pocztą tradycyjną. W obydwu grupach jest to najbardziej preferowany rodzaj zaproszeń.

Warto zwrócić uwagę, że nowoczesne elektroniczne formy komunikacji stanowią łącznie 65% wskazań w grupie ogólnej kobiet. Jest to wyraźny czynnik różnicujący obie grupy respondentek.

WYKRES 59. W JAKIEJ FORMIE POWINNO BYĆ WYSŁANE ZAPROSZENIE NA CYTOLOGIĘ, ŻEBY BYŁO PANI NAJŁATWIEJ Z NIEGO SKORZYSTAĆ?



ZAPROSZENIA NA CYTOLOGIE W BADANIU JAKOŚCIOWYM FGI

Większość respondentek **przypomina sobie fakt otrzymania listu – zaproszenia na badanie, chociaż tylko pojedyncze kobiety skorzystały z Programu.** Wynika to z faktu, że kobiety zazwyczaj **posiadają swojego stałego lekarza ginekologa,** któremu zaufały i cytologię wykonują w ramach zaplanowanych wizyt. **Nie mają zatem potrzeby, aby specjalnie w celu wykonania badania udawać się do przypadkowego lekarza ginekologa,** co w świadomości kobiet zwiększa ryzyko przykrego doświadczenia. *(wnioski pokrywają się z wynikami badań ankietowych on-line)*

Kolejnym **powodem, dla którego kobiety w dużych miastach nie korzystają z Programu** może być to, że nawet jeśli nie są pod opieką stałego lekarza ginekologa, to **pracodawcy zapewniają opiekę medyczną w sieci prywatnych placówek,** gdzie nie ma problemu z dostępem do specjalisty. *(wnioski pokrywają się z wynikami badań ankietowych on-line)*

Generalnie wydaje się, że **kobiety świadome wagi dbania o profilaktykę nie trzeba specjalnie zachęcać do badań.** Problem jest z **przekonaniem tych nieświadomych, być może pełnych obaw, mierzących się z różnymi barierami.***(kobiety uczestniczące w FGI oceniały siebie jako świadome i każda potwierdziła iż regularnie wykonuje cytologię)*

O ile **sama forma listu – zaproszenia jest oceniana pozytywnie,** o tyle **konstrukcja i język listu wzbudzają już więcej zastrzeżeń.**

Z pozytywną reakcją kobiet spotkały się wskazówki jak przygotować się do badania cytologicznego. Uznano je za bardzo praktyczne i pomocne, szczególnie dla kobiet, dla których badanie jest nowym lub rzadkim doświadczeniem.

Uczestniczki badania oczekiwałyby, że w liście pojawi się informacja, jaki jest okres ważności zaproszenia. Zdecydowanie były przeciwne podawaniu konkretnych terminów, bo często wymagałoby to dużej reorganizacji codziennych zajęć. Poza tym mogłoby się okazać, że wskazany termin spowoduje, że przygotowanie do badania będzie niewłaściwe i niezgodne z zaleceniami wyszczególnionymi w zaproszeniu.

Z krytyką spotkały się natomiast niektóre sformułowania użyte w liście. „Badanie (...) polega na pobraniu próbki komórek szyjki macicy” **określono jako zbyt medyczne, mogące budzić wręcz lęk.** *(wnioski pokrywają się z wynikami badań ankietowych on-line w grupie kobiet zagrożonych wykluczeniem)*

Respondentki były przeciwne wyrażaniu się wprost o „lęku przed badaniem i jego wynikiem”. Według kobiet sformułowanie lęku wprost może wystraszyć potencjalnie zainteresowane badaniem kobiety. *(wnioski pokrywają się z wynikami badań ankietowych online w grupie kobiet zagrożonych wykluczeniem)*

Jako niepotrzebne i osłabiające efekt perswazyjności uznano słowo „może” w zdaniu „Może to jest właśnie ten czas, kiedy trzeba pomyśleć o sobie...”

Niejasne jest również, o jakich zmianach jest mowa w zdaniu „Tylko regularne badania dają szansę na wczesne podjęcie leczenia w przypadku wykrycia zmian”. **W opinii badanych należy te zmiany doprecyzować lub sformułować zdanie w inny sposób.**

Jako konieczne i niezbędne w celu zapewnienia większej perswazyjności znalazły się sugestie uzupełnienia listu o informacje, że badanie jest niebolesne.

List warto byłoby skrócić i uporządkować, tak aby od razu było jasne co to za badanie, gdzie można je wykonać, w jakim okresie czasu i przede wszystkim dlaczego. Pod względem wizualnym respondentki krytykowały zbyt dużą ilość zastosowanych krojów pisma i pogrubień przez co list trudno się czyta i nie wiadomo, co tak naprawdę jest ważne. Padła również propozycja, aby dolną część listu z najważniejszymi informacjami można było oderwać jako formę zaproszenia.

W opinii respondentek, informacja o tym, że badanie będzie wykonane w ramach Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy mogłaby bez uszczerbku dla perswazyjności listu zostać przeniesiona na drugą stronę.

Do zaproszenia warto dodać listę placówek, których można wykonać badanie, z uwagi na fakt, że nie każda kobieta (wiek, wykształcenie) korzysta z Internetu (kobiety podawały przykłady otrzymanych zaproszeń z załączoną listą).

Jeśli chodzi o graficzną stronę listu, to według respondentek, taka surowa forma ma swoje zalety. W czasach kolorowych ulotek prosty list z urzędową kopertą z pewnością nie zostanie przeoczony i nie trafi do kosza z masą kolorowych materiałów, nierzadko wyciąganych ze skrzynek pocztowych.

Język listu zdecydowanie bardziej podobał się młodszym respondentkom, starsze określiły go jako urzędowy, suchy. Proponowane wcześniej zmiany sformułowań miały również na celu pewnego rodzaju „ocieplenie” języka.

BADAM SIĘ, MAM PEWNOŚĆ



Pani
KINGA KOUTAŁCZYK
ST. KAZIMY 16/38
02-795 WARSZAWA

Szanowna Pani,

Serdecznie zapraszam Panią na bezpłatne badanie cytologiczne, które jest najskuteczniejszą formą profilaktyki raka szyjki macicy. Badanie jest bezbolesne, polega na pobraniu próbki komórek szyjki macicy i trwa zaledwie kilka minut. Cytologia będzie wykonana w ramach Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i nie wymaga skierowania.

Każda kobieta w wieku między 25 a 59 rokiem życia powinna wykonywać badanie cytologiczne raz na 3 lata. Tylko regularne badania dają szansę na wczesne podjęcie leczenia w przypadku wykrycia zmian.

Zapraszam Panią na badanie do:

CENTRUM ONKOLOGIE - INSTYTUT IM. MARI SKŁODOWSKIEJ-CURIE
PORADNIA PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
02-781 WARSZAWA
UL. ROENTGENA 5, CENTRUM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW - PIĘTRO 1.
(22) 6462587
pn, wt.: 7:30-15:00; wt, czw, pt.: 7:30-15:00; sb: 9:00-14:00.

Jeżeli nie odpowiada Pani wskazana placówka, może Pani wybrać inną z listy dostępnej na stronie internetowej Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego www.bezplatanecytologia.pl

Może to być właśnie ten czas, kiedy trzeba pozayrzeć o siebie i mimo nadmiaru obowiązków, jako przed badaniem i jego wynikiem dać sobie szansę na zdrowie i bardziej świadome życie.

Serdecznie zapraszam

mgr Jolanta Walczak

Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego

UWAGA! Ważne informacje przed przystąpieniem do badania cytologicznego znajdują Pani na stronie internetowej. W dniu badania proszę zabrać ze sobą dowód osobisty.

BADAM SIĘ, MAM PEWNOŚĆ

WAŻNE INFORMACJE PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO BADANIA CYTOLOGICZNEGO:

- na badanie nie należy zgłaszać się w czasie miesiączki,
- od ostatniego dnia miesiączki powinny upłynąć co najmniej 4 dni,
- na badanie należy zgłaszać się nie później niż 4 dni przed rozpoczęciem miesiączki,
- co najmniej 4 dni przed badaniem nie należy stosować żadnych leków dopochwowych,
- od ostatniego badania ginekologicznego/USG przezpochwowego powinien upłynąć co najmniej 1 dzień.

W razie pytań/wniosów proszę o kontakt z:

Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym pod nr. tel. 22 546 31 05 w godz. 07:30-15:35,
e-mail: wykmal@onk.nazp.pl

Oddziałem Wojewódzkiego NFZ pod nr. tel. 22 436 74 01.

Wszystkie informacje uzyskane podczas wizyty przechowywane będą w Pani dokumentacji medycznej z zachowaniem zasad poufności. Sposób odbioru wyniku wraz z zaleceniami dotyczącymi postępowania określa placówka, w której wykonano będzie badanie (zobacz osobisty lub wysyłkowy listonosz). Dane teleadresowe pochodzą z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych NFZ.

Badania skierowane są do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).



fragmenty wskazane do zmiany



fragmenty określone jako pozytywne

CO POWINNO ZNALEŻĆ SIĘ DODATKOWO W LIŚCIE?

- ▷ BADANIE PROSTE I BEZBOLESNE
- ▷ TERMIN WAŻNOŚCI ZAPROSZENIA
- ▷ DLACZEGO TO DLA MNIE WAŻNE? (PERSONALIZACJA TEKSTU W ZALEŻNOŚCI OD SYTUACJI-WCHODZI DO SYSTEMU, NIGDY NIE SKORZYSTAŁA Z ZAPROSZENIA, PRZESZŁA DIAGNOSTYKĘ POGŁĘBIONĄ)
- ▷ LISTA PLACÓWEK, DLA TYCH NIE KORZYSTAJĄCYCH Z INTERNETU/LUB IDĘ DO SWOJEGO LEKARZA Z ZAPROSZENIEM (FORMA PREFEROWANA)
- ▷ ADRES STRONY WWW (JEDNA, WIARYGODNA, KOMPLEKSOWA Z WYSZUKIWARKĄ I ADRESOWANA DO KOBIET)

zakresie sposobów dystrybucji zaproszenia.

Wnioski w

- ▷ Uczestniczki zgodziły się, że oprócz **zachowania wysyłki listu pocztą tradycyjną**, warto rozważyć również **uzupełnienie komunikacji o kanały elektroniczne (email, SMS, telefon)**.
- ▷ Pomijając problem rozwiązania systemowego, wysyłka zaproszeń mailem, przypomnienie o możliwości skorzystania z badania SMS –em lub zaproszenia telefoniczne powinny uzupełniać standardową wysyłkę listu.

Podczas badania pojawiły się również uwagi co do samych założeń systemowych Programu jak również dystrybucji zaproszeń. Z krytyką spotkały się następujące kwestie:

- ▷ **Program nie obejmuje wszystkich kobiet niezależnie od wieku** (*spójne z wynikami badań on-line*)
- ▷ **Brak jednolitego i wiarygodnego przekazu dotyczącego częstotliwości wykonywania badań cytologicznych**. **Program zaleca wykonania badania raz na 3 lata** (w opinii respondentek to zbyt odległy okres, aby zapewnić

rzeczywiście wczesne wykrycie raka szyjki macicy) **natomiast lekarze ginekolodzy zalecają i wykonują badanie podczas rutynowej wizyty raz w roku.**

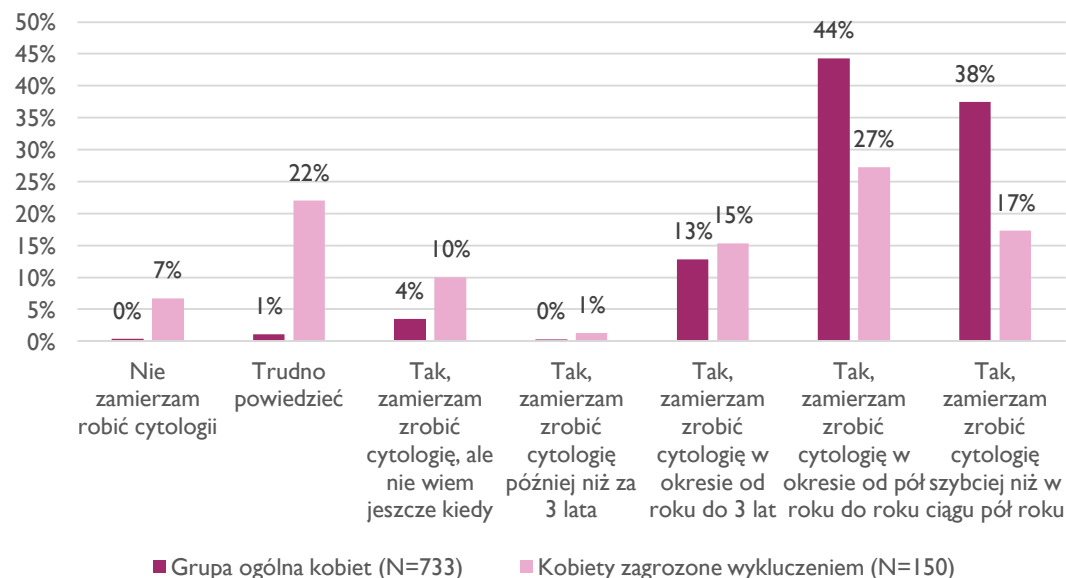
- **Badanie powinno objąć wszystkie kobiety niezależnie od tego, czy posiadają uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej** (spójne z wynikami badań on-line)

DEKLAROWANA CHĘĆ PODDANIA SIĘ BADANIU CYTOLOGICZNEMU BADANIA ON-LINE

W prowadzonych badaniach ilościowych respondentki zostały również zapytane o ich plany, opinie i preferencje dotyczące wykonywania badań cytologicznych. **Chęć poddania się badaniu cytologicznemu w przeciągu najbliższego roku wyraziło 82% z grupy ogólnej i 44% kobiet z grupy zagrożonej wykluczeniem.** Z uwagi na fakt, iż wykonywanie badań cytologicznych w przyszłości może być determinowanych przez wiele czynników, badane kobiety, jak już zostało wspomniane, zostały również zapytane o to, co w ich opinii może przyczynić się do zwiększenia zgłaszalności na badania. **Ponad 77% kobiet z grupy ogólnej zdecydowanie zadeklarowało, że wykonałoby takie badanie, gdyby istniała możliwość zrobienia go w pobliżu domu w wybranym gabinecie. W przypadku kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym, odpowiedzi takiej udzielało 53% badane.**

Również z rozmów indywidualnych wynikało, iż organizacja systemu w taki sposób, żeby wychodził naprzeciw oczekiwaniom pacjentek pod względem lokalizacji oraz terminu realizacji badania ma ogromne znaczenie.

WYKRES 60. CZY ZAMIERZA PANI ZROBIĆ BADANIE CYTOLOGICZNE W PRZYSZŁOŚCI?



GDZIE WYKONAC BADANIE I JAK SIĘ NA NIE ZAPISAĆ

Niemal wszystkie z przebadanych w grupie ogólnej kobiet, wskazały, iż zdecydowałyby się na badanie cytologiczne, gdyby mogły wykonać je w prywatnym gabinecie. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż uczestniczki badań online w wywiadach pogłębionych wskazały, że najczęściej decydują się na wykonanie badań cytologicznych prywatnie z powodów takich, jak: krótszy czas oczekiwania, miłsza obsługa medyczna, posiadaniem abonamentem oraz z uwagi na fakt, iż nie są one ograniczone limitami (prywatnie, tj. za opłatą, mają one możliwość wykonywania badań cytologicznych tak często, jak tego potrzebują). **Możliwość wykonania badania w prywatnym gabinecie również wydaje się istotna dla kobiet zagrożonych wykluczeniem. Chęć skorzystania z takiej możliwości zadeklarowała połowa z badanych kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym,** która wskazywała również w rozmowach na to, że tego rodzaju badania powinny być wykonywane w trakcie rutynowej wizyty u lekarza.

Według raportu Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy, wykonywanie przez kobiety badań cytologicznych w gabinecie prywatnym, jest jedną z głównych przyczyn nieprzyjmowania zaproszeń na badania profilaktyczne [KRSM, 2012: 37].

Duże znaczenie ma również brak utrudnień związanych z zapisaniem się na badanie. **Blisko 90% kobiet, wypełniających kwestionariusz ankiety online, wskazało, iż wykonałoby badanie cytologiczne, gdyby miało możliwość zapisania się na nie telefonicznie lub przez Internet.**

Stworzenie internetowej wyszukiwarki placówek, w których można zrobić badanie cytologiczne również miałyby przełożenie na wzrost zgłaszalności na badania cytologiczne. Ponad 80% respondentek z grupy ogólnej kobiet wskazało, że wykonałoby cytologię, gdyby mogły skorzystać z narzędzia w postaci specjalnej wyszukiwarki.

GDZIE WYKONYWAĆ BADANIE CYTOLOGICZNE?

- ▷ W POBLIŻU DOMU
- ▷ W WYBRANYM PRZEZ KOBIETĘ GABINECIE
- ▷ U WYBRANEGO/ZNANEGO KOBIECIE GINEKOLOGA
- ▷ NAJCHĘTNIEJ W GABINECIE PRYWATNYM/BEZ KOLEJKI, W DOGODNYM TERMINIE, PRZYJAZNE OTOCZENIE, WYŻSZY STANDARD)
- ▷ ZAPISY NA BADANIE – ON-LINE LUB TELEFONICZNIE

BARIERY DOTYCZĄCE ZGŁASZANIA SIĘ NA BADANIA

Bardzo ważnym zagadnieniem są przyczyny niskiego odsetka kobiet zgłaszających się na badania cytologiczne. W badaniach ankietowych poddano analizie odpowiedzi kobiet, które nigdy nie poddały się temu badaniu. W badaniu na ogólnej populacji kobiet było to 26 osób (3,5%), a w badaniu przeprowadzonym przez MONAR 31 osób (20,7%).

