



Walka z nowotworami i chorobami układu krążenia

Profilaktyka w systemie ochrony zdrowia

DOROTA PASZKIEWICZ

JAN PIOTRKOWSKI

*Narastanie w społeczeństwach, zwłaszcza krajów wysoko rozwiniętych, problemów zdrowotnych, związane jest z coraz częstszym występowaniem tzw. chorób cywilizacyjnych¹, które stanowią przyczynę ponad 80% wszystkich zgonów. Dlatego tak ważna jest szeroko rozumiana profilaktyka². W jej efekcie możliwe staje się uniknięcie choroby, zahamowanie rozwoju lub ograniczenie skutków w myśl łacińskiej sentencji: *Morbum evitare quam curare facilius est* – Lepiej zapobiegać, niż leczyć. Polska należy jednak do grupy krajów UE, które w ujęciu per capita wydają najmniej na profilaktykę i zdrowie publiczne. Wyniki pierwszej koordynowanej kontroli NIK poświęconej tym zagadnieniom wskazują, że nie istnieje u nas kompleksowy, spójny i sprawny system profilaktyki zdrowotnej.*

Raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) – „Health at Glance: Europe 2016”³, opublikowany 23 listopada 2016 r. pokazuje, że rocznie 550 tys. mieszkańców Europy w wieku produkcyjnym umiera z powodu chorób przewlekłych, a gospodarka UE traci w związku z tym blisko 1% PKB (115 mld euro).

W Polsce wskaźnik przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców wynosi 305 (średnia dla UE to 201) i lokuje nasz kraj na 6 miejscu, wśród najwyższych wskaźników, w grupie 28 krajów.

Jednym z narzędzi poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest przede wszystkim promocja zdrowia, którą należy

¹ M. in. choroby sercowo-naczyniowe, układu oddechowego, przewodu pokarmowego, alergiczne, zaburzenia psychiczne.

² W Polsce zwyczajowo w słownictwie używanym w ochronie zdrowia określenia profilaktyka, prewencja i zapobieganie są używane zamiennie. Niemniej w słowniku języka polskiego (a także w niektórych dziedzinach, np. resocjalizacji) określenia te mają nieco odmienne znaczenie: profilaktyka – działania mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, zwłaszcza chorobom <<http://sjp.pwn.pl/szukaj/profilaktyka.html>>; zpobiegać – nie dopuścić do czegoś złego <<http://sjp.pwn.pl/szukaj/zapobieganie.html>>; prewencja – zapobieganie naruszaniu norm prawnych <<http://sjp.pwn.pl/szukaj/prewencja%20.html>>; „Zdrowie publiczne (...) obejmuje promocję zdrowia, prewencję i profilaktykę (...)” <<http://www.sluzbazdrowia.com.pl/pdf/ZielonaKsiega11.pdf>>.

³ <http://ec.europa.eu/health/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf>

rozumieć jako proces obejmujący czynności prowadzące do zwiększenia osobistego oddziaływania na własne zdrowie i jego utrzymanie oraz odejście od często zbyt zmedykalizowanego systemu leczenia. Prowadzenie zdrowego stylu życia wynika z warunków w jakich żyjemy, indywidualnych wzorców zachowania oraz cech charakteru. Zdrowy styl życia jest w dużej mierze efektem promocji właściwych zachowań, aktywności fizycznej, diety, ochrony środowiska.

Promocja zdrowia nie jest tożsama z edukacją zdrowotną, której celem jest zmiana sposobu myślenia o zdrowiu oraz zwiększenie skuteczności kontroli nad nim; różni się też od profilaktyki zdrowotnej. Można ją realizować wśród osób zdrowych, zagrożonych chorobą, jak i chorych, równoległe do różnych faz profilaktyki.

