

Szczepienia przeciwko HPV w samorządowych programach zdrowotnych. Porównanie z programami szczepień w innych krajach europejskich

HPV vaccinations in community health programs. Comparison with vaccination programs in other European countries

DOROTA CIANCIARA ^{1/}, KATARZYNA DUDZIK ^{1/}, RAFAŁ RDZANY ^{2/}, ADAM DUDZIK ^{3/}

^{1/} Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

^{2/} Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie

^{3/} Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski

Wprowadzenie. Umieralność na raka szyjki macicy (RSM) w Polsce jest dwa razy większa niż w krajach EU27. Jedną z metod zapobiegania RSM jest szczepienie przeciwko HPV.

Cel. Celem badania było: 1. rozpoznanie programów szczepień przeciwko HPV w krajach europejskich, 2. scharakteryzowanie polskich rekomendacji odnośnie do szczepienia przeciwko HPV, 3. przeanalizowanie programów zdrowotnych (PZ) polegających na szczepieniu przeciw HPV planowanych do wdrożenia przez jednostki samorządu terytorialnego (JST), 4. sprawdzenie, jakie czynniki mogą mieć związek z wdrożeniem krajowych programów szczepień opłacanych ze środków publicznych.

Materiał i metody. Przeanalizowano odpowiednio: 1. dane ECDC i poszczególnych krajów, 2. zalecenia krajowych towarzystw naukowych, ogólnokrajowy Program Szczepień Ochronnych oraz stanowiska Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), 3. projekty PZ nadesłane przez JST do AOTM w celu ich zaopiniowania, 4. informacje o czynnikach systemowych (rodzaj płatnika oraz nakłady na zdrowie) oraz epidemiologicznych (zapadalność i umieralność) w poszczególnych krajach.

Wyniki. W 23 krajach europejskich wdrożono programy szczepień finansowane ze środków publicznych. Programy te wykazują znaczne zróżnicowanie. W Polsce szczepienia należą do zalecanych, nie są refundowane. Nie ma krajowych konkretnych zaleceń odnośnie do szczepienia. Programy szczepień finansowane przez JST mogą zmniejszyć wydatki z kieszeni, ale wdrażanie ich jest przypadkowe i nieskoordynowane. W krajach, w których całkowite nakłady na zdrowie są większe niż 8% PKB notuje się niższe współczynniki zgonów na RSM. Zarazem w krajach tych wprowadzono programy szczepień finansowane ze środków publicznych.

Wnioski. Obecne dysproporcje we wdrażaniu programów szczepień przeciwko HPV w słabych ekonomicznie systemach zdrowotnych noszą znamiona zakłętą kręgu biedy. Niezbędne jest podjęcie działań przełamujących ten krąg.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy, szczepienia przeciwko HPV, nakłady na zdrowie, umieralność

Introduction. Mortality caused by cervix uteri cancer (CUC) is two times higher in Poland than in the EU27 countries. One of the preventive methods is the HPV vaccination.

Aim. The aim of the study was to: 1. recognize the HPV vaccination programs in European countries, 2. characterize Polish recommendations regarding the HPV vaccination, 3. analyze the health programs (HP) on HPV vaccination planned for implementation by the local government units (LGUs), 4. check which factors could be related with the implementation of the national immunization programs financed from public funds.

Materials and methods. The following were analyzed: 1. the ECDC data and the data of particular countries, 2. the recommendations of the national scientific associations, National Immunization Program as well as the position of the Agency for Health Technology Assessment (AOTM), 3. HP drafts submitted by the LGUs to the AOTM for review, 4. systemic factors information (the payer and the health expenditure) and epidemiological factors (CUC incidence and mortality) in particular countries.

Results. 23 European countries have implemented vaccination programs financed from public funds. The programs are substantially varied. In Poland, the vaccinations are recommended but not obligatory and they are not reimbursed. There is no explicit national recommendation regarding the vaccination. The vaccination programs funded by the LGUs can reduce the out-of-pocket expenditure but the implementation is random and not coordinated. The countries with the total health expenditure higher than 8% of GDP have recorded lower CUC mortality rates. At the same time these countries have implemented vaccination programs financed from public funds.

Conclusions. Current disproportions in implementation of the HPV vaccination programs in poor economic health systems carry the signs of the poverty vicious circle. It is necessary to start action to break this circle.