Wśród największych barier wymienianych przez kobiety, które wzięły udział w badaniu internetowym znalazły się: wstyd (31%), obawa przed bólem (27%) oraz obawa wykrycia choroby (23%), brak czasu (23%) i brak przypomnień o badaniu (23%).

Podobnych odpowiedzi udzieliły podopieczne **MONAR – wstyd był najczęściej wymienianą przeszkodą (35%). Ponadto relatywnie często wskazywano na: obawę przed wykryciem choroby (26%), brak wiedzy, że kobieta powinna wykonać to badanie (23%), brak wiary w uzyskanie skutecznej pomocy w przypadku nieprawidłowego wyniku (19%).**

WIEDZA DOTYCZĄCA CYTOLOGII I RAKA SZYJKI MACICY

Mobilizacja kobiet do wykonywania badań cytologicznych jest pochodną poziomu wiedzy na temat raka szyjki macicy oraz świadomości istnienia skutecznych metod jego profilaktyki [KRSM, 2010: 25], dlatego też w przeprowadzonych badaniach on-line kobiety były pytane o wybrane aspekty wiedzy o cytologii i raku szyjki macicy. Celem tej części badania była próba analizy wiedzy pacjentek na poddawanie się badaniom cytologicznym.

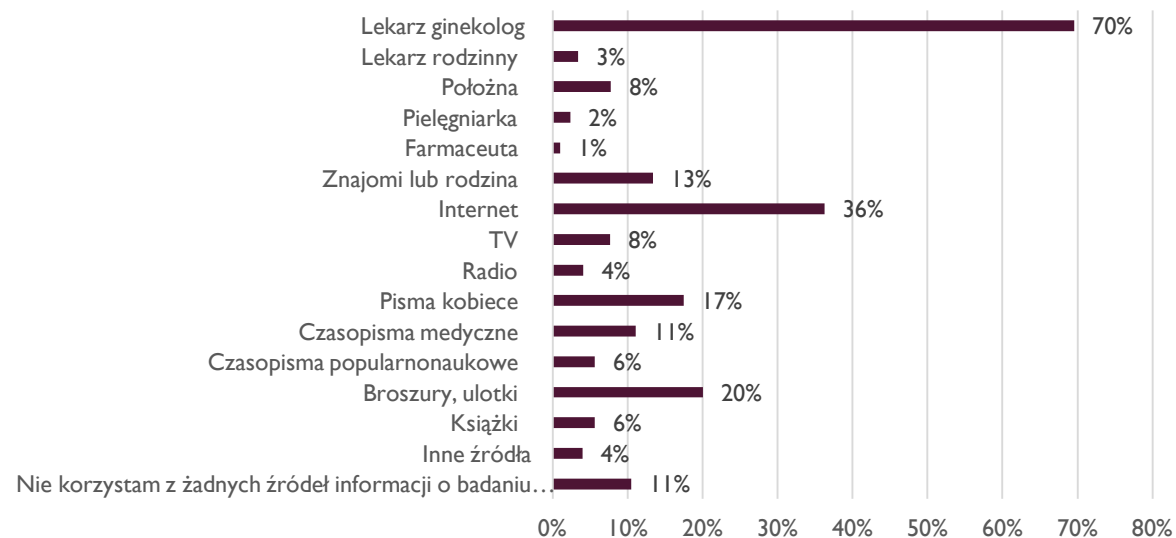
Poproszono respondentki o napisanie własnymi słowami, w jakim celu Pani zdaniem wykonuje się badanie cytologiczne. **Większość odpowiedzi dotyczyła wykrycia raka szyjki macicy, profilaktyki raka szyjki macicy.** Pojawiały się również odpowiedzi bardziej ogólne, związane z dbaniem o własne zdrowie. **W badaniu MONAR dużo rzadziej odpowiadano z bezpośrednim skojarzeniem badania cytologicznego z rakiem szyjki macicy.**

Większość respondentek ankiety internetowej (97% z 632 respondentek) na pytanie o wiek rozpoczęcia robienia badań cytologicznych odpowiedziały, że jest to poniżej 26 roku życia lub po rozpoczęciu życia seksualnego. **Wśród podopiecznych MONAR znaczący odsetek kobiet przyznało się do niewiedzy w tym zakresie (28%).** Odpowiedź poniżej 25 roku życia wskazało 59% badanych.

Kobiety zostały zapytane również o zalecaną częstotliwość badań cytologicznych. **Prawie ¾ respondentek ankiety internetowej udzieliło odpowiedzi: „raz w roku”.**

Dalszą kwestią poruszoną w badaniu **były źródła informacji na temat badania cytologicznego.** W badaniu internetowym najczęściej wskazywano na **lekarza ginekologa (70% kobiet)**, w drugiej kolejności – **Internet (36%)**, na trzecim miejscu uplasowały się broszury i ulotki (20%). Najmniej popularnym źródłem informacji jest farmaceuta, pielęgniarka i lekarz rodzinny. **Ponadto 11% respondentów przyznało, że nie korzysta z żadnych źródeł informacji o badaniu.**

WYKRES 61. SKĄD CZERPIE PANI WIEDZĘ NA TEMAT BADANIA CYTOLOGICZNEGO?

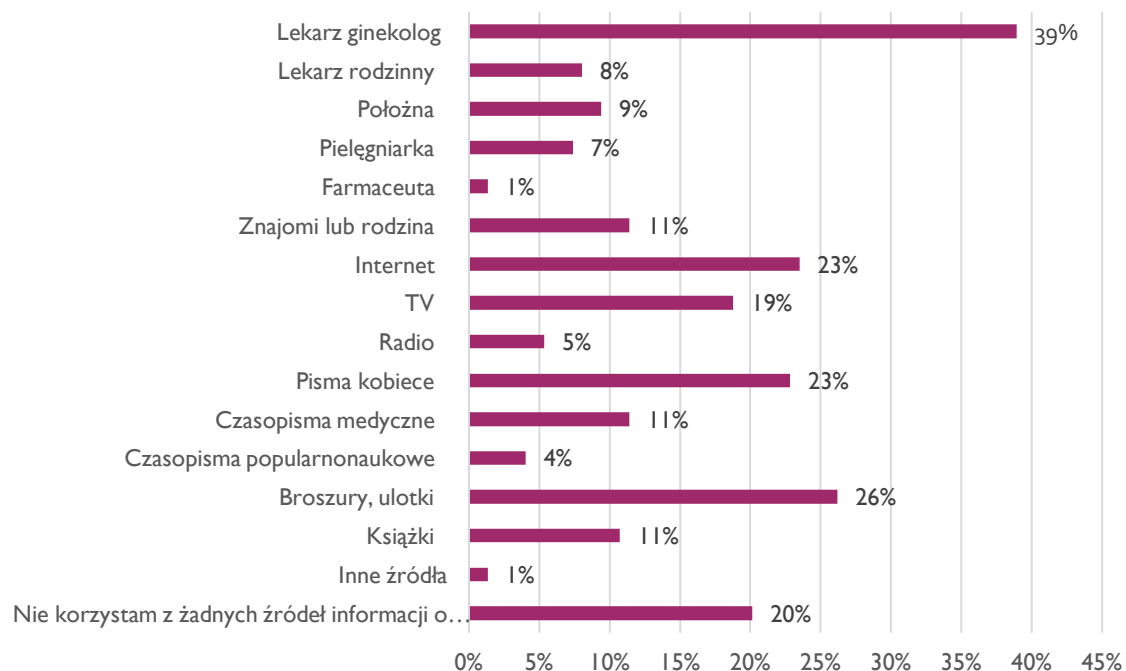


Wśród podopiecznych MONAR najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji na temat badania cytologicznego był lekarz ginekolog (39%), broszury i ulotki (26%), Internet (23%) i pisma kobiece (23%). Natomiast 20% nie korzysta z żadnych informacji o badaniu cytologicznym.

WYKRES 62. SKĄD CZERPIE PANI WIEDZĘ NA TEMAT BADANIA CYTOLOGICZNEGO? (N=150)

ŹRÓDŁA LĘKÓW I ŹRÓDŁA WIEDZY O CYTOLOGII

- ⌋ WSTYD
- ⌋ OBAWA PRZED BÓLEM
- ⌋ OBAWA PRZED WYKRYCIEM CHOROBY
- ⌋ BRAK CZASU
- ⌋ LEKARZ GINEKOLOG
- ⌋ INTERNET



Z przeprowadzanych badań, wynika, iż poziom wiedzy o chorobach nowotworowych i ich profilaktyce jest niewystarczający. Świadczą o tym wypowiedzi 92,8% kobiet uczestniczących w badaniu online oraz ponad połowy podopiecznych MONAR, w opiniach których edukacja w tym zakresie powinna być obowiązkowo realizowana w szkołach. Również w trakcie rozmów kobiety podnosiły, iż wśród nich występuje duży poziom niewiedzy, chociażby co do samego sposobu przeprowadzania badania. Taki stan rzeczy powoduje, iż wiele kobiet nie zgłasza się na badania. Z analizy udzielanych odpowiedzi wynika, iż osobami kompetentnymi do przeprowadzania edukacji, kierowania na badania oraz sprawdzania czy kobiety się na nie zgłaszają są bądź to lekarze ginekolodzy, bądź to lekarze rodzinni.

OCENA JAKOŚCIOWA MATERIAŁÓW I KAMPANII KOMUNIKACYJNYCH

Kampanie społeczne mogą być skutecznym sposobem zmiany postaw. W niniejszym badaniu analizowano wpływ kampanii realizowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia na poddawanie się przez kobiety badaniom cytologicznym. Do tego celu posłużyły pytania zawarte w ankiecie on-line jak również ocena jakościowa materiałów marketingowych podczas badań FGI.

W badaniu on-line zapytano kobiety poddające się badaniu o to co było impulsem, który je do tego skłonił. **Kampanie w mediach zarówno w ankiecie internetowej, jak i ankiecie bezpośredniej realizowanej przez MONAR były motywatorem dla 4% respondentek, z kolei materiały informacyjne odpowiednio dla 2% i 3%. Kobiety w zasadniczej większości nie pamiętają kampanii i ich głównych przekazów, co może świadczyć o niewystarczającym zasięgu, częstotliwości emisji czy też niedopasowaniu przekazu do grup docelowych lub złym wyborze mixu mediów.**

Wszystkim respondentkom, niezależnie od tego czy poddają się badaniu cytologicznemu czy nie zadano pytanie czy pamiętają kampanie realizowane w ostatnich latach. Wśród nich znalazły się dwie ostatnie „Badam się, więc mam pewność” oraz „Zdrowo jest wiedzieć”. Niezależnie od rodzaju kampanii, **większość z nich nie została zauważona przez kobiety (61% respondentek badania internetowego i 57% podopiecznych MONAR przyznaje, że nie widziała żadnej z wymienionych kampanii.**

W przeprowadzonych badaniach FGI w obu grupach badawczych poddano ocenie kobiet dostępne materiały komunikacyjne będące częścią kampanii społecznej.

- I. **SPOT TV POZNAJ KASIĘ- CZĘŚĆ KAMPANII „BADAM SIĘ, WIĘC MAM PEWNOŚĆ”** . Spot sporadycznie był pamiętany przez uczestniczki badania. Oglądały materiał dwukrotnie, a następnie dyskutowały na jego temat omawiając wątki pojawiające się w reklamie.



- Fajnie, gdyby cytologia stała się taka moda. Dbamy o siebie, tak samo jak biegamy, zdrowo się odżywiamy, chodzimy na cytologię, żeby to było na jednym poziomie. Jesteśmy fajne, świadome, dbamy o siebie. Taki lifestyle.

- **Spot podoba się kobietom w obu badanych grupach, natomiast szczególnie pozytywnie przyjęty został przez te młodsze, które w pewnym stopniu identyfikują się z bohaterką – dziewczyną z sąsiedztwa, taka jak ja. Starsze uważają że nie są odbiorcami tej reklamy, chciałyby zobaczyć na nim kobietę dojrzałą.** Pojawia się sugestia że najlepiej aby były jednocześnie dwie bohaterki w różnym wieku
- **Spot ogląda się lekko i przyjemnie, nie straszy. Temat profilaktyki zdrowia przekazany jest za pomocą lifestylowej historyjki z życia młodej kobiety.** Bohaterka Kasia podchodzi do tematu racjonalnie, bez robienia wokół badań profilaktycznych wielkiego szumu. Wizyta u ginekologa jest w jej planie dnia takim samym punktem do odhaczenia jak wizyta u fryzjera.
- **W ocenie starszych kobiet spot raczej nie wybija się z bloku reklamowego, nie przyciąga uwagi bardziej niż inne spoty. Ma niską perswazyjność, nie wywołuje efektu call to action. W niewielkim stopniu tłumaczy, dlaczego warto się badać. Raczej pozwala utwierdzić się w przekonaniu tym kobietom, które są świadome i już się badają, że postępują racjonalnie.**
- **Tymczasem młodsze kobiety twierdziły wręcz przeciwnie, że z pewnością zauważyłyby spot w telewizji, uważały, że jest ciekawy. Wg nich skierowany jest głównie do młodszych kobiet żyjących w miastach.**
- **Przy większym zasięgu i częstotliwości miałby potencjał tworzyć pewien trend, styl życia, w którym jest miejsce na dbanie o siebie, na dbanie o swoje zdrowie.**

- **Obie grupy krytykowały brak wyraźnego „call to action”** – co ja mam zrobić, gdzie mam pójść. Obie grupy uznały że może być to powód że kobiety wykonały cytologię poza Programem. Wybrane cytaty z wypowiedzi respondentek

2.

- Tu jest położony nacisk na coś zupełnie innego. Że ona sobie coś zaplanowała. I planuje jak wszystko inne. Nacisk na to, że ona myśli, tutaj nie pokazuje się tych strasznych rzeczy, taka bardziej 'lajtowa'. Podoba mi się
- Bardziej profilaktyczna jest.
- A mnie nie do końca przekona bo nie wiem po co mi ta cytologia. To reklama dla świadomych kobiet.
- Ja bym bardziej poszła na badanie po czymś co mną potrząśnie, wybije z rytmu dnia jak zobzczę.Bo się przestraszyłam.
- **Myślę, że powinno być kilka przekazów, bo na każdego działa cos innego. Bo jesteśmy różni.**

2. **SPOT TV „ROMAN” CZĘŚĆ KAMPANII „ZDROWO JEST WIEDZIEĆ”** . Uczestniczki Oglądały materiał dwukrotnie, a następnie dyskutowały na jego temat omawiając wątki pojawiające się w reklamie. Spot spontanicznie rozpoznała tylko 1 uczestniczka badania



Tutaj jest poruszona ta kwestia tego, że lepiej nie wiedzieć. Bardzo dużo kobiet ma taką postawę, że nie chcą o tym wiedzieć, bo to znaczy, że nie będą chorowały.

Respondentki pozytywnie oceniły spot „Roman”. Jako główną zaletę wskazywały to, że spot wzbudza zainteresowanie poprzez zastosowanie nietypowego podejścia głównej bohaterki do ważnych życiowych spraw. Otóż bohaterka, mieszkanka pięknego domu z ogrodem wyznaje, że nie zna imienia swojego męża, nie wie również, gdzie on pracuje... bo boi się zapytać, uważa wręcz, że czasami lepiej nie wiedzieć. Respondentki dobrze odczytują ten zabieg, rozumieją, że celowo jest przerysowany.

- Spot ogląda się z dużym zainteresowaniem oczekując na ciąg dalszy historii. Oczywiście następuje niespodziewany zwrot akcji i rozwiązanie zagadki – dziwniejsze niż brak znajomości imienia i miejsca pracy męża bywa tylko to, że kobiety wolą nie widzieć czy są zdrowe. Spot zwraca uwagę na problematykę lęku przed świadomością choroby, co jest jego dużą zaletą, bo badania ilościowe pokazują, że to wcale nie niszowe zjawisko. Spot uświadamia kobietom tę barierę i poprzez to może również przyczynić się do próby przełamania tej bariery.
- W opinii respondentek spot ma potencjał, żeby skłonić do refleksji i działania, wyraźnie wybijają się z bloku reklamowego.
- W młodszej grupie uwidoczniła się chęć widzenia młodszej bohaterki, lub drugiej podobnej historii z udziałem młodszej aktorki i życia typowego dla niej.
- Obie grupy doceniły że na końcu spotu pojawia się „call to action”

- Taki trochę straszący spot ma największą siłę przebicia. -Mnie się podoba. Ja lubię taki absurd. To jest takie zaskakujące.

Jest tu pokazane, że to jest właśnie bezsensowne, głupie to myślenie lepiej nie wiedzieć. Ale robią to tak że się nie obrażasz za tę krytykę☺

- Czy ta reklama jest do Was?

- Do mnie nie, ale do mojej mamy tak.

Czyli z drugiej strony różnorodność jest ważna?

- Tak, zdecydowanie. Bo są różne kobiety, jedne się badają, inne się boją i nie chcą wiedzieć, jeszcze inne się wstydzą...Poza tym wiek też ma znaczenie, jaka aktorka gra, czy ja mogę być nią? W tym przypadku tak ,ale dla mojej córki to abstrakcja.