Z kolei profilaktyka zdrowotna to działania mające chronić człowieka przed potencjalnymi zagrożeniami zdrowia i ich szkodliwymi konsekwencjami. Może ona skutkować uniknięciem choroby, zahamowaniem progresji lub ograniczaniem jej skutków. Zwykle profilaktykę, prewencję i zapobieganie chorobom utożsamia się z promocją zdrowia, choć te pojęcia różnią się wyraźnie. Koncepcja profilaktyki, od lat 60. XX wieku, powszechnie bazuje na podziale na trzy etapy działań: profilaktyce pierwotnej – która powinna zapobiegać powstaniu procesów chorobowych, profilaktyce wtórnej – polegającej na wczesnym wykrywaniu procesów/zmian chorobowych, zanim

wystąpią objawy oraz trzeciorzędnej – ograniczającej skutki już rozwiniętej choroby. W potocznym rozumieniu – zapobieganie chorobom obejmuje profilaktykę pierwotną i wtórną, a trzeciorzędna rozumiana jest jako leczenie.

Promocja zdrowia odnosi się do działań, których podstawą jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia, zwiększenie rezerw i potencjału organizmu. Z kolei prewencja i profilaktyka dotyczą głównie choroby – jej uniknięcia, czy wczesnego wykrycia dającego gwarancje wyleczenia. I tak, promocja zdrowia dotyczy całej populacji, a profilaktyka wyodrębnionych grup szczególnego ryzyka. Ponadto, działania profilaktyczne, dotyczące poszczególnych osób, mogą być realizowane *ad hoc*, w ramach bieżącej działalności podmiotu. Natomiast działania profilaktyczne obejmujące różne populacje prowadzone są w formie zaplanowanych programów zdrowotnych. Warto również zaznaczyć, że używane często określenie „badania profilaktyczne” wykonywane w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej, w tym masowe badania przesiewowe, inaczej skринingowe (ang. screening), tak naprawdę są badaniami mającymi na celu wczesne wykrycie zmian/chorób, a nie badaniami mającymi im zapobiegać. Badania przesiewowe należą do profilaktyki wtórnej i służą do wyłonienia osób, które mogą być chore.

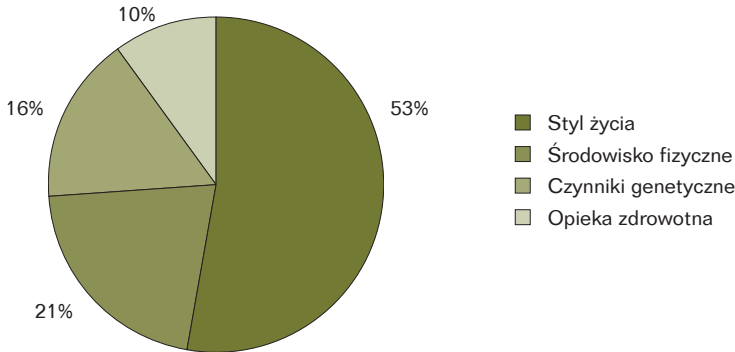
Według Marca Lalonda⁴, stan zdrowia populacji⁵ oraz długość życia ludzi warunkuje szereg czynników; największy,

⁴ Marc Lalonde – Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady. W 1974 r. opublikował raport *A New Perspective on the Health of Canadians*, w którym przedstawił koncepcję „pól zdrowia”.

⁵ „The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance”, WHO 2000, s. xi.



Rysunek 1. Pola zdrowotne Lalonda



Źródło: A. Kukielczak: *Naukowe podstawy zdrowia publicznego*, <<http://epidemiologia2.sum.edu.pl/wp-content/uploads/2012/07/seminarium1.pdf>>.

bo sięgający 53% wpływ ma styl życia, w tym: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętność radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, substancje psychoaktywne). W dalszej kolejności wyznacznikami stanu zdrowia są środowisko fizyczne (21%) i czynniki genetyczne (16%). W najmniejszym stopniu stan ten determinuje opieka zdrowotna (10%).

Przeprowadzone badania i analizy potwierdzają, iż rzeczywisty wpływ medycyny na stan zdrowia społeczeństw nie ma kluczowego znaczenia. Wskazuje się, że systemy opieki zdrowotnej pochłaniają ok. 90% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności wynosi zaledwie 10%. Tymczasem nakłady na edukację

prozdrowotną i kształtowanie stylu życia sięgają tylko 1,5%, chociaż na spadek umieralności wpływają w 43%⁶.