Key words: cervix uteri cancer, HPV vaccination, health expenditure, mortality

Wprowadzenie

W 2010 r. odnotowano w Polsce 1735 zgonów kobiet z powodu raka szyjki macicy (RSM), co stanowiło 4% zgonów kobiet z powodu nowotworów. W latach 2009-2010 najwyższe standaryzowane roczne współczynniki umieralności z powodu RSM wśród kobiet w wieku 25-64 odnotowano w województwach: warmińsko-mazurskim, lubuskim oraz pomorskim. Umieralność kobiet z powodu RSM zmniejszyła się w Polsce w ostatnich latach, niemniej na tle średniej dla krajów UE jest nadal na bardzo wysokim (i zawstydzającym) poziomie. Współczynnik zgonów na ten rodzaj nowotworu jest w Polsce dwa razy wyższy niż średnia dla EU 27 [1].

W licznych badaniach, niezależnie od kraju, udowodniono, że istnieje związek między zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) a RSM. Przyjmuje się, że zakażenie HPV stanowi konieczną przyczynę rozwoju tego nowotworu, ale nie jedyną i nie wystarczającą [2]. Jakkolwiek istnieje ponad 100 typów tego wirusa, to nie wszystkie zostały rozpoznane [3]. Niektóre typy są chorobotwórcze dla człowieka, a w tej grupie około 13 typów ma działanie onkogenne [4, 5]. Rak płaskonabłonkowy szyjki macicy oraz rak gruczołowy wykazują istotny związek z zakażeniem typami HPV 16 oraz HPV 18 [6].

RSM jest obecnie jedynym rodzajem nowotworu, w stosunku do którego istnieją realne możliwości eliminowania zachorowań i zgonów. Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) zaleca wszechstronne podejście do profilaktyki i kontroli tego nowotworu, w tym działania wielodyscyplinarne jak: edukacja społeczna, mobilizacja społeczności, szczepienia ochronne, masowe badania przesiewowe, leczenie i opieka paliatywna. Rekomendowany zestaw działań obejmuje różne interwencje odpowiednie do różnych okresów życia kobiet, a w przypadku szczepień podkreśla się, że należy je wykonać w okresie przed inicjacją seksualną. Szczepionka nie ma znaczenia terapeutycznego w przypadku istniejącego już zakażenia HPV, dlatego ważne jest szczepienie przed okresem aktywności płciowej. Szczepionka nie chroni przed zakażeniem wszystkimi typami wirusa, toteż zaszczepione dziewczynki powinny poddawać się badaniom cytologicznym przez resztę życia [7]. Zgodnie ze stanowiskiem ŚOZ szczepienia przeciwko HPV są rekomendowane jako jeden z elementów krajowej strategii zmniejszania zapadalności, chorobowości i umieralności związanej z RSM [8]. Budowanie takiej strategii powinno być spójne z koncepcją ŚOZ dotyczącą wzmacniania krajowego systemu zdrowotnego.

Pomimo takiego stanowiska ŚOZ szczepienia przeciwko HPV nie są w Polsce objęte tzw. kalendarzem szczepień, czyli nie są obowiązkowe i bezpłatne zarazem, a należą do szczepień zalecanych. Mogą być

opłacone ze środków będących w dyspozycji jednostek samorządów terytorialnych (JST) albo z kieszeni rodziców. W Polsce dostępne są dwie szczepionki (Cervarix, Silgard) o różnym spektrum działania. Na kompletne szczepienie każdą z nich składają się trzy dawki. Koszt jednej dawki obu szczepionek wynosi ok. 400 zł.

Z danych AOTM wynika, że PZ dotyczące profilaktyki zakażeń HPV poprzez szczepienia należą do najchętniej realizowanych przez JST. Przy tak znacznym zainteresowaniu ważne jest porównanie zasad wdrażania programów szczepień przeciwko HPV w poszczególnych krajach.

Cel badania

Celem badania było: 1. rozpoznanie programów szczepień przeciwko HPV w krajach europejskich, 2. scharakteryzowanie polskich rekomendacji odnośnie do szczepienia przeciwko HPV, 3. przeanalizowanie PZ polegających na szczepieniu przeciw HPV planowanych do wdrożenia przez JST, 4. sprawdzenie, jakie czynniki mogą mieć związek z wdrożeniem krajowych programów szczepień opłacanych ze środków publicznych.

Materiał i metody

Rozpoznanie programów szczepień przeciwko HPV w krajach europejskich, tj. istnienie rekomendacji, wdrożenie programów podstawowych i wyłapujących ze środków publicznych, przeprowadzono na podstawie danych *European Centre for Disease Control and Prevention* (ECDC) oraz źródeł krajowych.