„BADAM SIĘ MAM PEWNOŚĆ”

Ulotka wzbudziła w uczestniczkach badania ambiwalentne uczucia. Z jednej strony kobiety deklarowały, że zainteresowałyby się ulotką w poczekalni przychodni zdrowia, natomiast po bardziej wnikliwej analizie wypunktowały kilka kwestii:

- **W zakresie grafiki: zdjęcie młodej dziewczyny sugeruje, że ulotka skierowana jest do młodszych kobiet, co może skutkować tym, że starsze kobiety z góry założą (nie czytając ulotki), że Program ich nie dotyczy.**
- **Schemat medyczny budowy narządów kobiecych oraz schemat ilustrujący pobieranie szczoteczką komórek z szyjki macicy zdecydowanie odstrasza i zniechęca. Schematy są zbyt dosłowne, psują estetykę ulotki. Kobiety zdają sobie sprawę, jak zbudowane są ich narządy rodne (a jeśli nie, to z pewnością będą w stanie odszukać takie informacje w razie potrzeby), natomiast epatowanie nimi w ocenianym materiale uznają za całkowicie zbędne. Wiele kontrowersji i skojarzenia wzbudziła sama szczoteczka oraz prezentowanie jej zbliżenia bez żadnych odniesień do skali („czy ona jest rzeczywiście tej wielkości?”).**

- Nie mówiąc już o tym rysunkach... Ale po co mi to?
 - Jeszcze jak kobieta, która nie chodzi na cytologię czyta o wzierniku do pochwy i szczotce.
 - Jak kobieta zobaczy tę szczotkę to w życiu nie pójdzie! Czy ona jest rzeczywistej wielkości ?

- **Język ulotki** oceniono, poza kilkoma wyjątkami, jako **zrozumiały i przystępny**. Zastrzeżenia i wątpliwości budziły sformułowania :
- „Przewlekłe zakażenia onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego” – z uwagi na **medyczne słownictwo, które przeciętnej kobiecie nie pozwoli na ocenę, czy znajduje się w tej grupie ryzyka.**
 - Ponownie jak w przypadku listu, fraza „Badania (...) dla osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej” może budzić wątpliwości, respondentki twierdziły, że **nie każdy skojarzy, że chodzi o posiadanie ubezpieczenia.**

Układ ulotki, w opinii badanych, również warto uporządkować zaznaczając wyraźniej poszczególne sekcje.

- Jakiś chaos. Mamy nazwę programu tutaj, cele programu i w ogóle nie wiemy o co chodzi, na jaki temat jest ta ulotka? Bo tutaj mamy cel programu, nagle anatomia szyjki macicy, nagle tutaj pamiętaj...
- Dlaczego taka młoda jest na ulotce? Program od 25 r.ż.

- Jakiś chaos. Mamy nazwę programu tutaj, cele programu i w ogóle nie wiemy o co chodzi, na jaki temat jest ta ulotka? Bo tutaj mamy cel programu, nagle anatomia szyjki macicy, nagle tutaj pamiętaj...
- Dlaczego taka młoda jest na ulotce? Program od 25 r.ż.

PAMIĘTAJ!
BADANIA REALIZOWANE W RAMACH PROGRAMU SĄ BEZPŁATNE DLA OSÓB UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ.

POPULACYJNY PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA SZYJKI MACICY

Informacje o Programie i jednostkach wykonujących badanie cytologiczne uzyskasz w:

WOJEWÓDZKI OŚRODEK KOORDYNUJĄCY
Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12, bud. E I piętro,
53-413 Wrocław

tel.: (71) 36 89 565 / fax: (71) 36 89 212
E-mail: wok@dco.com.pl

www.wok.wroclaw.pl

RAK SZYJKI MACICY NIE JEST CHOROBA UWARUNKOWANĄ GENETYCZNIE. KAŻDA KOBIETA, W KAŻDYM WIEKU, MOŻE BYĆ NARAŻONA NA ZACHOROWANIE.

REGULARNE WYKONYWANIE BADAŃ CYTOLOGICZNYCH JEST SKUTECZNA METODA PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY.

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy finansowany przez ministra zdrowia w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych.

BADAM SIĘ, MAM PEWNOŚĆ

Celem Programu jest zmniejszenie zachorowalności i umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach oraz podniesienie świadomości kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy.

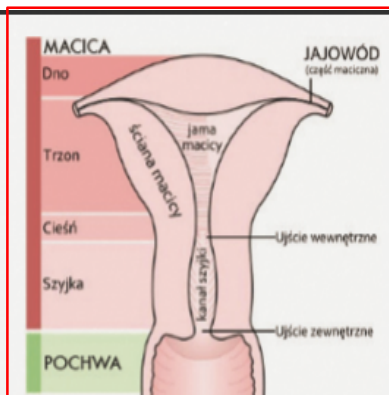
Program obejmuje populację kobiet zdrowych i nieodczuwających dolegliwości w przedziale wieku 25–59 lat w 3-letnich odstępach czasu.

PROGRAM REALIZOWANY JEST W TRZECH ETAPACH:

Etap podstawowy – pobranie wymazu cytologicznego.

Etap diagnostyczny – ocena mikroskopowa pobranego wymazu wg Systemu Bethesda (wynik podany w postaci szczegółowego opisu).

Etap pogłębionej diagnostyki – ma na celu wyjaśnienie nieprawidłowości badania cytologicznego (badanie kolposkopowe lub kolposkopowe z biopsją).



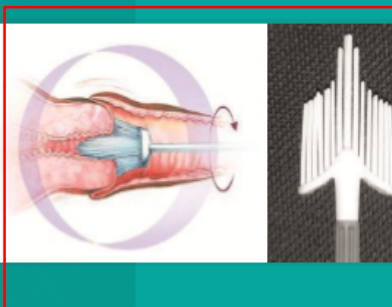
ANATOMIA SZYJKI MACICY

Szyjka to końcowy odcinek macicy wypuklający się do pochwy. Wyróżniamy część pochwową oraz nadpochwową szyjki macicy. Przez szyjkę przechodzi kanał szyjki, który od góry łączy się z trzonem macicy a u dołu uchodzi do pochwy w miejscu zwanym ujściem zewnętrznym.

Część pochwowa, tarcza szyjki pokryta jest nabłonkiem płaskim, kanał szyjki wyścielony jest nabłonkiem gruczołowym. Pomiędzy tymi nabłonkami znajduje się strefa przejściowa w której rozwija się większość raków szyjki macicy. W związku z tym prawidłowo pobrany rozmaz cytologiczny musi zawierać komórki nabłonka płaskiego, nabłonka gruczołowego oraz strefy przejściowej.

Badanie cytologiczne to skuteczne, bezbolesne i bezpieczne badanie komórek z szyjki macicy.

Badanie to pozwala wykryć stany przednowotworowe i nowotworowe szyjki macicy, w czasie kiedy nie ma żadnych objawów. Daje nam możliwość oceny czy znajdujemy się w grupie ryzyka na zachorowanie na raka szyjki macicy.



Do pobrania rozmazu cytologicznego wykonywanego przez lekarza ginekologa lub położną wykorzystuje się sprzęt jednorazowego użytku, tj. wziernik ginekologiczny i szczoteczkę cytologiczną.

Badanie cytologiczne polega na założeniu wziernika do pochwy, pobraniu za pomocą szczoteczki komórek znajdujących się na tarczy i w kanale szyjki macicy, a następnie nałożeniu rozmazu na szkiełko cytologiczne. Rozmaz przekazywany jest do oceny mikroskopowej.

Ja bym się tu przyczepiła do jeszcze jednej rzeczy, bo te ulotki są wydane przez jedną organizację, ale jest tu jedna informacja sprzeczna, bo tak: tutaj jest, że na cytologię najlepiej jest zgłosić się nie wcześniej niż 4 dni po upływie ostatniej miesiączki, w tej były 2 dni, a w liście były 4. To w końcu jak ma być? Czy oni naprawdę wiedzą?

- ▷ Szczegółowe uwagi w ramach poszczególnych sekcji ulotki odnosiły się do:
 - **Cel Programu: brak konkretnych liczb obrazujących korzyści z wykonywania badań cytologicznych w innych krajach** (np. rosnąca liczba badań vs malejąca liczba zachorowań).
 - **Etapy Programu: uznane jako zbędne, ich obecność wprowadza więcej niewiadomych niż cokolwiek wyjaśnia** („co to system Bethesda?”, „co to badanie kolposkopowe?”, „czy jest bolesne?”).
 - **Anatomia Szyjki Macicy: całkowicie niepożądana obecność schematu medycznego**, natomiast opis budowy należy skrócić.
 - **Informacja o badaniu cytologicznym: do skrócenia i uproszczenia druga część opisu, zdecydowanie bez schematu medycznego.**
 - **Czynniki ryzyka: informacje o zagrożonych grupach oceniono jako potrzebne**, pojawiła się jedynie propozycja, aby **przeformułować tytuł sekcji na bardziej przystępny**
 - **Przygotowanie do badania: podobnie jak w liście, informacje te uznano za praktyczne i potrzebne.**
 - **Dane kontaktowe: sekcja z danymi kontaktowymi nie powinna być pomieszana z innymi informacjami**, które tam się obecnie znajdują np. informacja, że rak szyjki macicy nie jest uwarunkowany genetycznie – należy je przenieść do właściwej sekcji.
 - **Brak sekcji mówiącej o konsekwencjach zachorowania na raka szyjki macicy** (np. utrata macicy, a co za tym idzie zdolności do urodzenia dzieci, śmierć).

-Co to jest wirus brodawczaka ludzkiego? Onkogenne - ok, rozumiem, że coś z rakiem, bo onko, ale cała reszta? Ja nie wiem, a może mam tego wirusa, ale nikt mi nie mówi o co chodzi.? Całą resztę rozumiem.

-Dla mnie kompletnie nieczytelna jest ostatnia strona, pomieszane są dane kontaktowe z informacją, że rak szyjki macicy nie jest chorobą uwarunkowaną genetycznie, potem że regularne wykonywanie badań jest skuteczną metodą profilaktyki. To bym dała gdzieś w informacjach o programie albo tam gdzie pokazujemy te statystki.

„ZRÓB BADANIE CYTOLOGICZNE. URATUJ SWOJE ZDROWIE I ŻYCIE!”

PRZECZYTAJ, PRZEKONAJ SIĘ!



Zrób badanie cytologiczne.

Uratuj swoje zdrowie i życie!

MATERIAŁY INFORMACYJNE NA TEMAT PROFILAKTYKI
RAKA SZYJKI MACICY

 **Ministerstwo
Zdrowia**

 **cytologie** Populacyjny
Program Profilaktyki
i Wczesnego
Wykrywania
Raka Szyjki Macicy

www.wok.wroclaw.pl

- A może dać coś takiego, jakieś efekty profilaktyki z innego kraju. Jakies dane. Przecież kobiety też myślą. Inna treść do starszych na wsi i do księdza, a inna dla wielkiego miasta.

- Ja potrzebuję danych nie tylko emocji i ładnej buzi na okładce. Do mnie cyfry przemawiają. Nie za dużo ale np. konkretne przykłady z Europy, że w Skandynawii zaczęli masowo badać kobiety 20 lat temu, i wynik (umieralność) był taki, a po iluś tam latach jest już taki niski, to mi te wartości wystarczą. I to jest super i będę innym mówić.

- W przypadku tej ulotki percepcja młodszych i starszych kobiet różniła się zdecydowanie.
- Młodszym kobietom ulotka się podobała, z małym zastrzeżeniem, że warto byłoby ją skrócić.
- Natomiast starsze kobiety zdecydowanie skrytykowały ulotkę za szatę graficzną, którą określili jako mocno przestarzałą, charakterystyczną dla materiałów z wczesnych lat 90-tych („zdobienia łowickie”, „oldschoolowe”, „obciachowe”, „przestarzałe”, „nie podoba mi się połączenie kolorów żółtego i czerwonego”).
- W opinii respondentek, ulotka spełnia funkcję edukacyjną, ale można ją skrócić bez uszczerbku dla walorów poznawczych – np. informacje o dokonaniach prof. Zur Hausena.

- Tu jest zdecydowanie więcej informacji, i samo badanie jest dokładnie opisane.
- Nawet ten słowniczek jest fajny.
- Z listem ta ulotka byłaby fajna, bo i mama by przeczytała, i babcia i córka.

PRZECZYTAJ, PRZEKONAJ SIĘ!



Zrób badanie cytologiczne.

Uratuj swoje zdrowie i życie!

MATERIAŁY INFORMACYJNE NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY



Ministerstwo Zdrowia



Państwowe Centrum Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

www.wok.wroclaw.pl

GDZIE MOŻNA WYKONAĆ BADANIE CYTOLOGICZNE?

W ramach Programu profilaktycznego badanie można wykonać w każdej poradni ginekologiczno-położniczej posiadającej umowę z NFZ. Wykaz placówek jest dostępny na stronach internetowych NFZ i Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego.

Jak przygotować się do badania cytologicznego:

- na badanie nie należy zgłaszać się w czasie krwawienia miesięczkowego,
- od ostatniego krwawienia miesięcznego powinny upłynąć co najmniej 2 dni,
- na badanie należy zgłaszać się nie później niż 4 dni przed rozpoczęciem miesiączki,
- co najmniej 4 dni przed badaniem nie należy stosować żadnych leków dopochwowych,
- od ostatniego badania ginekologicznego powinien upłynąć co najmniej 1 dzień,
- ostre zapalenie w pochwie należy wyleczyć przed pobraniem rozmazu cytologicznego,
- kobiety które nie miesiączkują, są po menopauzie, powinny przed badaniem skonsultować się z lekarzem celem ewentualnego przygotowania do badania cytologicznego.

W wielu krajach dzięki zorganizowanym, regularnym badaniom profilaktycznym (badanie ginekologiczne połączone z cytologicznym) liczba kobiet umierających z powodu raka szyjki macicy radykalnie się zmniejszyła. Osiągnięcia po kilkudziesięciu latach prowadzenia programów, szczególnie w krajach skandynawskich, dają pewność powodzenia podobnych działań.

„Niezależnie od wieku, statusu społecznego, wykształcenia czy zawodu powinnością każdej kobiety jest dbałość o własne zdrowie. Badania cytologiczne i mammograficzne kosztują nas tylko kilkanaście minut wizyty u lekarza, a często ratują życie. Siła kobiet powinna tkwić również w świadomości, przelamywaniu strachu przed badaniami i odpowiedzialnością za własną kondycję. Nie zapominajmy, że to zdrowie jest kluczem niezbędnym do realizacji pozostałych marzeń i aspiracji”.



JEDYNYM NAPRAWDĘ SKUTECZNYM RATUNKIEM SĄ BADANIA PROFILAKTYCZNE



Wyniki badania cytologicznego oznacza się w systemie Bethesda, który jest trudniejszy w interpretacji, ale niesie więcej informacji w stosunku do poprzednio stosowanego systemu PAPANICOLAU, który jest prostszy i obecnie rzadziej stosowany.

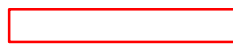
Wynik badania cytologicznego, nawet jeśli jest nieprawidłowy, nie jest stwierdzeniem choroby, nie jest diagnozą. Jest tylko wskazówką, że daną osobę trzeba dokładniej przebadać. Kobieta jest kierowana do pogłębionej diagnostyki. Najczęściej jest to badanie kolposkopowe, które wykonywane jest także w ramach Programu Profilaktycznego.

I to jest dobre "cytologię pobiera się w sposób prosty i całkowicie niebolesny"

- O, i tutaj już widzę inne zdjęcia, panie w różnym wieku. Ale graficznie zupełnie inna. Oni nie mają w tym Programie jakiś standardów?
- Moim zdaniem połowa informacji jest zbędna. Informacja o Nobliście, o rodzajach oznaczeń. Czy to jest potrzebne? Moim zdaniem nie.
- To zdjęcie pani magister jest dla mnie takie z innej bajki. Ja wiem, że ona jakąś stylizację próbuje uprawiać, ale to nie jest wiarygodne. Poza tym nikt jej nie zna, nie jest autorytetem. Tu jest potrzebny wiarygodny ambasador tj, np. aktor Stuhr w innej kampanii społecznej. Trzeba poszukać takiej rozpoznawalnej osoby.

- Dlaczego mówię o tym księdzu, bo na filmie Idy Karpińskiej występuje ksiądz, który zachęca kobiety do badania, bo na wsi panuje przekonanie, że choruje tylko ta, co się puszcza. (...) Rola księdza jest absolutnie edukacyjna.