Zakres kontroli NIK

W związku z tym, że szeroko rozumiana profilaktyka zdrowotna ma tak ogromne znaczenie dla naszego zdrowia, w 2016 r. NIK z własnej inicjatywy podjęła kontrolę⁷, której głównym celem była ocena efektów realizacji profilaktyki zdrowotnej w obszarach gastrologii, ginekologii i kardiologii, związanej z zapobieganiem nowotworom i chorobom układu krążenia oraz skutkom tych chorób. Kontrolą objęto drugi z trzech wyżej opisanych etapów działań profilaktycznych, tj. profilaktykę wtórną, polegającą na wczesnym wykrywaniu procesów/zmian chorobowych. Ich realizacja,

⁶ A. Czupryna, S. Poździejch, A. Rys, W. C. Włodarczyk: *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Tom I i II, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001 r., s. 143.

⁷ Informacja o wynikach kontroli: *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, nr ewid. P/16/054, Departament Zdrowia NIK, kwiecień 2017 r.

w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, miała miejsce głównie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz profilaktycznych programów przesiewowych finansowanych ze środków NFZ, budżetu państwa, a także budżetów jednostek samorządu terytorialnego i wyczerpywała w dużej mierze zakres podejmowanych czynności profilaktycznych. W związku z powyższym, a także ponieważ koszty pozostałych działań profilaktycznych nie miały istotnego udziału w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem, zasadna była ocena całego systemu ochrony zdrowia pod kątem realizacji działań profilaktycznych.

Kontrolę działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, obejmującą lata 2012–2015, przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w 25 podmiotach, w tym w jednostkach samorządu terytorialnego oraz u świadczeniodawców udzielających świadczeń, takich jak podstawowa opieka zdrowotna oraz realizujących świadczenia w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”, „Programu wczesnego wykrywania raka piersi” oraz „Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego”. W badaniach kontrolnych skoncentrowano się na procesie planowania (programowania) działań profilaktycznych, w tym określenia wielkości środków finansowych, prowadzenia działań profilaktycznych oraz ich koordynacji z wybranymi podmiotami publicznymi, procesie

monitorowania i ewaluacji danych uzyskanych z realizacji działań profilaktycznych.

Planowanie i organizacja działań profilaktycznych

Zbudowanie silnego systemu ochrony zdrowia wymaga kompleksowego podejścia i zmiany dotychczasowej polityki w zakresie działań profilaktycznych, między innymi przez konstruowanie rozwiązań wspierających profilaktykę i promocję zdrowia, a nie skupianie się głównie na leczeniu coraz bardziej kosztownych chorób. Z jednej strony – powinniśmy egzekwować prawo do zdrowia, rozumiane jako wymaganie od świadczeniodawców realizacji wszystkich, obowiązujących procedur, natomiast z drugiej strony – sami poczuwać się do odpowiedzialności za świadome kształtowanie naszego zdrowia i jego kondycję.

Obecnie za politykę zdrowotną państwa odpowiada Minister Zdrowia. Narzędziem realizacji jego zadań w tej dziedzinie jest między innymi Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020⁸. Zgodnie z założeniami NPZ ma on służyć zjednoczeniu wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej, aby zmniejszyć nierówności i poprawić stan zdrowia, a tym samym jakość życia Polaków. Podstawą Narodowego Programu Zdrowia jest koncepcja promocji zdrowia zgodna z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986 r.), definiującą ją jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim

⁸ Obecnie obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z 4.8.2016 w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. z 2016 r. poz. 1492) wydane na podstawie art. 9 ust.2 ustawy z 11.9.2015 o zdrowiu publicznym. Wcześniej obowiązywał Narodowy Program Zdrowia na lata 2006–2015.



zdrowiem oraz podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu.

Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym⁹, określiła co do zasady, zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w ich realizacji oraz zasady finansowania zadań. Wprowadziła równocześnie regulacje pozwalające na koordynację działań profilaktycznych. Od stycznia 2017 r. Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł dofinansowywać programy profilaktyczne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego pod warunkiem, że będą one zgodne z priorytetami polityki zdrowotnej w danym regionie, celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia i które uzyskają pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji¹⁰. Zgodnie z brzmieniem art. 9 tej ustawy, Narodowy Program Zdrowia określa główne kierunki polityki zdrowotnej i wskazuje na potrzebę wspólnych działań organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli w dziedzinie zdrowia publicznego. W odniesieniu do zadań związanych z profilaktyką i leczeniem chorób nowotworowych,

jego uszczegółowieniem jest „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, który powstał w odpowiedzi na wzrost zachorowań w Polsce oraz niezadowolające wyniki leczenia, wymagające podjęcia skoordynowanych działań o charakterze ogólnokrajowym. Celem tego Programu miało być obniżenie wskaźnika umieralności i zachorowalności z powodu nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi, zwiększenia wskaźnika przeżyć pięcioletnich do poziomu osiąganego w krajach Unii Europejskiej, a także wskaźnika pacjentów zgłaszających się na badania przesiewowe. Tymczasem kontrola NIK wykazała, że działania podejmowane przez Ministra Zdrowia i NFZ, nie spowodowały zakładanej poprawy stanu zdrowia ludności, co było głównym celem wskazanym w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych”¹¹. Ponadto działania służące zwiększeniu odsetka uczestników badań przesiewowych, pomimo uznania zadań z zakresu profilaktyki za priorytetowe, były nieskuteczne¹².

W „Programie profilaktyki raka szyjki macicy” uczestniczyło jedynie 23% uprawnionych kobiet, zaś w „Programie badań

⁹ Dz.U. z 2015 r. poz. 1916, ze zm.

¹⁰ Patrz projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem; <<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12291703>>.

¹¹ Szybki wzrost zachorowań na nowotwory w Polsce oraz niezadowolające wyniki leczenia, wymagające podjęcia skoordynowanych działań o charakterze ogólnokrajowym, spowodowały, iż Sejm RP 1.7.2005 uchwalił ustawę o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, (Dz.U. nr 143 poz. 1200, ze zm.). Jego realizacja zakończyła się 31.12.2015. Rada Ministrów 3.11.2015 podjęła uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” (M.P. z 2015 r. poz. 1165, ze zm.).

¹² Skuteczność rozumiana jako ocena czy podejmowane działania pozwoliły na osiągnięcie celów. W wypadku programów profilaktyki, miarą skuteczności podejmowanych działań był m.in. odsetek uprawnionych zgłaszających się na badania przesiewowe.

przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego” 18% takich osób. Jedynie w przypadku „Programu profilaktyki raka piersi” odsetek był wyższy i osiągnął 49% uprawnionych, choć w ocenie ekspertów pozytywny efekt realizacji programów przesiewowych uzyskuje się przy objęciu co najmniej 70% pacjentów z grup ryzyka¹³. Wartości wskaźników wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczność ich leczenia były w Polsce znacznie gorsze od średnich europejskich.

Należy zauważyć, że pomimo szeroko realizowanych programów profilaktyki zdrowotnej, często przyciągają one uwagę tych, którzy *de facto* już przejawiają troskę o własne zdrowie. Tymczasem, aby zapobiec chorobom cywilizacyjnym, m. in. takim jak: otyłość, cukrzyca, czy nadciśnienie, niezbędne są rozwiązania legislacyjne, motywujące do zdrowego stylu życia. Przede wszystkim należałoby rozwinąć zdrowotne programy edukacyjne, kierowane zarówno do dorosłych, jak i do dzieci. Wspomniane nadciśnienie tętnicze, określane mianem „cichego zabójcy”, jest przyczyną najczęstszych zgonów na świecie. Przyspiesza rozwój miażdżycy, zwiększa ryzyko zawału serca, grozi udarem mózgu¹⁴.