Polskie zalecenia odnośnie do szczepień scharakteryzowano na podstawie piśmiennictwa, Programu Szczepień Ochronnych (PSO) oraz stanowiska Rady Konsultacyjnej i Rady Przejrzystości przy AOTM.

Charakterystyki PZ poświęconych szczepieniu przeciwko HPV i planowanych do realizacji przez JST dokonano na podstawie projektów tych programów nadesłanych w 2012 r. do AOTM w celu ich zaopiniowania. Spośród 331. udostępnionych przez Agencję projektów PZ analizowano 51 projektów, które dotyczyły takich szczepień, a także opinii o tych programach wydane przez AOTM.

W poszukiwaniu czynników, które mogą mieć związek z wdrożeniem szczepień ze środków publicznych w poszczególnych krajach europejskich analizowano czynniki systemowe: a. głównego płatnika świadczeń (budżet vs ubezpieczenia), b. wysokość krajowych nakładów na zdrowie oraz czynniki epidemiologiczne: c. współczynnik zapadalności na RSM, d. standaryzowany współczynnik zgonów na RSM. Informacje na temat płatników uzyskano z danych OECD, a w przypadku krajów nienależących do tej

o ganizacji – z Eurostatu. Informacje na temat pozostałych zmiennych (b, c, d) uzyskano z *European Health for All Database* (HFA-DB). Użyto informacji z roku 2011 lub ostatniego, dla którego istnieją dane.

Wyniki

Szczepienia przeciwko HPV w krajach Europy.

W większości krajów europejskich, tj. w 23 (tab. I, kolumna 1), wprowadzono podstawowe programy szczepień przeciwko HPV finansowane ze środków publicznych [9]. W tej grupie państw jest też Bułgaria, gdzie szczepienie jest dobrowolne i finansowane tylko

dla dziewcząt w 12 r.ż. Wdrożone programy obejmują różną liczbę dawek szczepionki, tj. dwie lub trzy. Szczepienia mogą być obowiązkowe. W większości są to programy szczepień w szkołach.

Patrząc na aktualny harmonogram szczepień podawany przez ECDC (stan na 14.02.2015) łatwiej jest wymienić kraje, w których tych szczepień nie wprowadzono (Luksemburg, Rumunia, Słowacja), z tym jednak, że w Słowacji są częściowo refundowane. W kolejnych pięciu państwach nie ma zaś krajowych zaleceń co do szczepień. I są to: Chorwacja, Cypr, Estonia, Litwa i Polska.

Tabela I. Całkowite bieżące nakłady na indywidualne i populacyjne świadczenia zdrowotne (w mln waluty danego kraju) w 2011 r. wg płatnika w 2011 r. Źródło: OECD

Kraj Country	Rządowe ogółem General government	Rządowe ogółem General government		Sektor prywatny Private sector	Sektor prywatny Private sector	Całkowite bieżące nakłady Total current expenditure
		Rząd centralny i rządy lokalne Government	Ubezpieczenie społeczne Social security funds		Wydatki gospodarstw domowych z kieszeni Private households out-of- pocket expenditure	
Kraje, w których wdrożono szczepienia przeciwko HPV ze środków publicznych						
Austria	23 684,3	9 922,2	13 762,1	6 949,3	5 170,0	30 633,6
Belgia	26 649,1	4 200,6	25 448,5	9 531,6	7 816,3	39 180,7
Bułgaria	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Czechy	236 072,6	13 216,3	222 856,3	45 358,1	42 275,0	281 430,7
Dania	158 933,8	158 933,8	0,0	28 609,1	24 956,7	187 542,9
Finlandia	11 972,1	9 538,9	2 433,2	4 134,1	3 230,0	16 106,2
Francja	172 148,7	8 568,2	163 580,6	49 312,9	17 271,3	221 461,7
Grecja	13 761,4	5 672,7	8 088,7	6 360,5	5 808,7	20 156,7
Hiszpania	71 056,4	66 489,0	4 567,4	25 892,9	20 010,0	96 949,3
Holandia	57 614,5	5 591,7	52 022,8	9 623,9	3 962,1	67 238,5
Irlandia	9 612,0	9 589,0	23,0	4 555,9	2 501,2	14 168,0
Islandia	118 403,6	74 852,9	43 550,6	28 914,7	26 870,9	147 318,2
Lichtenstein	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Łotwa	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Malta	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Niemcy	218 456,0	19 359,0	199 096,0	65 295,0	34 956,0	283 751,0
Norwegia	208 469,0	180 245,0	28 224,0	37 356,0	36 861,0	245 825,0
Portugalia	10 835,2	10 614,7	220,5	5 701,6	4 782,1	16 536,8
Słowenia	2 310,2	105,0	2 205,2	840,8	385,5	3 151,0
Szwecja	254 456,0	254 456,0	0,0	57 328,0	53 309,0	311 784,0
Węgry	1 362 153,1	170 304,3	1 191 848,7	793 377,3	602 427,9	2 155 530,3
W. Brytania	118 375,5	118 375,5	0,0	23 487,5	13 256,1	141 863,0
Włochy	112 696,0	112 313,0	383,0	33 424,0	27 501,0	146 120,0
Kraje, w których są zalecenia, ale szczepienia nie są opłacane ze środków publicznych						
Luksemburg	2 426,0	236,3	2 189,7	450,3	323,2	2 876,3
Rumunia	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Słowacja	3 865,6	379,3	3 486,3	1 373,7	1 235,0	5 239,4
Kraje, w których nie ma zaleceń						
Chorwacja	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Cypr	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Estonia	747,8	100,1	647,7	181,7	165,9	944,6
Litwa	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Polska	69 223,7	6 192,8	63 030,9	28 449,6	23 397,4	97 673,3