- ⤵ Na plus oceniono kalendarz badań profilaktycznych oraz słowniczek, padła również sugestia, aby ewentualnie właśnie do słowniczka przenieść informacje o systemach oznaczania badań, bo one niewiele wnoszą.
- ⤵ Dobór zdjęć wykorzystanych w ulotce podkreśla, że Program kierowany jest do szerokiej wiekowo grupy kobiet. Według respondentek zdjęcie przedstawiające kobiety w różnym wieku powinno znaleźć się na okładce ulotki, zamiast obecnej fotografii młodej kobiety.
- ⤵ Respondentki zwróciły uwagę, że stylistyka zamieszczonego zdjęcia Kierownika Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego nie pasuje do stylistyki pozostałych fotografii. Dla spójności materiału warto byłoby zadbać o spójność fotografii, a najlepiej z niej zrezygnować gdyż nic nie wnosi nie jest autorytetem, nikt jej nie zna.
- ⤵ Ulotka byłaby bardziej przejrzysta i czytelna, gdyby tam gdzie to możliwe zastosowano punkty zamiast pełnych zdań. Wyróżnienie pewnych elementów pomogłoby skupić się na najistotniejszych kwestiach.
- ⤵ Język ulotki nie budził większych zastrzeżeń. Jednakże wnioskując z propozycji zmian, hasła na okładce nie czytają się zbyt dobrze, prawdopodobnie to kwestia układu graficznego. Hasło „Przeczytaj, przekonaj się” zostało uznane za zbyt słabe, tak jakby niedopowiedziane. Aby je wzmocnić i uczynić bardziej perswazyjnym zaproponowano uzupełnienie: „Przeczytaj, przekonaj się, zrób badania”. Tymczasem hasło „Zrób badania cytologiczne” już się tam znajduje
- ⤵ Niezbyt dobry odbiór ma hasło na okładce „Uratuj swoje zdrowie i życie!”, sugerowano raczej, aby zastąpić je „Chroń swoje zdrowie i życie!”.



fragmenty wskazane do zmiany



fragmenty określone jako pozytywne

W Polsce rak szyjki macicy jest siódmym pod względem zachorowalności nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet i jednocześnie ósmym na liście nowotworów będących powodem zgonów u kobiet w Polsce. Nowotwory złośliwe szyjki macicy stanowią u Polek 3,6% zachorowań i 4% zgonów na nowotwory. W świetle danych KRN w 2010 roku w Polsce zapadalność na nowotwory szyjki macicy była o około 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej.

Pomimo, iż Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy realizowany jest od 10 lat poziom zgłaszalności kobiet jest na zdecydowanie niezadowalającym poziomie (według oficjalnych danych z SIMP). Dodatkowo, badanie przesiewowe nie dociera do kobiet zagrożonych wykluczeniem, biednych, niepracujących. Badana jest cały czas ta sama pula kobiet. Dodatkowo bazując na przeprowadzonych ilościowych badaniach marketingowych duża część kobiet (40 % w badanej grupie) przeprowadza badanie w prywatnym gabinecie ginekologicznym. Ok 10 % korzysta z abonamentowej opieki medycznej, w ramach której realizuje również badania cytologiczne.

Wynika stąd jasna konkluzja, że dane gromadzone w SIMP nie odzwierciedlają faktycznego stanu rzeczy. Jeśli jednak uznać za wiarygodne dane dotyczące wykonywania cytologii w gabinetach AOS oraz gabinetach prywatnych łączna liczba kobiet w grupie docelowej programu 25-59, która wykonuje badania cytologiczne może osiągać 55-60% populacji. Co nadal jest poniżej zalecanej granicy dla uzyskania efektu populacyjnego. **Niski poziom zgłaszalności na badania jest więc uwarunkowany korelacją dwóch czynników: rozwiązaniami systemowymi oraz niską skutecznością kampanii społecznej realizowanej przez COK w porozumieniu i ze środków MZ.**

Największym wyzwaniem dla decydentów zdrowia publicznego jest takie zaprojektowanie strategii profilaktyki i strategii komunikacji, które umożliwią najbardziej optymalne wykorzystanie środków finansowych i przełożą się na wzrost populacji kobiet poddających się badaniom profilaktycznym. Tylko w ten sposób możliwe będzie poprawienie słabych statystyk dotyczących zapadalności na raka szyjki macicy. W tym wymiarze odpowiednie zaprojektowanie społecznych działań edukacyjnych, które będą miały charakter masowy, a jednocześnie dopasowany do różnorodnych potrzeb kobiet nabiera szczególnego znaczenia. **Komunikacja społeczna odgrywa bowiem kluczową rolę w osiągnięciu celów profilaktycznych Populacyjnego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, a mimo to do tej pory poświęcono jej relatywnie najmniej uwagi i środków.** W analizach i badaniach zdiagnozowano wiele przyczyn wśród których do najważniejszych należą :

- Brak jednej instytucji odpowiedzialnej za planowanie i realizowanie działań komunikacyjnych na terenie całego kraju w następujących po sobie latach. Jest to zarówno Ministerstwo Zdrowia finansujące i akceptujące plany działań oraz COK wraz z oddziałami wojewódzkimi.

- Realizowane kampanie są nieskuteczne i nie docierają do grup kobiet, które nie zgłaszają się na badania, ani do kobiet zagrożonych wykluczeniem ponieważ kolejne kampanie bazują na przekazie uniwersalnym, a więc nieskutecznym gdyż w rzeczywistości adresowanym do nikogo. Nie dokonano żadnej segmentacji i analizy grup docelowych kobiet ograniczając się do mocno uproszczonej opartej wyłącznie na kategorii wiekowej (kobiety 25-59 lat)
- Brak systematyczności i ciągłości kampanii chociażby wspólnej stylistyki, jednego tego samego hasła spinającego kolejne spoty i materiały, ułatwiającego zapamiętanie kolejnych odsłon kampanii, znaku-symbolu rozpoznawczego kampanii (chociażby na wzór różowej wstążki)
- Opóźnienia w realizacji kampanii promocyjnej oraz działań edukacyjnych z powodu nieterminowej realizacji umów w tym przekazania środków finansowych
- Media – planowanie i zakup powierzchni reklamowych. Całkowity brak profesjonalizacji tego obszaru poprzez współpracę i korzystanie z ekspertyzy wyspecjalizowanych podmiotów (Domów Mediowych). Media kupowane są nieefektywnie. Przez wiele lat stosowane są te same narzędzia nie uwzględniające zachodzących na rynku mediów zmian zarówno w konsumpcji mediów jak i dynamicznym rozwoju nowych narzędziach i technikach komunikacji (media cyfrowe, urządzenia mobilne). Ignorowanie nowoczesnych form przekazu, schematyczne trzymanie się kilku wybranych form bez analizy ich rzeczywistego wpływu.
- Całkowite ignorowanie znaczenia mediów cyfrowych. Mnogość stron www, które tworzone są chaotycznie, a ich szata graficzna jest niespójna z pozostałymi materiałami kampanii, treści przeznaczone dla kobiet adresatek kampanii wymieszane są z treścią przeznaczoną do realizatorów Programu. W efekcie trudno jest ocenić jaki jest główny cel informacyjny stron i do kogo są one skierowane. Powszechne mechanizmy SEM i SEO nie są stosowane w celu promocji stron i ich zawartości.
- Błędy w konstrukcji i brzmieniu zaproszeń – brak dedykowanych treści zaproszeń dla poszczególnych grup kobiet, które niezależnie od statusu społecznego, miejsca zamieszkania, czy wieku otrzymują takie same zaproszenia z WOKów. Treść listów nigdy nie była opiniowana w grupie kobiet objętych Programem.
- Z przyczyn proceduralnych i finansowych opóźnienia w wysyłce imiennych zaproszeń do kobiet stają się standardem,
- Brak zaangażowania lekarzy POZ w działania profilaktyki nowotworów – chodzi głównie o motywowanie kobiet do uczestnictwa w badaniach przesiewowych (ginekolodzy, lekarze pierwszego kontaktu). POZ nie jest uwzględniony jako integralny kanał komunikacji z kobietami.
- Niewystarczająca współpraca w ramach Programu z najbardziej prężnymi NGO działającymi w ochronie zdrowia.

Pierwszy generalny wniosek jaki nasuwa się po zanalizowaniu głównych problemów niskiej skuteczności dotychczasowych działań to sięgnięcie do podstaw czyli przeprowadzenie wraz z Instytutem Badawczym ogólnopolskiego badania typu Omnibus na reprezentatywnej grupie kobiet, jak również przebadanie całości materiałów komunikacyjnych w badaniach jakościowych zrealizowanych w różnych regionach Polski (uwzględnienie struktury mieszkańców, województw o najniższej zgłaszalności, różnego wieku kobiet, różnego statusu materialnego i wykształcenia). Informacje pozyskane w badaniach pomogą w przeprowadzeniu segmentacji grup docelowych i dokładnemu ich opisaniu pod względem socjologicznym. Umożliwią również zebranie tzw. insightu Insight to obserwacja odbiorcy komunikatu, czyli wydobycie wiedzy o podstawach jego pragnień/obaw, zachowań w danych sytuacjach. Insight rodzi się z obserwacji, ze zrozumienia, z uwagi, z zagłębienia się w świat odbiorcy, co do tej pory w ogóle nie było uwzględnianie w konstruowaniu strategii przekazu. Dopiero na podstawie tak przygotowanych informacji oraz wyraźnego określenia celu kampanii na wielu poziomach (w obszarze edukacji, zgłaszalności, rozpoznawalności spontanicznej i wspomaganą hasła kampanii) oraz metod pomiaru efektów Agencja Reklamowa może przystąpić do prac strategicznych i kreatywnych.

OKREŚLENIE, OPISANIE I SEGMENTACJA GRUP DOCELOWYCH

Od 10 lat przekaz kampanii kierowany jest do grupy docelowej określonej na podstawie danych epidemiologicznych, niezbędnych do określenia ram funkcjonowania Programu, są to ubezpieczone kobiety w wieku 25-59 lat. Nie uwzględniano takich czynników jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan zdrowia, wiedza zdrowotna, możliwe bariery o podłożu psychologicznym oraz infrastrukturalnym (utrudniony dostęp do świadczeń). Przykładowo segmentacja grup docelowych na potrzeby zbudowania zróżnicowanego przekazu może wyglądać tak (tak jak wzmiankowano powyżej obligatoryjne jest wykonanie badań):

1. Grupa podstawowa
 - a. Kobiety w różnych momentach życia. Segmentacja w oparciu o badania i potrzeby w zakresie profilaktyki, uwzględnienie wieku, poziomu wiedzy zdrowotnej, wykształcenie
 - b. Kobiety z grup zagrożonych wykluczeniem (niewykształcone, trwale bezrobotne, samotnie wychowujące duże potomstwo, będące pod opieką Ośrodków Pomocy Społecznej i takich organizacji jak MONAR)
2. Grupy uzupełniające

- a. Mężczyźni- ważna grupa wspierająca z uwagi na role jakie pełnią w życiu kobiet. Segmentacja w oparciu o wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz rolę jaką pełnią (partner-mąż, ojciec, syn)
- b. Młodzież gimnazjalna i licealna- zarówno jeśli chodzi o wiedzę dot. ich własnego zdrowia jak i zdrowia matek, babć, siostr.
- c. Profesjonaliści w ochronie zdrowia- lekarze POZ (ginekolodzy, lekarze pierwszego kontaktu, pediatrzy, położne)
- d. Pozostali Profesjonaliści- pracownicy Opieki Społecznej (dotyczy kobiet z ze środowisk zagrożonych wykluczeniem), nauczyciele
- e. Dziennikarze – media ogólnopolskie i lokalne

ZAŁOŻENIA DO STRATEGII

- 1. Skuteczna profilaktyka nowotworów wymaga skutecznej kampanii społecznej.

Działania komunikacyjne w zakresie edukacji i promowania wiedzy na temat profilaktyki nowotworowej raka szyjki macicy powinny mieć charakter masowy, regularny, długoterminowy, ogólnopolski i być integralnym elementem Programów skринingowych. Tylko odpowiednia korelacja działań systemowych i komunikacyjnych uwzględniająca różnorodne potrzeby kobiet w przedziale wiekowym 25-59 poddanych segmentacji i wydzieleniu grupy zagrożonej wykluczeniem ma szansę osiągnąć efekt populacyjny.

- 2. **Planowanie strategii komunikacji jak również jej realizację należy powierzyć jednej instytucji centralnej, która miałaby kompetencje merytoryczne oraz dysponowała budżetem zapewniającym ciągłość i systematyczność kampanii.**

3. Kampanie

- a. **Realizowane kampanie powinny posiadać jasno określone cele (KPI),** których poziom realizacji oceniany byłby raz do roku za pomocą profesjonalnych badań marketingowych.
- b. **Planowaniem kampanii i zakupem mediów powinny zająć się wyspecjalizowane podmioty posiadające odpowiednią wiedzę, oprogramowanie i narzędzia umożliwiające optymalizację działań i kosztów zakupu oraz pomiar skuteczności dotarcia komunikatu do odbiorców. Kampania powinna wykorzystywać różnorodne formy i kanały komunikacji w tym nośniki niestandardowe oraz narzędzia remarketingu** umożliwiające wielokrotne wyświetlanie komunikatu przypominającego temu samemu odbiorcy, który odwiedził stronę www, obejrzał spot w YT czy też wykonał inną aktywność w Internecie. Mechanizm ten wielokrotnie zwiększa ilość kontaktów odbiorcy z przekazem.

W planach mediowych rekomendowane jest wykorzystanie bezpłatnych czasów antenowych dedykowanych kampaniom społecznym. **W ramach swojej misji społecznej media narodowe takie jak Telewizja Polska oraz Polskie Radio**

powinny udostępnić taki nieodpłatny czas antenowy na emisję reklam kampanii społecznej poświęconej profilaktyce raka szyjki macicy.

- c. Na podstawie zebranych opinii kobiet w badaniach jakościowych jak również własnych analiz i wiedzy eksperckiej kluczowe jest **wykorzystanie elektronicznych kanałów komunikacji jako sposobu dotarcia z informacją o Programie i zaproszeniem na badanie cytologiczne**. Propozycją do rozważenia są mailingi z zaproszeniami do użytkowniczek poczty elektronicznej (np. Gmail.com, Gazeta.pl, Onet.pl, WP.pl, itp.) – jako uzupełnienie tradycyjnej formy listu-zaproszenia, szczególnie z myślą o młodszych kobietach oraz starszych, ale otwartych na elektroniczne kanały. Oznacza to że w SIMP powinny być gromadzone dane mailowe uczestniczek badania skriningowego. Już teraz w SIMP gromadzone są nr telefonów uczestniczek badania, które wykorzystywane są wyłącznie do kontaktu w przypadku negatywnego wyniku badania.

Wartą do rozważenia techniką komunikacji jest wykorzystanie SMS do przypomnienia o badaniu. Kolejnym pomysłem poddanym przez uczestniczki badań fokusowych jest Stworzenie specjalnej aplikacji na smartfony, która pozwalałaby prowadzić bezpieczne życie intymne w tym kontrolować terminy badań, przypominać o umówionych badaniach i wizytach u lekarza, powiadamiałaby, że wyniki badania są już do odbioru, zwierzałaby wyszukiwarce z listą ośrodków, gdzie można wykonać cytologię ect.

- d. **List- zaproszenie** na badanie zgodnie z sugestiami kobiet uczestniczących w grupach fokusowych powinien zostać poddany modyfikacji uwzględniającej zróżnicowanie treści w zależności od sytuacji zdrowotnej kobiety (kobiety wchodzące do Programów, wychodzące z nich lub będące w trakcie ich trwania.). Odrębna treść zaproszeń kierowanych do kobiet z grupy zagrożonej wykluczeniem. Równomierna cykliczna i całoroczna wysyłka zaproszeń listowych oraz uzupełnienie komunikacji o zaproszenia e-mailowe oraz SMS. Zaproszenie może być formą vauchera uprawniającego do realizacji badania cytologicznego w wybranym gabinecie

- e. **Przekaz i jego konstrukcja**

Budując przekaz kampanii jak również opracowując materiały edukacyjne należy uwzględnić różnorodne potrzeby, postawy i źródła kobiecych lęków związanych z badaniem cytologicznym. Koncepcje kampanii, hasła reklamowe, treści materiałów w tym listów - zaproszeń powinny być każdorazowo konsultowane z kobietami w odpowiednio segmentowanych grupach docelowych przy pomocy techniki zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI).

Sam przekaz komunikacyjny aby był skuteczny powinien wykorzystywać Insight jednolity dla grupy odbiorców i mieć duży ładunek emocji, skłaniać do refleksji, zaskakiwać wywoływać dyskusje. Działając w długim okresie czasu ma szansę wpłynąć na zmianę postaw. Jak wynika z przeprowadzonych badań uniwersalny przekaz nie istnieje dlatego rekomendowane jest opracowanie kilku różnych linii kreatywnych wzajemnie się uzupełniających i spiętych tą samą stylistyką oraz hasłem. Wśród nich oprócz kreacji lifestylowej czy perswazyjnej powinien znaleźć się spot bazujący na silnych emocjach cechujący się elementem zaskoczenia czy nietypowym ujęciem problemu pokazującym konsekwencję zaniedbań własnego zdrowia. Taki spot szansę poruszyć większe grupy społeczne i zainicjować dyskusję wokół problematyki badań profilaktycznych.

Komunikacja powinna towarzyszyć kobiecie na wszystkich etapach Programu czyli:

- i. przed badaniem (treść listu- zaproszenia, jego forma i sposób dystrybucji) + inne nowoczesne kanały komunikacji
- ii. przed badaniem (multimedialne kampanie edukacyjno- informacyjne, materiały drukowane, strona internetowa, działania PR, spotkania i prelekcje w szkołach średnich, wydarzenia/happeningi w przestrzeni miejskiej)
- iii. po badaniu z prawidłowym wynikiem (standardy komunikacji wyników obejmujące czas i formę komunikacji lekarza z pacjentką)
- iv. po badaniu z nieprawidłowym wynikiem (standardy komunikacji dot. dalszej diagnostyki pogłębionej ze wskazaniem kiedy i gdzie należy ją podjąć. W takim przypadku dla kobiet niezwykle istotna jest odpowiedź na pytanie co dalej będzie się działo? gdzie się zgłosić się na badanie? jak długo trwać będzie dalsza diagnostyka? W jaki sposób dowiem się o wyniku?