Mimo ewidentnego wpływu profilaktyki na stan zdrowia społeczeństwa, ustalenia NIK wskazują na stosunkowo niewielki udział wydatków przeznaczanych

ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej. Niezmiennie aktualna pozostaje zasada: „Lepiej zapobiegać, niż leczyć” (*Morbum evitare quam curare facilius est*) I tak:

1. W wypadku chorób zakaźnych, najskuteczniejszą znaną profilaktyką są szczepienia ochronne, kształtują odporność całej populacji, zapewniając ochronę również tym osobom, które nie mogły zostać zaszczepione. Dla większości chorób przyjmuje się, że odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu ok. 95% populacji. Funkcjonujący w Polsce system szczepień obowiązkowych jest bezpieczny i działa sprawnie. Chroni przed chorobami zakaźnymi nie tylko dzieci, ale i dorosłych. Jednakże groźna dla wszystkich może okazać się stopniowo zyskująca popularność tendencja do unikania szczepień¹⁵.

2. Podobnie jest w wypadku leczenia stomatologicznego u dzieci i młodzieży. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) schorzenia jamy ustnej są na czwartym miejscu wśród schorzeń najbardziej kosztownych do leczenia. Promocja zdrowia w tej dziedzinie jest finansowo efektywną strategią, redukującą ciężar chorób i utrzymującą zdrowie i jakość życia¹⁶. Wyniki Ogólnopolskiego Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej (2012)¹⁷ wskazują,

¹³ Według „European guidelines for quality assurances in breast cancer screening and diagnosis”. Zob. <<http://annonc.oxfordjournals.org/content/19/4/614.full>>; w „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2015 r., s. 41.

¹⁴ Nadciśnienie tętnicze – artykuł opublikowany w czasopiśmie „Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia” nr 12/2014 r.

¹⁵ Patrz: Informacja o wynikach kontroli P/15/080 System szczepień ochronnych dzieci.

¹⁶ Sześćdziesiąte Światowe Zgromadzenie Zdrowia, Pkt 12.9 harmonogramu A60/16, Nairobi 2007 r.

¹⁷ <<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/monitorowanie-stanu-zdrowia-jamy-ustnej-populacji-polskiej-w-latach-2013-2015/>>



że 86% sześciolatek, 80% dwunastolatek i 96% osiemnastolatek ma próchnicę, która przyczynia się do rozszerzenia całego ogniska zapalnego na sąsiednie tkanki, łącznie z tym, że bakterie dostają się do różnych narządów¹⁸.

3. Kolejnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i polityki państwa jest rosnąca zapadalność i umieralność z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, która – jak wskazują prognozy epidemiologiczne – będzie systematycznie rosła, między innymi ze względu na zanieczyszczenie środowiska naturalnego i nałóg palenia tytoniu¹⁹. Jednym z najczęściej występujących schorzeń związanych bezpośrednio z ekspozycją na dym tytoniowy jest POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), z powodu której choruje w Polsce co dziesiąta osoba powyżej 30 roku życia. Ocenia się, że tylko około 1/3 chorych jest diagnozowana. Obecnie z powodu POChP i jej powikłań umiera w Polsce około 15 tys. osób rocznie. POChP występuje blisko u 30-40% chorych na raka płuc. Tymczasem wyniki przeprowadzonych przez NIK kontroli wskazują na niewystarczający dostęp do profilaktyki i wczesnego diagnozowania chorób układu oddechowego²⁰.

Równocześnie podkreślić należy, że wydatki Ministra Zdrowia na działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej, realizowane

w ramach programów polityki zdrowotnej, stanowiły 1,16% jego łącznych wydatków, zrealizowanych w latach 2012–2015²¹. Z kolei udział kosztów świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowanych ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia, w ogólnych kosztach świadczeń, pozostawał w latach 2012–2015, na zbliżonym poziomie, tj. około 0,25%.

W kontroli NIK wykazano ponadto, że Minister Zdrowia nie dysponował rzetelnymi danymi dotyczącymi między innymi liczby nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, stopnia zaawansowania choroby, a także wyników jej leczenia i poniesionych kosztów, a informacje zawarte w poszczególnych bazach danych²² były niespójne. Utrudniało to dokonanie oceny wpływu programów profilaktycznych na stan zdrowia ludności.

Również Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) nie dysponował danymi o kosztach wszystkich działań profilaktycznych udzielanych w ramach kontraktowanych świadczeń, w szczególności podejmowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Zwłaszcza sprawozdawczość przekazywana przez lekarzy POZ do Funduszu, nie pozwalała na wyodrębnienie profilaktycznych badań diagnostycznych z badań związanych z diagnostyką choroby. Brak takich informacji utrudniał

¹⁸ P/12/124, *Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych*.