Dla Irlandii, Wlk. Brytanii i Włoch podano nakłady całkowite (HC. 1 – HC. 9, HC. R1), dla pozostałych – nakłady na usługi (HC.1 – H.C. 9)

W sześciu państwach (Czechy, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Lichtenstein) ze środków publicznych równolegle realizuje się szczepienia wychwytyjące (uzupełniające, tzw. programy *catch-up*) u osób niezaszczepionych we właściwym terminie. W Austrii i Luksemburgu zaleca się takie szczepienia, ale ich nie finansuje. Znaczenie szczepień wychwytyjących przeciwko HPV nie jest dostatecznie rozpoznane pod względem ich efektów długoterminowych [10].

Z zasady szczepieniem objęte są dziewczynki i kobiety, ale istnieją duże różnice dotyczące wieku populacji docelowych. Granice wieku wahają się od 9 do 18 lat dla programów szczepień podstawowych oraz od 13 do 26 dla wychwytyjących. ECDC w raporcie z 2012 r. stała na stanowisku, że wprowadzenie powszechnych szczepień chłopców nie ma uzasadnienia medycznego i ekonomicznego [11]. Stanowisko to do dzisiaj nie uległo zmianie i nadal oczekuje się dalszych wyników badań [12]. Jednak w Austrii szczepi się dziewczynki i chłopców w wieku 12-13 lat, głównie w szkołach, ewentualnie w punktach szczepień lub u lekarzy [13]. Szczepienie składa się z dwóch dawek i może być rozpoczęte od 9 r.ż. Szczepienia nadrabiające prowadzi się także dla obu płci [9].

Zalecenia odnośnie do szczepień przeciwko HPV w Polsce

Obecnie w Polsce, zgodnie z PSO szczepienia przeciw HPV należą do zalecanych, które nie są finansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia. W PSO od lat podawano, że szczepienie i dawkowanie powinno odbywać się zgodnie z zaleceniami producenta szczepionki [14]. W PSO na 2015 r. podano natomiast, że szczepienie jest zalecane „szczególnie osobom przed inicjacją seksualną” [15].

Polscy eksperci rekomendowali różne rozwiązania. Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV (stanowisko wypracowane w 2007 r. przy udziale 7 towarzystw lub ich sekcji) zaleciło podawanie szczepionki (czterowalentnej, czyli Silgard) dziewczętom w wieku 12-15 lat, ale szczepionka może być podawana im od ukończenia 9 r.ż. Szczepienia te mogą być także wykonywane u chłopców w wieku 9-15 lat. Ponadto zalecono szczepienia dziewcząt i kobiet w wieku 13-26 lat, które nie były szczepione lub nie ukończyły pełnego cyklu szczepienia [16].

Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy (uzgodnione stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego) w 2012 r. zaleciła szczepienia dziewcząt w wieku 11-12 lat, a także szczepienia uzupełniające dziewcząt, które nie zostały zaszczepione wcześniej i mieszczą się w grupie wiekowej 13-18 lat. Nie zaleciła szczepienia chłopców [17]. Ponadto są jeszcze nieco inne zalecenia [6].