W obecnym Programie brak jest wytycznych, co do prowadzenia pacjentki przez system, ani żadnych obowiązków w tym zakresie po stronie świadczeniodawcy.

a. Działania Public Relations- symbole i Ambasadorzy Kampanii

Jak pokazują skuteczne kampanie społeczne realizowane przez NGO również w obszarze ochrony zdrowia dobre efekty dla zwiększenia wyrazistości kampanii, wzrostu zaangażowania emocjonalnego i świadomości problemu, a poprzez to poprawę wskaźników zgłaszalności na badania przyniosłyby następujące działania:

- i. Zaangażowanie Ambasatorek Programu – znanych twarzy, celebrytów, influencerów, kobiet w różnym wieku. Podniosłoby to przede wszystkim rozpoznawalność Programu i pomogło wykreować modę/ trend na badania profilaktyczne (modny, aspirujący lifestyle). Różnorodność postaci pozwoli na uwidocznienie, że problem dotyczy kobiet w każdym wieku bez względu na status społeczny, czy miejsce zamieszkania.
- ii. Zaangażowanie jako twarzy Programu zwyczajnych kobiet, które skorzystały z Programu i dzięki temu choroba została wykryta we wczesnym stadium , co pozwoliło na pełny powrót do zdrowia (konkretna, rzeczywista korzyść wynikająca z badania, co więcej – autentyczny przypadek).
- iii. Odpowiedni wybór osób które będą Ambasadorami kampanii wymaga poznania z zrozumienia różnic pomiędzy pokoleniami jeśli chodzi o znane osoby które uważają za swoich idoli. Wiedzy takiej dostarcza m.in. badania „House of Influence” ARC Rynek i Opinia z lutego 2016 r. W rankingu dziesięciu postaci, które w największym stopniu wpływają na konsumentów z grupy wiekowej 15–25 lat, 8 osób to przedstawiciele świata online. Postaci ze świata Internetu są dla młodszych konsumentów bardziej wiarygodne, niezależne, mają ciekawsze treści do przekazania niż gwiazdy tradycyjnych mediów. Z kolei dla osób powyżej 35. roku życia świat internetowych twórców zdaje się nie istnieć. W czołowej dziesiątce influencerów w rankingu grupy wiekowej 36–55 lat znajdują się osoby popularne dzięki telewizji. Młodzi na pewno je znają, a jednak nie umieścili żadnej z nich w top 10.
- iv. Stworzenie symbolu Kampanii na wzór różowej wstążeczki, który będzie spajał cały Program i podniesie jego rozpoznawalność. Taki symbol daje szerokie możliwości wykorzystania we wszystkich materiałach komunikacyjnych, jest ważnym, symbolicznym, nośnikiem przekazu. Noszenie symbolu, oznaczenie nim swojego konta na FB, Instagramie oznacza przynależność do społeczności, które jest niezmiernie istotne szczególnie w młodszych grupach.

- v. Stworzenie symbolicznego gadżetu / upominku dla kobiet, które zgłoszą się na badanie w ramach Programu. Rzeczy użytecznych, opatrzone symbolem, zaskakującym hasłem (T-shirt). Taki gadżet mógłby być też dostosowany do nagradzania pozostałych grup docelowych (mężczyźni) kampanii uczestniczących np. w konkursie lub innej aktywności on-line. Jednocześnie rekomendowana jest rezygnacja z produkcji upominków rozdawanych chaotycznie podczas różnego typu wydarzeń, szkoleń i pogadanek (długopisy, lusterka, parasolki) jako elementów przypadkowych, kosztotwórczych i nieniosące ze sobą żadnych wartości ideowych i informacyjnych.
- vi. Stworzenie własnego wydarzenia, jako integralnego elementu kampanii, które miałyby charakter cykliczny, ogólnopolski, społecznościowy (na wzór biegu policz się z cukrzycą) i adresowane byłoby do szerokiej populacji zarówno mężczyzn jak i kobiet. Działanie takie niesie w sobie szeroką możliwość prowadzenia skoordynowanych działań PR, zaangażowania samorządów, połączenia wydarzenia z przeprowadzeniem akcji edukacyjnej oraz wykonaniem badań w cytobusach.
- vii. Opracowanie kompleksowej strategii działań Public Relations, która będzie integralnym elementem strategii komunikacji społecznej. Prowadzenie intensywnych działań media relations i edukacyjnych kierowanych do przedstawicieli mediów ogólnopolskich i regionalnych budujących wiedzę na temat problemu wysokiej zapadalności kobiet na RSM, jak również Programu profilaktyki i samej kampanii społecznej. Pozyskanie do współpracy znanych programów telewizji śniadaniowej pozwoliłoby na skuteczną budowę zasięgu, popularności tematu, kampanii i towarzyszących jej wydarzeń (bieg, FB challenge). Plasowanie tematu w wysokonakładowych pismach kobiecych oraz współpraca z ekspertami oraz autorytetami medycznymi pozwoli na przekazywanie wiarygodnych treści szerokiej grupie czytelniczek. Propagowanie symbolu kampanii oraz głównych wydarzeń w mediach tradycyjnych i on-line.

4. Komunikacja w Internecie

Według badań CEBOS z 2015 roku w Polsce z Internetu regularnie (przynajmniej raz w tygodniu) korzystało w Polsce niemal dwie trzecie dorosłych mieszkańców Polski (64 proc.). Internauci spędzają średnio w sieci 13 godzin tygodniowo. 79 % z nich łączy się z siecią bezprzewodowo poprzez takie urządzenia jak smartfon, tablet czy laptop. W tej i poprzedniej dekadzie zaszły ogromne zmiany w tym zakresie. W 2002 r. z Internetu regularnie korzystało tylko 17 proc. Polaków. Dane te prowadzą do oczywistych wniosków, że bez uwzględnienia nowoczesnych mediów w mixie kanałów komunikacji nie uda się opracować skutecznej kampanii społecznej. Podstawą jest witryna internetowa Programu.

Należy opracować jedną nowoczesną, atrakcyjną wizualnie oraz mobilną stronę internetową poświęconą profilaktyce raka szyjki macicy i Programowi skryningowemu (dostosowaną do wyświetlania na urządzeniach mobilnych typu smartfony, tablety). Strona ta powinna być wyłącznie dedykowana zdefiniowanym wcześniej grupom docelowym Programu i zawierać opracowane przez ekspertów, zrozumiałe i kompleksowe informacje poparte danymi, grafikami, materiałami video i być kompendium wiedzy autoryzowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Integralną częścią strony powinna być wyszukiwarka umożliwiająca zlokalizowanie świadczeniodawców, u których można wykonać badanie profilaktyczne. Wyszukiwarka powinna udostępniać dane kontaktowe oraz możliwość umówienia się na badanie on-line.

Strona powinna być objęta długofalowymi działaniami SEM i SEO gwarantującymi wysokie pozycje w wyszukiwarkach oraz promowanie treści edukacyjnych z wykorzystaniem słów kluczowych. W ten sposób ruch internetowy po zdefiniowanych słowach kluczowych związanych z profilaktyką raka szyjki macicy będzie kierowany do jednego, wiarygodnego źródła informacji. Należy zmienić domenę pod jaką dostępna będzie witryna za pozytywną i kojarzącą się z profilaktyką (rakszyjkimacy z uwagi na negatywną konotację powinna być zamknięta). Nowa strona www wraz ze stronami poświęconymi wyłącznie kampanii tzw. landing page powinna być uwzględniana jako jeden z ważniejszych kanałów komunikacji.

Rekomendowane jest również opracowanie odrębnej strona www skierowanej do interesariuszy instytucjonalnych Programu (lekarze POZ, pracownicy OPS, edukatorzy zdrowotni, świadczeniodawcy). W planowanej kampanii należy uwzględnić również uruchomienie takich kanałów komunikacji jak FB, YouTube, Twitter które będą pełnić ważną rolę w kampaniach edukacyjnych. Kanały te umożliwiają one precyzyjne dotarcie z przekazem (socjo i geotargetowanie) interakcję pomiędzy nadawcą i odbiorcą oraz budowę emocjonalnego zaangażowania niezbędnego do wywołania zmiany postaw społecznych.

5. Komunikacja Programu w POZ z aktywnym udziałem personelu medycznego

Lekarze ginekolodzy jak również lekarze POZ powinni być jednym z podstawowych źródeł informacji dla kobiet o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka szyjki macicy. Aby umożliwić właściwą współpracę na linii lekarz –pacjent należy opracować odpowiednie materiały dla personelu medycznego, a następnie włączyć go do działań edukacyjnych będących ważnym elementem strategii komunikacji społecznej. Konieczne będzie ustalenie standardu informacyjnego, a następnie opracowanie materiałów edukacyjnych oraz dedykowanej strony www.

6. Programy edukacyjne dla młodzieży szkolnej

Właściwą profilaktykę raka szyjki macicy należy zaczynać dość wcześnie, tak aby skutecznie kształtować odpowiednie postawy zdrowotne wśród młodych ludzi. Należy włączyć do programów nauczania gimnazjów i szkół średnich informacje dotyczące najczęściej występujących chorób nowotworowych w Polsce (w tym RSM) oraz niezbędnych działań profilaktycznych. Istotne dla powodzenia działań jest ich systemowy charakter. Wymagałoby to współpracy MZ z MEN celem opracowanie odpowiedniego programu, który włączony byłby do programu nauczania w ramach wybranego przedmiotu. W przypadku edukacji kierowanej do ludzi młodych istotne jest aby przyjęła ona nowoczesną, angażującą formę warsztatową oraz posługiwała się narzędziami elektronicznymi. Żadna akcja edukacyjna nie osiągnie zadowalających efektów wśród młodzieży jeśli nie wykorzysta nowych technologii. Wykorzystanie kanałów komunikacji tj. FB, YT, Google+ oraz zaangażowanie we współpracę znanych i podziwianych przez młodych digital-influencerów (celebrytów internetowych) wydaje się warunkiem koniecznym.

7. Grupa Zagrożona Wykluczeniem

W obecnie realizowanym Programie najbardziej poszkodowaną grupą są kobiety niewykształcone, nieubezpieczone, zagrożone wykluczeniem, z najuboższych środowisk – do nich Program nie dociera. W wielu międzynarodowych badaniach potwierdzono występowanie silnego związku między ubóstwem mierzonym poziomem dochodu a umieralnością z powodu raka szyjki macicy. Większa umieralność na obszarach z wyższym poziomem ubóstwa odzwierciedla częstsze występowanie, ale także niższą

zgłaszalność na badania przesiewowe. U kobiet nie uczęszczających regularnie na badania przesiewowe ryzyko rozpoznania nowotworu w bardziej zaawansowanym stadium, kiedy nie jest już możliwe skuteczne jego leczenie jest wyższe.

Na podstawie przeprowadzonych w ramach audytu społecznego NPPWWN badań, które objęły grupę kobiet zagrożonych wykluczeniem, podopiecznych MONAR wynika, że poziom udziału kobiet w profilaktycznych badaniach przesiewowych zależy od czynników społecznych. Należy do nich trudna sytuacja materialna, bezrobocie bądź brak regularnych dochodów, samotność, słabe wykształcenie, niski status społeczny, wiek, miejsce zamieszkania.. Kobiety te mają relatywnie niską świadomość zdrowotną i chęć uczestnictwa w programach profilaktycznych. Dotarcie do tej specyficznej populacji i nakłonienie jej do badań jest niezwykle trudnym wyzwaniem z uwagi na ich niski poziom partycypacji społecznej. Jak zaobserwowano w grupie zagrożonej wykluczeniem głównym motywatorem do wizyty u ginekologa jest ciąża stąd zaangażowanie lekarzy POZ (ginekolog, położna, pediatra) w aktywną komunikację może odnieść pozytywne rezultaty.

Wnioskiem, który się nasuwa po analizie dostępnych źródeł i materiałów **jest odrębna organizacja systemowa wsparta dedykowaną tym środowiskom kampanią edukacyjną. Profilaktyka dla kobiet ze środowisk zagrożonych wykluczeniem jak również edukacja powinna być zorganizowana z wykorzystaniem sieci Ośrodków Pomocy Społecznej.** W każdym OPS powinien zostać umiejscowiony koordynator edukacji i organizacji profilaktyki dla kobiet wykluczonych, który we współpracy z placówkami POZ koordynowałby zadania związane z edukacją i organizacją udziału kobiet w badaniach profilaktycznych. Dla pracowników socjalnych i asystentów rodziny należy opracować odrębne materiały edukacyjne i szkoleniowe, a także poprzez udział w cyklu szkoleń przygotować do prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki nowotworów.

Komunikację do grupy kobiet zagrożonych wykluczeniem należy zbudować w oparciu o pogłębione badania jakościowe tak aby zidentyfikować główne źródła obaw i oporów tej grupy odbiorców. Komunikaty reklamowe jak również materiały edukacyjne oraz list- zaproszenie powinny być odrębnie zaprojektowane, a przekaz uproszczony i dostosowany do możliwości poznawczych. Podstawą komunikacji pozostaje list- zaproszenie, oraz broszury informacyjne, które w trakcie spotkań indywidualnych powinny być przekazywane przez pracowników OPS. W projektowanych działaniach komunikacyjnych ważnym kanałem dotarcia, który należy uwzględnić jest Internet oraz media społecznościowe w tym FB oraz wybrani popularni wśród tej grupy influencerzy. Skutecznym narzędziem komunikacji z tą grupą społeczną jest wciąż TV , a zwłaszcza popularne serialne. Zasadnym może być wykorzystanie w kampanii Ambasadorki-aktorki występującej w serialu cieszącym się największą oglądalnością (wybór musi być poprzedzony badaniami gdyż musi być to osoba wiarygodna źródło aspiracji i autorytetu). W przypadku tej grupy docelowej edukacja musi iść w parze z łatwym dostępem do badań. W tym celu warto wykorzystać dedykowane narzędzia: cytobusy, a ich trasy dopasować do lokalizacji OPS'ów Istotnym motywatorem mogą być również drobne nagrody za udział w programie i/lub za zaproszenie dodatkowych kobiet do akcji.

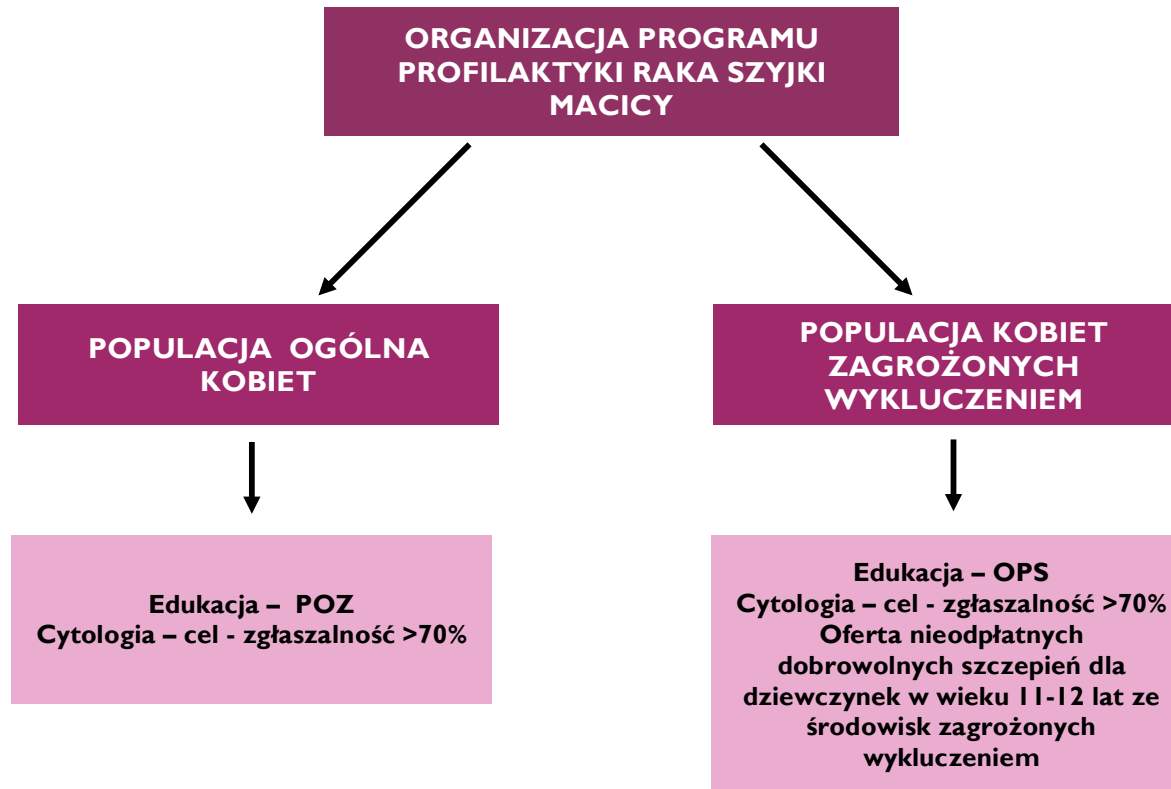
**WNIOSKI
I REKOMENDACJE
Z AUDYTU SPOŁECZNEGO**

GŁÓWNE WNIOSKI I REKOMENDACJE

LP.	GŁÓWNE WNIOSKI	REKOMENDACJE
1	Nie dokonano dotychczas analizy, ani nie podjęto próby poprawy niskiej zgłaszalności i skuteczności programów profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów po pierwszych 10ciu latach ich realizacji, pomimo zgłaszanych w raportach z realizacji NPZCHN co roku problemów, dotyczących niskiej zgłaszalności na te badania. Dotychczasowa 10 letnia realizacja programów nie miała istotnego wpływu na poprawę parametrów zachorowalności, umieralności oraz przeżyć z powodu tych dwu typów nowotworów.	Nowelizacja NPZCHN na lata 2016-2024 powinna stać się okazją do przeprowadzenia dogłębnej analizy skuteczności realizowanych w Polsce od 10ciu lat programów profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów oraz do przeprowadzenia dogłębnych zmian w obszarze organizacji, komunikacji i finansowania tych programów.
2	NPZCHN na lata 2016-2024 w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów nie został objęty Ustawą o zdrowiu publicznym oraz nie jest on elementem Narodowego Programu Zdrowia. Profilaktyka nowotworów należy do zadań administracji publicznej w zakresie zdrowia publicznego i nie powinna być z niego wyłączana.	Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów jest istotnym zadaniem zdrowia publicznego. NPZCHN na lata 2016-2024 w aspekcie pierwotnej profilaktyki nowotworów oraz programów populacyjnych wczesnego powinien zostać objęty Ustawą o Zdrowiu Publicznym oraz ujęty wraz z innymi programami profilaktyki w ramach Narodowego Programu Zdrowia.
3	10 lat doświadczeń w zakresie prowadzenia programów profilaktyki nowotworowej wskazuje, że brak dostosowania programów do potrzeb zdrowych kobiet owocuje niską zgłaszalnością kobiet na badania profilaktyczne.	Należy zmienić podejście do profilaktyki nowotworowej, a strategię programów profilaktycznych oprzeć na potrzebach zdrowych kobiet. Te potrzeby należy rozpoznać, a następnie dostosować do nich organizację, finansowanie i komunikację w programach.
4	Populacyjne programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów przekładają się na skuteczność w zakresie zmniejszenia zapadalności, umieralności i wydłużenia przeżyć pod warunkiem osiągnięcia zgłaszalności przekraczającej 70% populacji docelowej.	Należy dążyć do osiągnięcia w programach profilaktyki nowotworowej poziomu zgłaszalności przekraczającego 70%, określonego na podstawie udokumentowanych wiarygodnych danych gromadzonych przez wspólny system monitorowania profilaktyki nowotworowej, gromadzący dane nie tylko od świadczeniodawców publicznych, ale także prywatnych i abonamentowych.