¹⁹ W Polsce pali około 9 mln dorosłych.

²⁰ Por. Informacja o wynikach kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego*, Warszawa, lipiec 2016 r.

²¹ Dane z kontroli NIK w zakresie wykonania budżetu państwa w cz. 46 – Zdrowie w 2012 r. (P/13/126), w 2013 r. (P/14/001), w 2014 r. (P/15/001), w 2015 r. (P/16/001).

²² To jest bazy danych KRN, NFZ (SIMP).

dokonanie pełnej oceny efektów podejmowanych działań w zakresie profilaktyki. Minister Zdrowia oraz Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie posiadali kompletnych i spójnych danych dotyczących zadań realizowanych w dziedzinie profilaktyki zdrowotnej, pozwalających na bieżące monitorowanie programów profilaktycznych oraz dokonywanie ocen ich efektywności²³.

Takie podejście do działań profilaktycznych powodowało, że Fundusz nie wykorzystywał danych o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń do analizy zapotrzebowania na usługi medyczne, udzielane w ramach programów profilaktycznych finansowanych ze środków własnych. Nie uzyskiwał też informacji na temat realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) własnych programów profilaktycznych (jedynie doraźnie monitorowane były treści programów zgłaszanych przez samorządy i publikowanych na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która je opiniowała). Wykazano także ujemną korelację kwot przeznaczanych na te świadczenia ze wskaźnikami epidemiologicznymi i wynikającymi z nich potrzebami zdrowotnymi ludności. Brak rozeznania w tych kwestiach powoduje, że oddziały wojewódzkie NFZ, na terenie których występował wysoki wskaźnik zachorowalności, a niski

zgłaszalności, otrzymywały mniej środków na badania profilaktyczne, niż oddziały o niskim wskaźniku zachorowalności i wysokiej zgłaszalności na 10 tys. mieszkańców.

Warto również podkreślić, że JST objęte kontrolą podejmowały wprawdzie działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, miały jednak często doraźny charakter i były uzależnione od wielkości środków posiadanych w kolejnych latach. Do zadań własnych samorządów, stosownie do postanowień art. 7 ust.1 pkt 1, art. 8 pkt.1 i art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach²⁴, należy rozpoznanie potrzeb zdrowotnych i rzetelna analiza demograficzna i epidemiologiczna na terenie gminy. Nie oceniano jednak potrzeb zdrowotnych mieszkańców gminy/powiatu/województwa, jako działań poprzedzających opracowanie, realizację i ocenę efektów programów polityki zdrowotnej. W ponad połowie JST objętych kontrolą nie dokonywano, a także nie analizowano danych o zasobach lokalnego systemu opieki zdrowotnej, co powinno być punktem wyjścia zarówno do planowania działań, jak też monitorowania efektów ochrony zdrowia²⁵.

Ustalenia kontroli wskazują natomiast, że jedynie cztery spośród dziesięciu poddanych kontroli jednostek samorządu terytorialnego, sporządziły odrębny dokument strategiczny lub zawarły w innych

²³ Efektywność rozumiana w niniejszej informacji jako ocena wpływu podejmowanych działań profilaktycznych na stan zdrowia ludności. Miarami oceny efektywności był np. odsetek przeżyć 5-letnich w przypadku chorych na określony typ nowotworu, odsetek chorych z danym stopniem zaawansowania nowotworu w chwili jego wykrycia itp.

²⁴ Ustawa z 27.8.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).

²⁵ Jednym z zakładanych efektów „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015” było sporządzenie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ludności na własnym terenie.



dokumentach zagadnienia dotyczące analizy potrzeb zdrowotnych oraz warunków ich zaspokojenia. Brak dokumentu strategicznego uniemożliwił również rzetelną ocenę podejmowanych działań.