AOTM trzykrotnie odniosła się do kwestii finansowania szczepień przeciw HPV ze środków publicznych na poziomie krajowym. W 2009 r. wypowiedziała się negatywnie (stanowisko 51/15/2009 z dn. 3 sierpnia 2009 r.) [18]. W argumentacji wskazywano na brak wiarygodnych danych na temat wpływu szczepionki na zachorowalność i śmiertelność z powodu raka szyjki macicy oraz na fakt, że ogólnokrajowy program szczepień obejmowałby dużą populację, co wiązałoby się ze zbyt dużymi kosztami dla krajowego systemu zdrowotnego.

Cztery lata później, 19 sierpnia 2013 r., Rada Przejrzystości uznała za zasadne objęcie refundacją produktu leczniczego Cervarix we wskazaniu: profilaktyka zmian przednowotworowych oraz raka szyjki macicy związanych przyczynowo z określonymi onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) u dziewcząt w wieku 14 lat, w ramach nowej grupy limitowej [19]. Zasugerowano odpłatność ze strony pacjenta na poziomie 50%, pod warunkiem wprowadzenia instrumentu podziału ryzyka dla tej odpłatności (między płatnikiem a wytwórcą). Ponadto w 2013 r. Rada uznała za zasadne objęcie refundacją produktu leczniczego Silgard w szczepieniu dziewczynek w wieku lat 14 sugerując 30% odpłatność pacjenta, również pod warunkiem wprowadzenia podziału ryzyka [20].

Samorządowe programy szczepień przeciwko HPV

Wśród projektów PZ przygotowanych przez JST i nadesłanych do AOTM w 2012 r. w celu ich zaopiniowania znaczącą liczbę stanowiły programy związane z przeciwdziałaniem zakażeniom wywołanym przez HPV. Ustalono, że co piąty z takich projektów PZ otrzymał negatywną ocenę AOTM. Złe praktyki w nadsyłanych projektach dotyczyły głównie: braku przedstawienia danych epidemiologicznych, braku informacji o sposobach dotarcia do populacji docelowej, braku dokładnych danych co do liczebności populacji docelowej, zabezpieczenia szczepionkami tylko niewielkiego odsetka dziewcząt. Kilkakrotnie niepoprawnie sformułowano tytuł (także cel) programu jako „Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy”. Dobre praktyki, zgodne z oczekiwaniami AOTM, określonymi na podstawie rekomendacji klinicznych, to: objęcie szczepieniami również starszych dziewcząt, o ile nie zostały wcześniej zaszczepione, edukacja rodziców, opiekunów oraz młodzieży, w tym również chłopców.

Planowane programy szczepień, zazwyczaj połączone z edukacją, były adresowane do dziewcząt w różnym wieku w granicach 10-16 lat. W 10 programach akcją edukacyjną objęto również chłopców. Zaobserwowano zróżnicowanie przestrzenne pod względem liczby zgłaszanych do AOTM projektów PZ dotyczących szczepień przeciw HPV. Najwięcej PZ

o tej tematyce przygotowano w województwie dolnośląskim, natomiast w województwach małopolskim oraz podlaskim nie przygotowano żadnego (ryc. 1). W lubuskim i warmińsko-mazurskim, gdzie notuje się najwyższe współczynniki zgonów przygotowano po jednym programie.



Ryc. 1. Liczba samorządowych projektów programów zdrowotnych z zakresu szczepień przeciw HPV zgłoszonych do zaopiniowania przez AOTM w 2012 r. wg województw

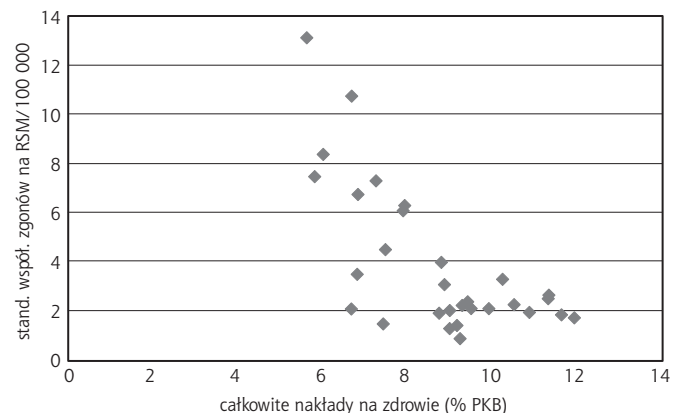
Fig. 1. Number of draft health programs on preventive HPV vaccination submitted by local governments to AOTM in 2012 according to voivodeships

Uwarunkowania systemowe i epidemiologiczne związane z wdrożeniem szczepień

Ustalono, że wśród 23 krajów, w których szczepienia przeciwko HPV są finansowane ze środków publicznych, w 11 dominuje podatkowe finansowanie świadczeń (tzw. system Beveridge'a), a w 10 ubezpieczeniowe (tzw. system Bismarcka). Dla Lichtensteinu i Malty nie ustalono wiodącego płatnika (tab. I, kolumny 3, 4). Natomiast w krajach, w których nie wprowadzono programu szczepień ani nie ma zaleceń system zdrowotny ma zazwyczaj charakter ubezpieczeniowy.