LP.	GŁÓWNE WNIOSKI	REKOMENDACJE
5	<p>Potrzeby kobiet dotyczące profilaktyki nowotworów w populacji ogólnej i zagrożonej wykluczeniem są odmienne. Podobnie, ryzyko zgonu z powodu nowotworu jest w populacji kobiet zagrożonych wykluczeniem istotnie wyższe niż w populacji ogólnej.</p>	<p>Należy rozwijać dwie odmienne strategie organizacji i komunikacji programów profilaktyki nowotworowej dla dwu różnych populacji kobiet – dla populacji ogólnej i zagrożonej wykluczeniem. <i>Patrz Schemat 1: Organizacja programów profilaktyki nowotworów ze względu na populację docelową.</i></p>
6	<p>Efektywne wydawanie środków publicznych na profilaktykę nowotworów zakłada kierowanie środków na realizację najskuteczniejszych i najbardziej efektywnych kosztowo technologii, które mogą być różne dla różnych populacji docelowych. Należy rozważyć inne sposoby skutecznej profilaktyki nowotworów dla grup kobiet nie zgłaszających się na badania profilaktyczne. Dotychczas ta grupa kobiet znalazła się poza zasięgiem programów profilaktyki, a ryzyko zgonu z powodu nowotworu jest w tej populacji najwyższe. Brak skutecznego dotarcia do tej grupy kobiet ma istotny wpływ na niską skuteczność programów profilaktyki nowotworów w Polsce.</p>	<p>W obu populacjach kobiet programy profilaktyczne powinny obejmować działania z zakresu edukacji i realizacji badań profilaktycznych. W przypadku profilaktyki raka szyjki macicy należy dążyć do objęcia badaniami cytologicznymi jak największej populacji kobiet, które na te badania się zgłaszają. Dla populacji kobiet, które na badania się nie zgłaszają, należy dodatkowo rozważyć strategię szczepień przeciwko HPV. Należy rozważyć objęcie dziewczynek w wieku 11-12 lat ze środowisk zagrożonych wykluczeniem programem dobrowolnych szczepień ochronnych przeciwko HPV finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie program taki wymagałby odpowiedniej edukacji dotyczącej korzyści i ryzyka związanego z samym szczepieniem.</p>
7	<p>Programy profilaktyczne finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zaś obsługą administracyjną i promocją zajmuje się Centralny Ośrodek Koordynujący oraz Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące pracujące pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia. Podział zadań i odmienne finansowanie nie sprzyja budowaniu odpowiedzialności za realizację zadań. Nie istnieje także skuteczny mechanizm kontroli i samousprawniania programów profilaktyki nowotworów.</p> <p>Z uwagi na konieczność corocznego podpisywania umowy z realizatorami programów profilaktycznych, a w konsekwencji: brak możliwości budowania i realizowania strategii działań długofalowych, przymus corocznego ogłaszania konkursów na np. wysyłkę zaproszeń, znaczne ograniczenie działalności realizatorów w pierwszym półroczu każdego roku działalności.</p>	<p>Zarządzanie programami profilaktyki nowotworowej należy powierzyć jednej instytucji centralnej, która miałaby kompetencje oraz budżet oraz podlegała stałej kontroli z efektów realizacji programów.</p> <p>Przy zachowaniu obecnej struktury organizacyjnej (Centralny Ośrodek Koordynujący oraz Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące) należy doprowadzić do zawierania umowy wieloletniej z realizatorami/coroczne aneksowania umowy z dniem 1 stycznia.</p>

SCHEMAT I. ORGANIZACJA PROGRAMÓW PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW ZE WZGLĘDU NA POPULACJĘ DOCELOWĄ



LP.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
ORGANIZACJA		
1	<p>Obecny system organizacji programów profilaktyki nowotworów nie wykazuje zainteresowania rozpoznaniem potrzeb kobiet – uczestniczek badań, ani nie interesuje się gromadzeniem i analizowaniem opinii kobiet o przeprowadzonych badaniach profilaktycznych. Sprawia to, że system nie jest zorientowany na potrzeby kobiet i nie istnieje mechanizm stałej poprawy jakości programów w oparciu o analizę opinii kobiet o badaniach profilaktycznych.</p>	<p>System programów profilaktyki nowotworów powinien uwzględniać stałe badania potrzeb kobiet – uczestniczek badań oraz gromadzić ich opinie o przeprowadzonych badaniach. Wyniki badań potrzeb i opinii kobiet powinny być analizowane, podawane do publicznej wiadomości oraz powinny stanowić podstawę do planowania i wdrażania w programach profilaktyki zmian i stałego podwyższania zgłaszalności na nie oraz poprawy ich jakości.</p>
2	<p>Kobiety korzystają z opieki ginekologicznej w placówkach o zróżnicowanym statusie i różnych formach własności – publicznych, abonamentowych i w gabinetach prywatnych. Badanie cytologiczne jest często elementem rutynowego badania ginekologicznego i 36% kobiet wykonuje je w placówkach publicznych, 36% w gabinetach prywatnych i 10% w placówkach abonamentowych. Realizacja badań cytologicznych, tam gdzie zgłaszają się kobiety, dostosowanie organizacji profilaktyki do potrzeb kobiet, umożliwienie im dokonania wolnego wyboru miejsca, w którym chcą robić cytologię zwiększy zgłaszalność kobiet na badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy.</p>	<p>Należy oprzeć organizację programów profilaktycznych na rozpoznanych potrzebach i preferencjach kobiet. Należy stworzyć system, w którym to kobieta wybiera miejsce wykonania badań przesiewowych, a publiczny płatnik pokrywa jego koszty u wskazanego przez kobietę świadczeniodawcy, niezależnie od jego statusu i formy działalności. Zaproszenie na badanie powinno stanowić jednocześnie voucher, który kobieta przekazuje wybranemu przez siebie świadczeniodawcy i na podstawie którego ten świadczeniodawca otrzyma od płatnika zwrot kosztów badania. Patrz Schemat 2: <i>Organizacja programu profilaktyki raka szyjki macicy</i>.</p>

LP.	WNIOSKI SZCZEGÓLWE	REKOMENDACJE
3	<p>Obecny system zbierania i archiwizowania danych z badań profilaktycznych jest archaiczny, nie pozwala na uzyskanie pełnego obrazu realizowanych badań profilaktycznych, zarządzanie programami profilaktyki, przeprowadzanie analiz typu follow up i follow back, rozwój systemu poprzez uczenie się na błędach oraz na monitorowanie losów pacjentek. Nie stworzono systemu integrującego System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (tzw. SIMP), system danych i rozliczeń płatnika oraz bazę Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN). Brak powiązania z KRN sprawia, że nie wiemy ile zgłoszeń nowotworów trafia do KRN z programu badań przesiewowych. Brak powiązań z systemem płatnika sprawia, że nie wiemy jaka jest ścieżka leczenia pacjentek skierowanych z programów profilaktyki. Nie istnieje możliwość sprawdzenia wyniku i dostępu do danych, dotyczących wyników badań profilaktycznych dla podmiotów systemu opieki zdrowotnej innych niż świadczeniodawcy, realizujący profilaktykę i ośrodki ją nadzorujące. W systemie nie pojawiają się dane, dotyczące dużej skali badań profilaktycznych wykonanych w ramach opieki AOS czy w placówkach prywatnych lub abonamentowych. Nie wiadomo <i>de facto</i> ile jest wykonywanych badań profilaktycznych. Obecny system informatyczny nie dostarcza informacji niezbędnych do zarządzania, planowania i usprawniania jakości realizacji programów profilaktyki nowotworowej, ani do śledzenia losów pacjentek, które nie kontynuują diagnostyki pogłębionej lub nie zgłosiły się na leczenie. Nie daje możliwości rozwoju jakości poprzez uczenie się na błędach i analizy follow-back.</p>	<p>Należy udoskonalić i połączyć istniejące systemy informatyczne lub stworzyć de novo nowoczesny system informatyczny, integrujący dane systemu SIMP z systemem płatnika, systemem szybkiej ścieżki onkologicznej, rejestrem histopatologicznym i Krajowym Rejestrem Nowotworów. Nowoczesny system informatyczny powinien gromadzić nie tylko dane dotyczące opisów wyników, ale umożliwiać także cyfrowy zapis wyników badania oraz pozwalać na kontrolę wcześniejszych wyników badań profilaktycznych, monitorowanie losów kobiet, u których wykryto zmiany oraz efektów leczenia. W systemie informatycznym powinny znaleźć się dane i wyniki dotyczące badań profilaktycznych, realizowanych nie tylko w ramach systemu publicznego, ale należy dołożyć wszelkich starań, żeby system zbierał dane także od placówek abonamentowych czy od prywatnych świadczeniodawców. Dostęp do bazy danych wyników powinien mieć personel medyczny wszystkich pięter systemu opieki zdrowotnej, a zwłaszcza personel POZ. Tak zorganizowany system informatyczny będzie stanowił właściwe narzędzie zarządzania, planowania i usprawniania jakości realizacji programów profilaktyki nowotworowej. Pozwoli także na monitorowanie kobiet, u których wykryto zmiany, a które nie zgłosiły się na badania pogłębione czy leczenie i ustalenie przyczyn zaniechania badania lub leczenia.</p>
4	<p>Nie wprowadzono mierników oceny skuteczności programów przesiewowych (KPI) do przeprowadzania ich rocznej oceny oraz nie wykorzystano ich do oceny po 10ciu latach realizacji i zaplanowania modernizacji programów profilaktyki nowotworowej w ramach nowego NPZCHN nalata 2016-2024.</p>	<p>Należy wprowadzić do programów profilaktyki nowotworów mierniki oceny ich skuteczności (KPI) zgodnie z rekomendacjami European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening” (2008) oraz European Guide for Quality National Cancer Control Programmes (2015), a ich wyniki podawać co roku do publicznej wiadomości i wykorzystywać do zarządzania i poprawy efektywności programów profilaktyki.</p>

LP.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
5	<p>Brakuje standardów postępowania w programach profilaktyki nowotworowej – nie określono czasu realizacji poszczególnych etapów badań przesiewowych oraz standardu komunikacji ich wyników do kobiet. Nie zostały zdefiniowane okresy w jakich należy wykonać diagnostykę pogłębioną w programach przesiewowych ani dla całości czasu trwania okresu stawiania diagnozy, jak również czasu, w którym od momentu rozpoznania należy rozpocząć leczenie. Kobiety są informowane o wynikach badań w sposób pozostawiający im dużą dowolność dalszych działań, co generuje zagubienie pacjentek w systemie i jest przyczyną opóźnień w rozpoczęciu leczenia lub zaniechania badań i leczenia.</p>	<p>Należy wprowadzić standardy postępowania (SOP) w programach profilaktyki nowotworów, w których zostanie określony czas trwania i sposób komunikacji wyniku badania dla całego procesu badań profilaktycznych i diagnostyki pogłębionej oraz dla każdego z jej etapów osobno. Należy określić ścieżkę postępowania dla pacjentek z rozpoznanymi w ramach programów profilaktyki chorobami nowotworowymi i preferencyjne zasady kierowania ich na leczenie. Pacjentki kierowane z programów profilaktyki powinny zostać objęte opieką w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. Należy dopracować, a później nadzorować i analizować, skuteczność działań systemu opieki zdrowotnej łączącego programy profilaktyki i leczenie nowotworów. Należy monitorować losy pacjentek skierowanych na diagnostykę pogłębioną i leczenie.</p>
6	<p>Systemowi profilaktyki towarzyszy edukacja zdrowotna kierowana do kobiet. Wiedza kobiet na temat chorób nowotworowych, ich czynników ryzyka i zrozumienie znaczenia profilaktyki jest jednak niewystarczające i wymaga większego zaangażowania personelu medycznego – pielęgniarek, położnych, edukatorów zdrowia i lekarzy. Nie jest wykorzystany potencjał POZ, który powinien prowadzić edukację zdrowotną, a także organizować i nadzorować zgłaszalność do badań w programach profilaktyki nowotworowej w populacji kobiet na swoim terenie. Nie jest wykorzystywany potencjał innych zawodów medycznych w celu budowania świadomości naczelnia wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.</p>	<p>Organizację programów profilaktyki nowotworowej należy dla populacji ogólnej kobiet powierzyć Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Należy powierzyć zadania związane z edukacją, dotyczącą profilaktyki nowotworów oraz nadzorem nad zgłaszaniem się kobiet na badania profilaktyczne, zespołom POZ. Zadania te należy powierzyć pielęgniarkom, położnym oraz edukatorom zatrudnionym w POZ. Należy zapewnić personelowi POZ dostęp do danych dotyczących zgłaszalności kobiet, objętych opieką przez POZ oraz wyników ich badań przesiewowych, a także objąć zadania POZ związane z profilaktyką nowotworów systemem nadzoru i ująć w systemie finansowania POZ. System finansowania zadań POZ, związanych z profilaktyką nowotworów należy uzależnić od poziomu zgłaszalności kobiet objętych opieką na badania profilaktyczne.</p>
	<p>Realizatorzy programów (WOK) przekazywali do samorządów informacje o działaniach w ramach programów, szkolili pracowników, organizowali szkolenia dla mieszkańców, brali udział w imprezach masowych. Współpraca z samorządami dotyczyła jednak wyłącznie jednostek wykazujących chęć zaangażowania się w działania proponowane przez WOK i przybiera formę pojedynczych akcji edukacyjnych</p>	<p>Należy doprowadzić do włączenia samorządów w działania edukacyjne WOK popularyzujące badania profilaktyczne, w oparciu o precyzyjne wytyczne obligujące samorządy do stałej współpracy oraz określające zakres tej współpracy.</p>

LP.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
7	Brakuje systemu informacji dla kobiet o ośrodkach wykonujących badania w ramach programu profilaktyki nowotworów w określonej lokalizacji, o dostępnych terminach badań, trasach mammo i cytobusów. Brakuje także możliwości umówienia się i zapisania na badania online.	Należy stworzyć i udostępnić system informacji o badaniach profilaktycznych, umożliwiający zlokalizowanie świadczeniodawców , u których można wykonać badanie profilaktyczne i dający możliwość umówienia dogodnego dla kobiety terminu badania, nie tylko telefonicznie czy poprzez wizytę w rejestracji, ale także online. Należy w przyjazny dla użytkownika sposób informować o trasach mammo czy cytobusów.
8	Zgłaszalność na badania profilaktyczne uległa poprawie, gdyby istniał obowiązek wykonywania badań profilaktycznych pracowników, jako element medycyny pracy.	Należy wprowadzić obowiązek wykonywania badań profilaktycznych w kierunku nowotworów dla pracowników , jako element medycyny pracy.
FINANSOWANIE		
9	W 2014 roku wydatki NFZ na profilaktykę raka szyjki macicy przy zgłaszalności na poziomie 22-46% (program profilaktyki oraz badania w ramach AOS) wyniosły 28,6 mln pln a w przypadku raka piersi przy poziomie 44-48% wyniosły 98 mln pln. Łącznie w 2014 roku wydaliśmy na oba programy profilaktyczne 176 mln pln z budżetu NFZ i NPZCHN (odpowiednio 151,5 i 24,4 mln pln).	Finansowanie programów profilaktyki przez NFZ na poziomie zgłaszalności 70% będzie oznaczało wydatki na poziomie około 250 mln pln rocznie, w tym na profilaktykę raka szyjki macicy około 90 mln pln a na profilaktykę raka piersi około 160 mln pln. Do wydatków NFZ należy dodać istotnie wyższe niż dotychczasowe wydatki z budżetu NPZCHN na organizację, promocję i nadzór nad realizacją programów profilaktyki nowotworów.
10	Stwierdzono istnienie znacznych dysproporcji w wycenie badań profilaktycznych realizowanych w ramach narodowych programów profilaktyki a finansowaniu tych samych badań realizowanych w ramach opieki AOS. W efekcie skutkuje to preferowaniem przez świadczeniodawców realizacji badań mammograficznych czy cytologicznych w ramach opieki specjalistycznej jako bardziej opłacalnych. Dane dotyczące tych badań realizowanych w ramach AOS nie są wprowadzane do systemu SIMP. W efekcie płatnik publiczny ponosi wyższy koszt z tytułu realizacji badań profilaktycznych w AOS nie mając w zamian wiedzy na temat ilościowych i jakościowych ich wyników.	Należy dokonać ewaluacji wyceny procedur mammografii i cytologii wykonywanych w ramach narodowych programów profilaktyki i opieki specjalistycznej w sposób, który sprawi, że kobiety zgłaszające się do programów profilaktyki będą miały wykonywane badania profilaktyczne w ramach tych programów i nie będą odsyłane do segmentu opieki specjalistycznej, a ilościowe i jakościowe wyniki badań profilaktycznych będą wprowadzane do bazy danych programów profilaktyki nowotworów.