Profilaktyka w ramach programów przesiewowych

Artykuł 68 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r. stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia²⁶, które jest podstawowym prawem każdego człowieka, ale z drugiej strony każdy z nas ponosi odpowiedzialność za jego ochronę. Kluczową rolę odgrywa edukacja zdrowotna i właściwie adresowane programy, zwłaszcza w dobie epidemii otyłości wśród młodzieży, niezdrowych nawyków żywienia, braku aktywności fizycznej i stresu. To dzięki przemyślanej edukacji jesteśmy w stanie podejmować świadome decyzje dotyczące własnego zdrowia.

Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne powinny zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁷, określono ich warunki i zakres, w tym świadczeń profilaktycznych.

W wyniku kontroli NIK ustalono, że Minister Zdrowia nie zapewnił, na terenie całego kraju, równego dostępu do

świadczeń profilaktycznych, realizowanych w ramach badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Pomimo działań podejmowanych przez Ministra, zmierzających do zwiększenia liczby pacjentów zgłaszających się na badania przesiewowe, liczba ośrodków wykonujących je w Polsce, była mniejsza od zakładanej²⁸. Realizację badań zaplanowano w 130 ośrodkach (jeden na ok. trzy powiaty). W 2011 r. świadczeń udzielano jedynie na terenie 44 (11,6%) powiatów, co zapewniało dostęp do Programu dla 24,6% osób z populacji docelowej. Niektóre regiony kraju (północne Mazowsze, Warmia i Mazury) były całkowicie pozbawione ośrodków wykonujących badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego. W 2015 r. poprawił się jedynie dostęp do badań profilaktyki raka jelita grubego. Świadczenia realizowały 84 placówki, co zapewniało dostęp do świadczeń na terenie ok. 130 powiatów. Pomimo podejmowanych przez Fundusz działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, w 2015 r. nadal występowały znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu²⁹. Zróżnicowany, w poszczególnych regionach kraju, był dostęp do świadczeń rehabilitacji kardiologicznej, mierzony wartością zakontraktowanych świadczeń przypadających na

²⁶ Dz.U z 1997 r. nr 78, poz. 483, ze zm.

²⁷ Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

²⁸ W dokumencie pt.: *Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego, kontynuacja na lata 2012-2015 z uwzględnieniem planów na lata po 2015 roku.*

²⁹ Przykładowo, wartość kontraktów w Programie profilaktyki raka piersi (etap podstawowy) na 10 tys. mieszkańców wynosiła od 20,7 tys. zł w Mazowieckim OW NFZ do 36,8 tys. zł w Lubuskim OW NFZ.

10 tys. uprawnionych. Ustalenia kontroli wskazują również na niezakontraktowanie przez Fundusz na niektórych obszarach kraju części świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków własnych NFZ. W 2013 r. dotyczyło to np. 10 spośród 21 powiatów województwa warmińsko-mazurskiego, zaś w 2014 r. 13 spośród 41 powiatów woj. mazowieckiego (program profilaktyki raka piersi, etap podstawowy) – wliczając w to miasta na prawach powiatu.

Problem ze zgłaszaniem na badania profilaktyczne

Głównym celem „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006–2015”³⁰ była poprawa wskaźników umieralności z powodu nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi, a także wskaźnika pięcioletnich przeżyć, tak aby odpowiadały one średniemu poziomowi osiąganemu w krajach Unii Europejskiej. Jednakże małe zainteresowanie udziałem w badaniach przesiewowych ze strony pacjentów było jedną z ważniejszych przyczyn braku poprawy tych wskaźników. Utrzymywanie się na zbliżonym poziomie w kolejnych latach podobnej liczby osób przybywających na

badania w ramach programów profilaktycznych raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego wskazuje na małą skuteczność działań edukacyjno-informacyjnych: w wypadku badań w kierunku wczesnego wykrycia raka jelita grubego odsetek osób objętych programem przesiewowym³¹ wyniósł, w latach 2012–2015, od 16,7% do 17,8%³². W badaniu prowadzonym w ramach „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” uczestniczyło, w okresie objętym kontrolą, od 21,01% do 23,21% kobiet z grupy docelowej, zaś w „Programie profilaktyki raka piersi” odsetek uczestniczek był wyższy i osiągnął od 41,83% do 44,15%³³. W Islandii na badania profilaktyczne zgłasza się ponad 90% uprawnionych.