W krajach, w których wdrożono programy szczepień całkowite nakłady na zdrowie są zazwyczaj wyższe niż 8% PKB (tab. II). Kraje o wysokich całkowitych nakładach stanowią ok. 82% grupy państw z wdrożonymi programami. Natomiast kraje, w których nie wprowadzono szczepień charakteryzują się niskimi całkowitymi nakładami na zdrowie, poniżej 8% PKB i niskimi nakładami publicznymi – poniżej 6% PKB. Są to zarazem zazwyczaj te państwa, w których sytuacja epidemiologiczna związana z RSM jest niekorzystna.

Zestawienie całkowitych nakładów na zdrowie oraz umieralności na RSM (ryc. 2) wskazuje wyraźnie na istnienie dwóch grup państw. W pierwszej mieszczą się kraje o nakładach wyższych niż 8% PKB i stosunkowo małej umieralności na RSM, w których zarazem wdrożono szczepienia. W drugiej grupie lokują się państwa o mniejszych nakładach i bardzo zróżnicowanym poziomie umieralności, w których podjęto różne decyzje odnośnie do szczepień. I tak: Czechy, Chorwacja, Cypr i Luksemburg charakteryzują się stosunkowo niską umieralnością, a szczepienia wprowadzono tylko w Czechach. Kolejnych osiem państw (Bułgaria, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Rumunia, Słowacja, Węgry) odznacza się wysoką umieralnością, przy czym programy szczepień wdrożono tylko w Bułgarii (w ograniczonym zakresie), na Łotwie i Węgrzech. Natomiast w Estonii, na Litwie i w Polsce nie stworzono nawet krajowych zaleceń odnośnie do szczepień, na Słowacji częściowo refunduje się koszty, a w Rumunii szczepienia są zalecane, ale nie finansowane.



Ryc. 2. Standaryzowany współczynnik zgonów na raka szyjki macicy (RSM) na 100 000 (wszystkie grupy wieku) wg całkowitych nakładów na zdrowie w odsetku PKB w 2011 r. lub najbliższym, dla którego są dane. Źródło: ŚÓZ

Fig. 2. SDR, cervix uteri cancer per 100 000 (all ages) by total health expenditure as % of GDP, 2011 or nearest available. Source: WHO

Dyskusja

Współczesne systemy zdrowotne są finansowane z różnych źródeł i historyczny podział na system podatkowy i ubezpieczeniowy ulega zatarciu. Ponadto systemy te przechodzą radykalne zmiany pod względem finansowania, czego przykładem jest Łotwa [21]. W wielu krajach obserwuje się przesunięcie z prywatnego do publicznego sposobu finansowania świadczeń [22].

Wydaje się, że rodzaj płatnika nie ma znaczenia dla decyzji o wdrożeniu szczepień przeciwko HPV i ważniejsza jest ilość pieniędzy zgromadzonych w systemie zdrowotnym. Dominacja ubezpieczeniowego sposobu gromadzenia funduszy w krajach

Tabela II. Całkowite nakłady na zdrowie i nakłady sektora publicznego na zdrowie, zapadalność na raka szyjki macicy oraz standaryzowane współczynniki zgonów z powodu raka szyjki macicy w 2011 r. lub w najbliższym, dla którego są dane. Źródło: ŚOZ

Table II. Total health expenditure and public sector expenditure on health, incidence of cervix uteri cancer and SDR in selected countries, 2011 or nearest available. Source: WHO