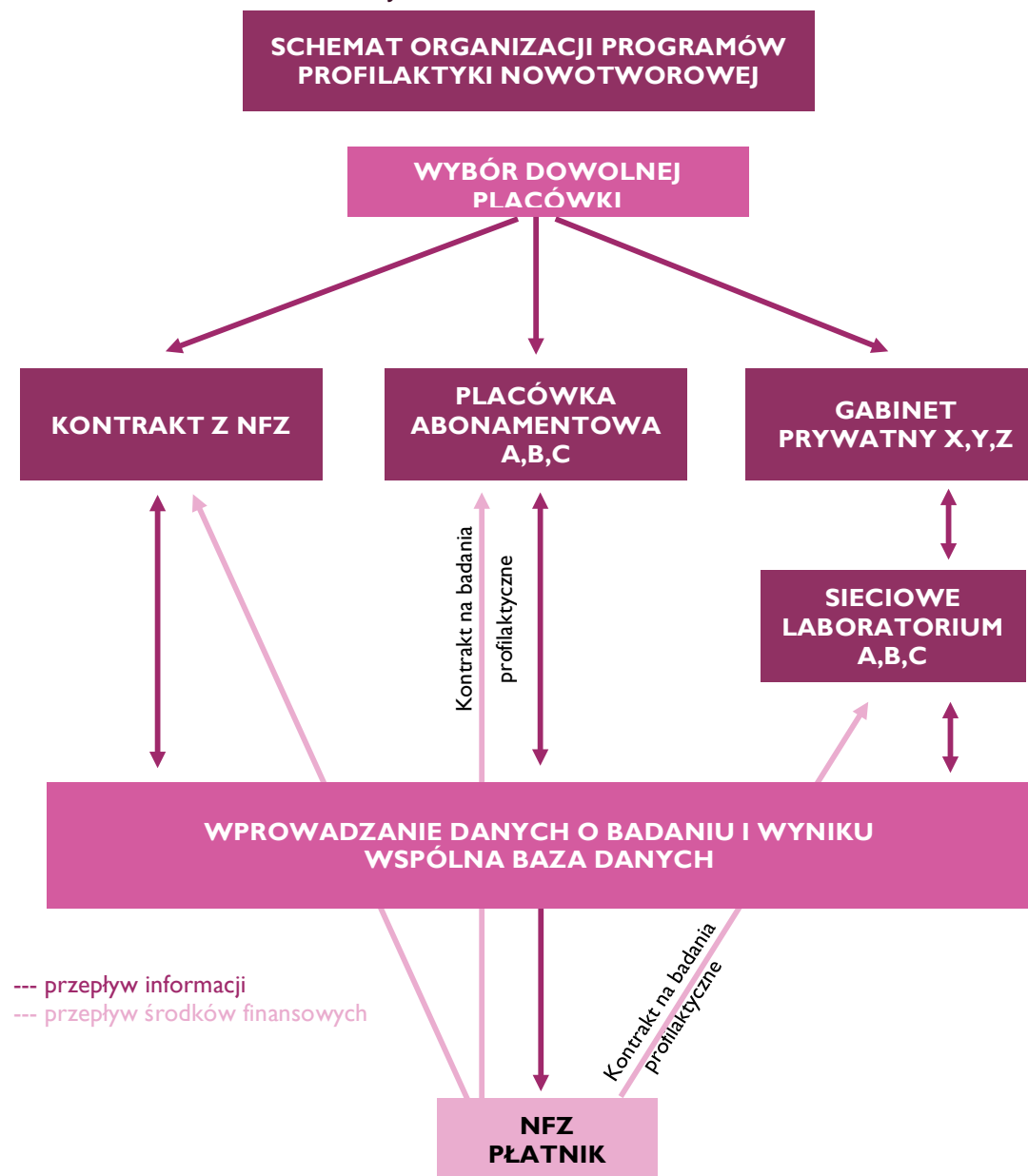
LP.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
KOMUNIKACJA		
11	<p>Obecne działania związane z promowaniem i komunikacją społeczną programu są niewystarczające i nie przynoszą spodziewanych efektów w postaci zwiększenia zgłaszalności kobiet na badania. Realizowane działania komunikacyjne nie są integralnym elementem systemu wspierającym realizację jego głównych celów. W przeprowadzonych badaniach wśród organizacji-interesariuszy programu jak i kobiet będących grupą docelową komunikacji krytykowany jest brak ciągłości i systematyczności działań, brak uwzględnienia specyficznych potrzeb i opinii różnych grup docelowych. Opracowywane w latach 2006-2014 kampanie i materiały nigdy nie były konsultowane i oceniane przez kobiety z grup docelowych (dotyczy to również podstawowego materiału informacyjno-perswazyjnego, jakim jest list- zaproszenie)</p>	<p>Działania komunikacyjne w zakresie edukacji i promowania wiedzy na temat profilaktyki nowotworowej powinny mieć charakter masowy, regularny, długoterminowy i ogólnopolski. Powinny być integralnym elementem NPZCHN . Tylko odpowiednia korelacja działań systemowych i komunikacyjnych uwzględniająca różnorodne potrzeby kobiet w bardzo szerokiej grupie docelowej 25-59 lat oraz grupie kobiet zagrożonych wykluczeniem ma szansę osiągnąć efekt populacyjny . Budując przekaz kampanii jak również opracowując materiały edukacyjne należy uwzględnić różnorodne potrzeby, postawy i źródła lęków związanych z badaniem cytologicznym czy mammograficznym. Koncepcje kampanii, hasła reklamowe, treści materiałów w tym listów - zaproszeń powinny być każdorazowo konsultowane z kobietami w odpowiednio segmentowanych grupach docelowych przy pomocy techniki zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI)</p>
12	<p>W trakcie 10-lat realizacji Programu nie wprowadzono mierników oceny skuteczności kampanii promocyjnych (KPI) które byłyby podstawą do podjęcia działań korygujących w zakresie samego przekazu i/lub kanałów i narzędzi komunikacyjnych czy wreszcie samej intensywności i zasięgu kampanii.</p>	<p>Należy wprowadzić mierniki oceny skuteczności (KPI) kampanii promocyjnych programów profilaktyki nowotworów, badając wpływ na zgłaszalność kobiet, znajomość przekazu (hasło kampanii, cel, atrakcyjność, zrozumiałość, perswazyjność). Odrębne mierniki powinny dotyczyć zasięgu oraz narzędzi internetowych.</p>

LP.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
13	<p>Promocją programów profilaktycznych zajmuje się Centralny Ośrodek Koordynujący oraz Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące pracujące pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia, które opracowuje księgę identyfikacji wizualnej programu, główną linię komunikacyjną oraz wytyczne do zakupu mediów. COK samodzielnie dokonuje planowania i zakupu mediów, natomiast WOK podejmuje decyzje dotyczące zakupu mediów regionalnych. Strony www o charakterze edukacyjnym tworzone są samodzielnie przez WOK bez jednolitego standardu.</p> <p>Działania marketingowe nie są wspierane przez zaplanowane strategicznie działania PR. Podział zadań nie sprzyja budowaniu odpowiedzialności za realizację zadań. Nie istnieje także skuteczny mechanizm pomiaru efektywności, kontroli i usprawniania kampanii profilaktyki nowotworów. Obecne uregulowania prawne i organizacyjne wymuszają sezonowość działań WOK – środki na realizację zadań trafiają do WOKów z opóźnieniem tak dużym, że na zadania profilaktyki nowotworowej (kampania, zaproszenia, badania itp.) zostają 3 – 4 miesiące efektywnej pracy w roku.</p> <p>Brak obecnie właściwej koordynacji, spójnego całorocznego planu działań komunikacyjnych obejmujących całą Polskę i uwzględniającego potrzeby wszystkich grup docelowych, brak dostatecznych informacji rozproszonej aktywności WOK, pozostawienie planowania działań, wyboru i zakupu mediów w gestii WOK i pracowników nie przygotowanych merytorycznie i narzędziowo do prowadzenia działań informacyjnych i edukacyjnych.</p>	<p>Budowanie strategii komunikacji, tworzenie materiałów komunikacyjnych ich produkcję oraz zakup mediów należy powierzyć jednej instytucji centralnej, która miałaby kompetencje oraz budżet jak również sprawozdawała efekty realizacji kampanii w ujęciu rocznym. Instytucja ta w drodze przetargu wybierałaby profesjonalne podmioty realizujące poszczególne elementy strategii (Agencja Reklamowa, Dom Mediowy, Agencja PR). Centralny profesjonalny zakup mediów przez Dom Mediowy pozwoli na uzyskanie dużych rabatów, osiągnięcie optymalnego mixu kanałów komunikacji, uwzględnienie niestandardowych formatów, odpowiedni zasięg i intensywność kampanii. Wszystkie Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące powinny zatrudniać eksperta ds. komunikacji, który uczestniczyłby w pracach merytorycznych związanych z opracowaniem strategii i poszczególnych elementów kampanii oraz był koordynatorem działań edukacyjnych na swoim obszarze. Pozwoli to na lepsze zrozumienie i uwzględnienie specyfiki danych regionów i dopasowanie skuteczniejszych form i kanałów komunikacji (np. cytobusy, kampania w lokalnych mediach, edukacja we współpracy z POZ, organizacja biegu/marszu z udziałem ambasadorki kampanii).</p> <p>Opracowanie spójnego całorocznego planu działań uwzględniającego potrzeby różnych grup docelowych oraz specyfikę regionów, centralne zarządzanie budżetem i współpraca z podmiotami zewnętrznymi z jednoczesnym zarządzaniem zespołem projektowym w skład którego wejdą eksperci ds. komunikacji WOK ma szansę zwiększyć efektywność kosztową działań promocyjnych oraz ich skuteczność komunikacyjną.</p>

LP.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
14	<p>Komunikacja w Internecie- nie istnieje strategia komunikacji obejmująca Internet oraz nowoczesne media elektroniczne, które dla pokolenia 25-40 lat stanowią naturalny, główny kanał pozyskiwania informacji i komunikacji w codziennym życiu. W ramach realizacji programu profilaktyki stworzona została strona http://www.rakszykimacy-profilaktyka.pl/ oraz każdy z WOK opracowywał wedle własnych pomysłów i założeń strony dedykowane prowadzonym przez siebie działaniom. Sytuacja taka powoduje chaos informacyjny i niemożliwość skutecznego dotarcia z jednolitym, czytelnym przekazem do grup docelowych. Strony nie były promowane ani pozycjonowane w technikach SEM i SEO jak również włączane do kampanii medialnych.</p>	<p>Należy opracować jedną nowoczesną, atrakcyjną wizualnie oraz mobilną (dostosowaną do wyświetlania na urządzeniach mobilnych typu smartfony, tablety) stronę internetową poświęconą profilaktyce nowotworów. Strona powinna zawierać opracowane przez ekspertów, zrozumiałe i kompleksowe informacje poparte danymi, grafikami, materiałami video i być kompendium wiedzy autoryzowanym przez MZ. Integralną częścią strony powinna być wyszukiwarka umożliwiająca zlokalizowanie świadczeniodawców, u których można wykonać badanie profilaktyczne. Wyszukiwarka powinna udostępniać dane kontaktowe oraz możliwość umówienia się na badanie on-line. Strona powinna być objęta długofalowymi działaniami SEM i SEO gwarantującymi wysokie (1-3) pozycje w wyszukiwarkach. Cały ruch internetowy po zdefiniowanych słowach kluczowych powinien być kierowany na stronę. Należy zmienić domenę pod jaką dostępna będzie witryna za pozytywną i kojarzącą się z profilaktyką (obecna z uwagi na negatywną konotację powinna być zamknięta). Nowa strona www powinna być uwzględniana jako jeden z ważniejszych kanałów komunikacji. Należy uwzględnić również uruchomienie takich kanałów komunikacji jak FB, YouTube, Twitter, które będą pełnić ważną rolę w kampaniach edukacyjnych.</p>
15	<p>Brak zaangażowania lekarzy POZ, pielęgniarek i położnych w działania profilaktyki nowotworów –cel motywowanie kobiet do uczestnictwa w badaniach przesiewowych, minimalizacja obaw.</p>	<p>Skuteczna komunikacja i edukacja kobiet oprócz systematycznych i masowych kampanii wymaga większego zaangażowania personelu medycznego – pielęgniarek, położnych, edukatorów zdrowia i lekarzy POZ. Powinni być oni traktowani jako jeszcze jeden kanał komunikacji i kontaktu z grupą docelową kobiet, i wyposażeni w dedykowane materiały edukacyjne, szkolenia jak również włączani w kampanie.</p>

LP.	WNIOSKI SZCZEGÓLWE	REKOMENDACJE
16	<p>Kampanie komunikacyjne nie powiązane ze sobą, mało wyraziste, brak rozwiązań 360 stopni które pozwalają uwzględnić wszystkie najważniejsze kanały komunikacji (pominięcie działań on-line i mediów społecznościowych). Brak wyraźnych cykli kampanii i korelacji z wysyłką listów- zaproszeń. W ramach kampanii wyłącznie jeden spot adresujący jeden problem, często tylko do jednej grupy docelowej (np. młode kobiety). Skuteczny w kampaniach społecznych mechanizm endorsementu znanych, wiarygodnych ambasadorów kampanii nigdy nie został wykorzystany.</p>	<p>Przygotowanie lepiej celowanej, bardziej zróżnicowanej i intensywnej kampanii medialnej w modelu 360stopni i podzielenie jej na kilka cykli w jednym roku.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wykorzystanie w większym stopniu Internetu (www, on-line, urządzenia mobilne, grywalizację oraz media społecznościowe FB, YT, blogerzy-celebryci (szerszy zasięg, możliwość pomiaru interakcji, możliwość wykorzystania form budujących zaangażowanie)- odpowiedni dla grup docelowych 25-40 oraz kobiet zagrożonych wykluczeniem. 2. komunikaty adresujące różnego typu obawy- 3 różne spoty z tym samym hasłem wyraziste emocjonalnie, skłaniające do dyskusji. 3. Kompleksowe działania PR w mediach ogólnopolskich. 4. Zaangażowanie ambasadorów kampanii - wiarygodnych i dopasowanych do potrzeb różnych grup docelowych 5. Wykreowanie znaku rozpoznawalnego kampanii (jego szerokie wykorzystanie w kampanii) 6. Wykreowanie cyklu wydarzeń ogólnopolskich dedykowanych kampanii (na wzór marszu różowej wstążki, walkatonu ect.) 7. Pełniejsze zaangażowanie samorządów powiatowych i gminnych w profilaktykę

SCHEMAT 2. ORGANIZACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY



Lp.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
ORGANIZACJA		
1	Programy nie docierają do populacji kobiet najbardziej zagrożonych zgonem z powodu choroby nowotworowej, program niezmiennie dociera do kobiet wykształconych, lepiej sytuowanych i z dużych miast, brak w NPZCHN na lata 2016-2024 propozycji zmian poprawiających dotarcie do tej populacji kobiet. Brak dotarcia do tej grupy determinuje niską skuteczność programów profilaktyki nowotworów.	Programy profilaktyki nowotworowej powinny być dostępne dla wszystkich kobiet, niezależnie od posiadania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego . Do kobiet ze środowisk zagrożonych wykluczeniem powinien zostać przygotowany i wdrożony zupełnie inny niż do kobiet z populacji ogólnej pod względem organizacji, komunikacji i finansowania program profilaktyki nowotworów, uwzględniający potrzeby tej grupy kobiet
2	Kobiety ze środowisk zagrożonych wykluczeniem rzadko korzystają z systemu opieki zdrowotnej, w większym stopniu korzystają ze wsparcia systemu opieki społecznej (OPS). Charakterystyczna dla tej grupy kobiet jest niska świadomość zdrowotna i niestabilność zamieszkania. Korzystanie z opieki zdrowotnej ma miejsce z reguły w stanach zagrożenia zdrowia lub życia a pomocy udziela SOR lub szpital. Kobiety te rzadko korzystają z opieki w placówkach POZ, których z reguły nie znają.	Profilaktyka dla kobiet ze środowisk zagrożonych wykluczeniem powinna być zorganizowana z wykorzystaniem OPSów. Centrum organizacji profilaktyki dla kobiet wykluczonych powinny być nie tylko POZy, tak jak dla ogólnej populacji kobiet, ale także OPSy, do których kobiety te często zgłaszają się z problemami społecznymi. Edukacja zdrowotna powinna być wpisana w zakres zadań realizowanych przez OPSy. W OPS powinien zostać umiejscowiony koordynator edukacji i organizacji profilaktyki dla kobiet wykluczonych, który we współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej koordynowałby zadania związane z edukacją i organizacją udziału kobiet w badaniach profilaktycznych na terenie działania OPS. OPSy powinny być odpowiedzialne za wskazanie kobiet do badań na swoim terenie oraz ich edukację, organizację i kontrolę dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz badań przesiewowych.