Kraj Country	Całkowite nakłady na zdrowie / nakłady sektora publicznego na zdrowie, % PKB, szacunki ŚOZ Total health expenditure / public-sector expenditure on health as % of GDP, WHO estimates	Zapadalność na RSM na 100 000 Wszystkie grupy wieku Incidence of cervix uteri cancer per 100 000 All ages	Standaryzowany współczynnik zgonów na RSM na 100 000 Wszystkie grupy wieku SDR, cervix uteri cancer per 100 000 All ages
Kraje, w których wdrożono szczepienia przeciwko HPV ze środków publicznych			
Austria	11,34 / 8,56	9,11	2,49
Belgia	10,52 / 7,98	11,09	2,22 ^{1/}
Bułgaria	7,28 / 4,02	27,26	7,26
Czechy	7,48 / 6,3	18,56 ^{1/}	4,46
Dania	10,88 / 9,28	14,18	1,93
Finlandia	9,0 / 6,8	6,09	1,23
Francja	11,64 / 8,94	8,31	1,8
Grecja	9,0 / 5,94	b.d.	2,0
Hiszpania	9,3 / 6,8	b.d.	2,2
Holandia	11,94 / 9,5	8,89	1,68
Irlandia	8,8 / 5,9	13,93	3,96 ^{1/}
Islandia	9,18 / 7,4	12,01 ^{1/}	1,39 ^{2/}
Lichtenstein	b.d.	b.d.	b.d.
Łotwa	6,02 / 3,44	23,34	8,33
Malta	8,76 / 5,6	7,66	1,89
Niemcy	11,34 / 8,66	11,65 ^{3/}	2,6
Norwegia	9,94 / 8,46	12,25	2,07
Portugalia	10,24 / 6,66	12,71 ^{5/}	3,27
Słowenia	8,86 / 6,52	13,82 ^{1/}	3,04 ^{1/}
Szwecja	9,48 / 7,74	8,88	2,07 ^{1/}
Węgry	7,9 / 5,14	22,14	6,06
W. Brytania	9,42 / 7,8	9,04 ^{1/}	2,34 ^{1/}
Włochy	9,24 / 7,18	5,46	0,87 ^{1/}
Kraje, w których są zalecenia, ale szczepienia nie są opłacane ze środków publicznych			
Luksemburg	6,7 / 5,64	10,2 ^{1/}	2,07
Rumunia	5,62 / 4,44	28,93 ^{1/}	13,1 ^{1/}
Słowacja	7,94 / 5,64	22,58 ^{4/}	6,28
Kraje, w których nie ma zaleceń			
Chorwacja	6,82 / 5,62	14,14	3,46
Cypr	7,42 / 3,22	6,98 ^{2/}	1,46
Estonia	5,84 / 4,7	26,28 ^{2/}	7,43
Litwa	6,7 / 4,78	27,68	10,7 ^{2/}
Polska	6,84 / 4,84	15,49 ^{1/}	6,7

dane z: ^{1/} 2010 r., ^{2/} 2009 r., ^{3/} 2008 r., ^{4/} 2007 r., ^{5/} 2006 r.

takich jak Polska ma raczej wtórne znaczenie. Decyzje o refundacji szczepień przeciwko HPV zależą bardziej od kondycji finansowej systemu, co przewidywano już dawno temu [23].

W krajach, w których mniej środków przeznaczają się na ochronę zdrowia odnotowuje się zazwyczaj wyższe wskaźniki zapadalności i umieralności na RSM. Tak więc problem braku środków w niektórych krajach może mieć charakter zakłętą kręgu biedy: ponieważ nie ma środków na zapobieganie, toteż chorujemy, a ponieważ chorujemy, to nie ma pieniędzy na zapobieganie. Sytuacja ta zdecydowanie wymaga, aby w krajach, które mają mniej zasobne systemy zdrowotne więcej uwagi poświęcić zapobieganiu [24].

Podsumowanie

1. W większości krajów europejskich wprowadzono programy szczepień przeciwko HPV finansowane ze środków publicznych. Programy te wykazują znaczne zróżnicowanie.
2. PSO w Polsce zalicza szczepienia przeciwko HPV do grupy zalecanych i nie wskazuje wieku oraz płci odpowiednich do szczepienia. Aktualnie szczepienia te nie mogą być refundowane przez ubezpieczyciela.
3. Szansą na zmniejszenie wydatków prywatnych z kieszeni są szczepienia wdrażane przez JST. Niektóre samorządy są zainteresowane wdrożeniem szczepień przeciwko HPV, ale działania

te są przypadkowe i nieskoordynowane, a więc nie zapewniają równego dostępu do świadczeń. Nierzadko programy takich szczepień są nieoprawnie zaplanowane.

4. Kondycja finansowa systemu zdrowotnego ma związek z podejmowaniem decyzji o wdrożeniu szczepień przeciwko HPV. W krajach, w których środki zgromadzone w systemie są relatywnie

mniejsze zazwyczaj nie prowadzi się szczepień.

5. W krajach, w których kondycja finansowa systemu jest słaba i rzadko prowadzi się szczepienia przeciwko HPV, notuje się najwyższe wskaźniki zgonów na RSM. Sytuacja ta nosi znamiona zakłętego kręgu biedy.
6. W Polsce konieczne jest podjęcie rozwiązań, które przełamują ten krąg.

Piśmiennictwo / References

1. Wojtyniak B, Stokwiszewski J, Goryński P, Poznańska A. Długość życia i umieralność ludności Polski. [w:] Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012: 38-82.
2. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. IARC Handbooks of cancer prevention Volume 10. Cervix Cancer Screening, chapter 1. IARC, WHO, Lyon 2005: 1-57
3. Olejek A. HPV jako czynnik etiologiczny raka szyjki macicy. *Ginekol Pol* 2008, 79: 126-132.
4. Majewski S, Pniewski T, Goyal-Stec M. Rola wirusów brodawczaka w rozwoju zmian łagodnych i złośliwych w okolicy narządów płciowych. *Zakażenia* 2005, 6: 58-62.
5. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Fact sheet No 380. Updated November 2014.
6. Chybicka A, Jackowska T, Dobrzańska A i wsp. Zalecenia grupy ekspertów dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet. *Pediatr Pol* 2010, 85(4): 360-370.
7. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. WHO, Geneva 2014: 99-115.
8. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Weekly Epidemiological Record* 2014, 89(43): 465-492.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Recommended immunisations for human papillomavirus infection. <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>
10. Couto E, Sæterdal I, Juvet LK, Klemp M. HPV catch-up vaccination of young women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2014, 14: 867.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC guidance. Introduction of HPV vaccines in European Union countries – an update. ECDC, Stockholm 2012.
12. European Centre for Disease Control and Prevention. HPV vaccination in EU countries: review of new evidence. 23 April 2014.
13. HPV vaccine. <http://www.hpvvaccine.org.au/>
14. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2013 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2014. *Dz.U. MZ* 2013, poz. 43.
15. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 30 października 2014 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2015. *Dz.U. MZ* 2014, poz. 72.
16. Majewski S, Sikorski M. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV (PTPZ-HPV) dotyczące stosowania profilaktycznych szczepionek przeciw HPV. *Przew Lek* 2008, 1: 222-227.
17. Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy. Rekomendacje kompleksowych zmian w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce. Warszawa 2012: 44.
18. Agencja Oceny Technologii Medycznych. Rada Konsultacyjna. Stanowisko nr 51/15/2009 z dnia 3 sierpnia 2009 r. w sprawie finansowania ze środków publicznych szczepień przeciw brodawczakowi ludzkiemu szczepionkami Silgard® i Cervarix® w profilaktyce zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/rada/stanowisko_RK_51_15_2009_szepionki_HPV.pdf
19. AOTM. Rada Przejrzystości. Protokół nr 24/2013 z posiedzenia Rady Przejrzystości w dniu 19 sierpnia 2013 roku. Stanowisko Rady nr 169/2013 z dnia 19 sierpnia 2013r. w sprawie oceny produktu leczniczego Cervarix we wskazaniu: profilaktyka zmian przednowotworowych szyjki macicy oraz raka szyjki macicy związanych przyczynowo z określonymi onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) u dziewcząt w wieku 14 lat. http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/rada/protokoly/2013_RP/Protokol_RP_24_2013.pdf
20. AOTM. Rada Przejrzystości. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 254/2013 z dnia 9 grudnia 2013 r. w sprawie oceny produktu Silgard (Human papillomavirus vaccine types 6, 11, 16, 18) we wskazaniu szczepienie dziewczynek w wieku lat 14 w zapobieganiu zmianom przednowotworowym narządów płciowych (szyjki macicy, sromu i pochwy) oraz rakowi szyjki macicy oraz zapobieganiu brodawkom narządów płciowych (kłykcinom kończystym) związanym przyczynowo z zakażeniem określonymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego. http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/Rada/protokoly/2013_RP/Protokol_RP_38_2013.pdf
21. Mitenbergs U, Brigis G, Quentin W. Healthcare financing reform in Latvia: switching from social health insurance to NHS and back? *Health Policy* 2014, 118: 147-153.
22. Kulesher R, Forrestal E. International models of health system financing. *J Hospital Administration* 2014, 3(4): 127-139.
23. Parry J. Vaccinating against cervical cancer. *Bulletin of the World Health Organization* 2007, 85 (2): 85-160.
24. Duran A, Kutzin J. Financing of public health services and programmes: time to look 247 into the black box. [in:] *Implementing health financing reform. Lessons from countries in transition.* Kutzin J, Cashin C, Jakab M (ed). World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies, Geneva 2010: 247-268.