Lp.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
3	<p>OPSy nie prowadzą edukacji zdrowotnej dla swoich podopiecznych. Placówki OPS nie są przygotowane do zaangażowania w zadania związane z profilaktyką i edukacją zdrowotną dotyczącą nowotworów. Z uwagi na ograniczoną dostępność świadczeń tych nie uda się także powierzyć pielęgniarcom środowiskowym.</p>	<p>Należy założyć konieczność przeprowadzenia szkoleń dla pracowników społecznych i asystentów rodziny z zakresu profilaktyki nowotworów i sposobów jej propagowania. Należy przygotować pracowników socjalnych i asystentów rodziny do prowadzenia wywiadów i edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki nowotworów.</p>
4	<p>Odpowiedzialność za zgłaszalność na badania profilaktyczne kobiet ze środowisk zagrożonych wykluczeniem nie powinna leżeć po stronie kobiet tylko organizatorów opieki społecznej i zdrowotnej nad nimi. Mechanizmy uzależnienia wypłat zasiłków od przeprowadzenia przez kobietę badań profilaktycznych mogą mieć efekt kontraproduktywny.</p>	<p>Lepszym rozwiązaniem jest wprowadzenie do postępowania w sprawie udzielenia pomocy społecznej tematyki edukacji zdrowotnej i profilaktyki nowotworów. Taka edukacja powinna być realizowana przez pracowników socjalnych przy okazji przeprowadzania wywiadów środowiskowych, ustalania kontraktów socjalnych i innych planów pomocy którymi OPS obejmuje kobiety szczególnie z dziećmi. Jest to działanie długotrwałe, w którym OPS ma duże pole na wpłynięcie na kobietę i jej stosunek do dbałości o własne zdrowie, pod warunkiem poświęcenia czasu tematyce zdrowotnej.</p>
5	<p>Najbardziej efektywny ekonomicznie program profilaktyki nowotworów zakłada objęcie tanimi badaniami cytologicznymi jak największej populacji ogólnej kobiet, które na te badania się zgłaszają, a w przypadku kobiet ze środowisk zagrożonych wykluczeniem, nie zgłaszających się na badania, rozwinięcie innych strategii skutecznej profilaktyki.</p>	<p>Należy objąć obowiązkową edukacją zdrowotną w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy młodzież w wieku gimnazjalnym. Kierując się doświadczeniami międzynarodowymi, należy rozważyć objęcie finansowaniem ze środków publicznych programu dobrowolnych szczepień w kierunku HPV dziewczynek w wieku 11-12 lat, które dla grup zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem powinny być oferowane nieodpłatnie. Niezbędne będzie przy tym uwzględnienie odpowiedniej edukacji na temat samych szczepień, w tym płynących z nich korzyści i ryzyka. Brak rzetelnej, łatwo dostępnej i przystępnie sformułowanej informacji na temat szczepień płynącej ze strony instytucji publicznych utrudnia podejmowanie świadomych decyzji zdrowotnych przez pacjentki, w szczególności zaś pacjentki z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.</p>

Lp.	WNIOSKI SZCZEGÓŁOWE	REKOMENDACJE
KOMUNIKACJA		
6	<p>Realizowane przez COK i WOKi kampanie komunikacji społecznej nie obejmują populacji kobiet zagrożonych wykluczeniem. Przekaz i kampania ogólna nie odpowiada potrzebom tej grupy społecznej.</p>	<p>Komunikację do grupy kobiet zagrożonych wykluczeniem należy zbudować w oparciu o pogłębione badania jakościowe, tak aby zidentyfikować główne źródła obaw i oporów tej grupy odbiorców. Komunikaty reklamowe jak również materiały edukacyjne oraz list-zaproszenie powinny być odrębnie zaprojektowane a przekaz uproszczony i dostosowany do możliwości poznawczych. Podstawą komunikacji pozostaje list- zaproszenie, oraz broszury informacyjne, które powinny być dostarczane przez pracowników OPS. W projektowanych działaniach komunikacyjnych ważnym kanałem dotarcia, który należy uwzględnić jest Internet oraz media społecznościowe w tym FB oraz wybrani popularni wśród tej grupy youtuberzy. W przypadku tej grupy, rolą kampanii będzie nie tyle edukacja, ile umożliwienie dostępu do badań „od ręki” .W tym celu warto wykorzystać dedykowane narzędzia: cytobusy, a ich trasy dopasować do lokalizacji OPS’ów . Istotnym motywatorem mogą być również drobne nagrody za udział w programie i/lub za zaproszenie dodatkowych kobiet do badań profilaktycznych.</p>
FINANSOWANIE		
7	<p>FINANSOWANIE Obecnie płatnik publiczny nie ponosi żadnych wydatków z tytułu szczepień przeciwko HPV. W świetle danych dostarczonych przez Fundację MSD dla zdrowia kobiet w 2010 roku programy szczepień przeciwko HPV organizowane przez jednostki samorządu terytorialnego objęły 27 tys. dziewcząt.</p>	<p>FINANSOWANIE Zakładana populacja jednego rocznika dziewczynek ze środowisk zagrożonych wykluczeniem wynosi 45 449¹ . Jednostkowy koszt szczepienia przeciwko HPV to około 200 – 300 pln. Należy więc zakładać, że roczny budżet przeznaczony na pokrycie kosztów szczepień przeciwko HPV w populacji dzieci zagrożonych wykluczeniem będzie wynosił co najwyżej 9 – 13,5 mln pln w zależności od rodzaju zastosowanej szczepionki.</p>

¹ Obliczenia zostały dokonane w oparciu o dane Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zawarte w Krajowym Programie Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu oraz Roczniku demograficznym 2015, GUS za rok 2013. Wg MRPiPS w 2013 roku było 9 740 000 osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, co stanowiło 25% populacji. Według danych GUS w 2013 roku urodziło się 179 659 dziewczynek, 25% z tej liczby, tj. 45 449, stanowią dziewczynki zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

SPIS TABEL

TABELA 1.	ZGŁASZALNOŚĆ NA BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA SZYJKI MACICY	41
TABELA 2.	REALIZACJA NPZCHN	43
TABELA 3.	PROGRAMY SCREENINGOWE (MAMMOGRAFIA) W WYBRANYCH KRAJACH ROZWIŃTYCH I ROZWIJAJĄCYCH SIĘ	45
TABELA 4.	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	45
TABELA 5.	CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA RAKA SZYJKI MACICY NA 100000 KOBIET W WYBRANYCH KRAJACH OECD	46
TABELA 6.	CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA RAKA SZYJKI MACICY W KRAJACH EUROPY	47
TABELA 7.	CZĘSTOŚĆ ZGONÓW Z POWODU RAKA SZYJKI MACICY W EUROPIE	48
TABELA 8.	CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA RAKA PIERSI NA 100000 KOBIET W WYBRANYCH KRAJACH OECD	50
TABELA 9.	WYDATKI PONIESIONE NA REALIZACJĘ POPULACYJNYCH PROGRAMÓW PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ RAKA SZYJKI MACICY I RAKA PIERSI W LATACH 2006 – 2014	82
TABELA 10.	WYCENA ŚWIADCZEŃ	89
TABELA 11.	WYDATKI NFZ	90
TABELA 12.	PODZIAŁ PRÓBY BADAWCZEJ Z UWZGLĘDNIENIEM POSZCZEGÓLNYCH GRUP RESPONDENTÓW	94
TABELA 13.	ILOŚĆ KONTAKTÓW PODJĘTYCH W CELU REALIZACJI WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH	95
TABELA 14.	MOCNE STRONY PROGRAMU W PODZIALE NA GRUPY BADANYCH INTERESARIUSZY	97
TABELA 15.	WAŻNOŚĆ MOCNYCH STRON NPPWWN	99
TABELA 16.	SŁABE STRONY NPPWWN I REKOMENDACJE W OBSZARZE PRAWNYM	101
TABELA 17.	SŁABE STRONY NPPWWN W OBSZARZE ORGANIZACJI PROGRAMÓW	114
TABELA 18.	ZALEŻNOŚCI KOMUNIKACJI POMIĘDZY INTERESARIUSZAMI NPPWWN	120
TABELA 19.	SŁABE STRONY PROGRAMU ORAZ REKOMENDACJE W OBSZARZE PROMOCJI	124

SPIS WYKRESÓW

WYKRES 1.	ODSETEK KOBIET OBJĘTYCH BADANAMI PRZESIEWOWYMI LUB GINEKOLOGICZNYMI W ZALEŻNOŚCI OD BOGACTWA KRAJU.....	42
WYKRES 1.	LICZBA ZGONÓW Z POWODU RSM.....	49
WYKRES 2.	CZĘSTOŚĆ ZGONÓW Z POWODU RAKA PIERSI NA 100000 KOBIET W WYBRANYCH KRAJACH EUROPY.....	51
WYKRES 3.	BIEŻĄCE OBJĘCIE POPULACJI BADANAMI MAMMOGRAFICZNYMI W 2008, 2012 I 2015 R.	52
WYKRES 4.	BIEŻĄCE OBJĘCIE POPULACJI BADANAMI CYTOLOGICZNYMI W 2008, 2012 I 2015 R.	53
WYKRES 5.	RAK SZYJKI MACICY – BADANIA PRZESIEWOWE KOBIET W WIEKU 20-69 LAT.....	60
WYKRES 6.	RAK SZYJKI MACICY - PRZEŻYCIA 5-CIO LETNIE.....	61
WYKRES 7.	UMIERALNOŚĆ Z POWODU RAKA SZYJKI MACICY.....	62
WYKRES 8.	BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA PIERSI U KOBIET W WIEKU 50-69 LAT.....	63
WYKRES 9.	RAK PIERSI – PRZEŻYCIA 5-CIO LETNIE.....	64
WYKRES 10.	ZAPADALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ Z POWODU RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE WG STATYSTYK KRN.....	65
WYKRES 11.	UMIERALNOŚĆ Z POWODU RAKA PIERSI.....	66
WYKRES 12.	ZAPADALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ, ANGLIA, 1989 DO 2010.....	68
WYKRES 13.	PRZEŻYCIA WZGLĘDNE JEDNO- I PIĘCIOLETNIE, ANGLIA.....	68
WYKRES 14.	ZGŁASZALNOŚĆ (CO 3,5 ROKU).....	69
WYKRES 15.	ZAPADALNOŚĆ.....	69
WYKRES 16.	UMIERALNOŚĆ.....	70
WYKRES 17.	PRZEŻYCIA 5-LETNIE.....	70
WYKRES 18.	ZAPADALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ W WIELKIEJ BRYTANII.....	71
WYKRES 19.	JEDNO- I PIĘCIOLETNIE WZGLĘDNE PRZEŻYCIA W WIELKIEJ BRYTANII.....	71
WYKRES 20.	ZAPADALNOŚĆ.....	72
WYKRES 21.	UMIERALNOŚĆ.....	72
WYKRES 22.	5-CIO LETNIE PRZEŻYCIA.....	72
WYKRES 23.	ZGŁASZALNOŚĆ KOBIET W PROGRAMACH PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW – RAK SZYJKI MACICY.....	81

WYKRES 24. ZGŁASZALNOŚĆ KOBIET W PROGRAMACH PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW – RAK PIERSI.....	81
WYKRES 25. WYDATKI PONOSZONE NA PROFILAKTYKĘ RAKA PIERSI.....	83
WYKRES 26. WYDATKI PONOSZONE NA PROFILAKTYKĘ RAKA SZYJKI MACICY.....	83
WYKRES 27. LICZBA WYKRYTYCH NOWOTWORÓW W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI - RAK SZYJKI MACICY.....	84
WYKRES 28. KOSZTY PONIESIONE PRZEZ NFZ NA WYKRYCIE NOWOTWORU.....	84
WYKRES 29. LICZBA WYKRYTYCH NOWOTWORÓW W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI - RAK PIERSI.....	84
WYKRES 30. LICZBA LECZONYCH Z POWODU RAKA PIERSI I SZYJKI MACICY W LATACH 2006-2014.....	84
WYKRES 31. WYDAKI NFZ W TYŚ ZŁ.....	90
WYKRES 32. WIEK (N=883).....	137
WYKRES 33. WIEK (N=883).....	137
WYKRES 34. MIEJSCE ZAMIESZKANIA (N=883).....	138
WYKRES 35. ILOŚĆ OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM (N=883).....	138
WYKRES 36. ŁĄCZNY DOCHÓD NETTO W RODZINIE (N=883).....	139
WYKRES 37. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (N=883).....	139
WYKRES 38. POSIADANIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO NFZ (N=883).....	140
WYKRES 39. KIEDY OSTATNI RAZ ROBIŁA PANI CYTOLOGIĘ.....	141
WYKRES 40. GDZIE WYKONUJE PANI BADANIE CYTOLOGICZNE.....	142
WYKRES 41. JAK CZĘSTO POWINNO SIĘ ROBIĆ CYTOLOGIĘ?.....	143
WYKRES 42. BARIERY ZGŁASZALNOŚCI NA BADANIA CYTOLOGICZNE (N=883).....	145
WYKRES 43. JAK CZĘSTO CHODZI PANI DO GINEKOLOGA?.....	146
WYKRES 44. KTÓRĄ Z PONIŻSZYCH KAMPANII PANI WIDZIAŁA?.....	147
WYKRES 45. CZY ZAMIERZA PANI ROBIĆ BADANIE CYTOLOGICZNE W PRZYSZŁOŚCI?.....	148
WYKRES 46. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY ISTNIAŁA MOŻLIWOŚĆ ZROBIENIA GO W POBLIŻU DOMU W WYBRANYM GABINECIE?.....	149
WYKRES 47. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY MOĞŁA PANI JE ZROBIĆ ZA DARMO W WYBRANYM GABINECIE?.....	150
WYKRES 48. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY...?.....	151
WYKRES 49. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY ISTNIAŁA MOŻLIWOŚĆ ZAPISANIA SIĘ NA NIE PRZEZ TELEFON LUB INTERNET?.....	152

WYKRES 50. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY...?	153
WYKRES 51. CZY ZROBIŁABY PANI BADANIE CYTOLOGICZNE, GDYBY KOBIETY REGULARNIE SIĘ BADAJĄCE PŁACIŁY MNIEJSZĄ SKŁADKĘ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE.....	154
WYKRES 52. CZY PANI ZDANIEM BADANIE CYTOLOGICZNE POWINNO BYĆ OBOWIĄZKOWE?.....	155
WYKRES 53. CZY UWAŻA PANI, ŻE BADANIE CYTOLOGICZNE JEST ŁATWO DOSTĘPNE DLA WSZYSTKICH KOBIET W POLSCE?.....	156
WYKRES 54. JAKI BYŁ WYNIK PANI OSTATNIEGO BADANIA CYTOLOGICZNEGO?	157
WYKRES 55. W JAKI SPOSÓB KONTAKTOWANO SIĘ Z PANIĄ W SPRAWIE ODEBRANIA WYNIKU CYTOLOGII?	158
WYKRES 56. CZY OTRZYMAŁA PANI OD PERSONELU MEDYTECZNEGO INFORMACJĘ O DALSZYCH KROKACH POSTĘPOWANIA?	159
WYKRES 57. W JAKI SPOSÓB CHCIAŁABY PANI BYĆ POINFORMOWANA O NIEPRAWIDŁOWYM WYNIKU BADANIA?	160
WYKRES 58. W JAKIEJ FORMIE POWINNO BYĆ WYSŁANE ZAPROSZENIE NA CYTOLOGIĘ, ŻEBY BYŁO PANI ŁATWIEJ Z NIEGO SKORZYSTAĆ?	163
WYKRES 59. W JAKIEJ FORMIE POWINNO BYĆ WYSŁANE ZAPROSZENIE NA CYTOLOGIĘ, ŻEBY BYŁO PANI NAJŁATWIEJ Z NIEGO SKORZYSTAĆ?.....	173
WYKRES 60. CZY ZAMIERZA PANI ZROBIĆ BADANIE CYTOLOGICZNE W PRZYSZŁOŚCI?	179
WYKRES 61. SKĄD CZERPIE PANI WIEDZĘ NA TEMAT BADANIA CYTOLOGICZNEGO?	182
WYKRES 62. SKĄD CZERPIE PANI WIEDZĘ NA TEMAT BADANIA CYTOLOGICZNEGO? (N=150).....	183

SPIS SCHEMATÓW

SCHEMAT 1. ORGANIZACJA PROGRAMÓW PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW ZE WZGLĘDU NA POPULACJĘ DOCELOWĄ.....	208
SCHEMAT 2. ORGANIZACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY.....	217