W ocenie ekspertów pozytywny efekt realizacji tego rodzaju programów osiągniany jest przy objęciu co najmniej 70% osób z grup ryzyka³⁴. Minister Zdrowia, mimo wiedzy na ten temat, nie wykonał kompleksowych analiz oraz nie podjął działań zmierzających do zwiększenia zainteresowania badaniami profilaktycznymi, choć w dokumentach strategicznych wskazano, że zmiany w programach powinny do tego zmierzać, a działania te wymagają „pełnej wiedzy o wskaźnikach

³⁰ Cele Programu określono w art. 2 Programu.

³¹ Tzw. system zapraszany.

³² W 2012 r. – 17,8%, w 2013 r. – 16,7%, w 2014 r. – 17,1%, w 2015 r. – 16,8%.

³³ Dane bez uwzględnienia świadczeń wykonanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Odsetek kobiet z grup ryzyka, które wykonywały badania w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, analogicznie, jak w ramach programów profilaktycznych w przypadku raka szyjki macicy wyniósł: w 2012 r. – 12,48%, w 2013 r. – 13,31%, w 2014 r. – 22,35%, w 2015 r. – 22,08%, zaś w przypadku raka piersi: w 2012 r. – 4,04%, w 2013 r. – 3,17%, w 2014 r. – 3,89%, w 2015 r. – 3,92%. Źródło: „Raporty i sprawozdania merytoryczno-finansowe COK z realizacji populacyjnych programów: wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy za lata 2012–2015”.

³⁴ Patrz przypis 13.



dotyczących efektywności badań przesiewowych oraz głębokiego rozpoznania czynników odpowiedzialnych za niską zgłaszalność kobiet na zorganizowane badania profilaktyczne”³⁵.

Efektywność dotychczasowych metod zwiększenia odsetka osób uczestniczących w badaniach przesiewowych była bardzo mała. Dotyczyło to zwłaszcza osób, które otrzymały imienne zaproszenia. Jedynie ok. 6,6% spośród uczestników badań przesiewowych zgłosiło się na nie w wyniku otrzymania zaproszenia³⁶.

Skala zachorowań i wskaźniki przeżyć

Realizacja programów przesiewowych dla raka piersi oraz szyjki macicy nie spowodowała zahamowania wzrostu zachorowań na te nowotwory złośliwe. Mimo określenia takiego celu w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006–2015”³⁷; nie osiągnięto średnich europejskich wskaźników ich wczesnego wykrywania oraz skuteczności leczenia. W 2013 r. zachorowało na raka piersi o 56%³⁷ więcej kobiet, niż w 2005 r. Zmniejszyła się natomiast liczba przypadków raka szyjki macicy o 10,8%. Poprawiły

się wartości wskaźników wykrywalności wczesnych postaci raka piersi i raka szyjki macicy. O ile w 2005 r. pacjentki z rozpoznaniem zaawansowanym rakiem piersi i szyjki macicy stanowiły odpowiednio 36% i 44%, o tyle w 2013 r. było ich 30% i 34%. Nie odnotowano jednak poprawy wartości wskaźników przeżyć pięcioletnich³⁸. Nadal odbiegały one od wartości osiągniętych w wybranych krajach europejskich i były niższe o ok. 10 punktów procentowych w obu typach raka. Nie zmniejszyła się także liczba zachorowań i zgonów z powodu raka jelita grubego. W roku 2015 liczba nowych przypadków w porównaniu z rokiem 2005 była większa o 24,8%³⁹. W okresie objętym kontrolą zachorowalność na raka jelita grubego zachowała zaobserwowaną w latach wcześniejszych tendencję wzrostową. Odnotowano natomiast niewielką poprawę, jeśli chodzi o jego wczesnego wykrywanie. O ile w 2005 r. chorzy z I i II stopniem zaawansowania choroby stanowili 38% pacjentów, to w 2014 r. ich odsetek zwiększył się do 46,5%. Wartości tego wskaźnika były jednak niższe o ok. 10-12 punktów procentowych w stosunku do krajów Europy Zachodniej. Miało

³⁵ „Krajowe ramy strategiczne...”, op.cit. przyp.13.

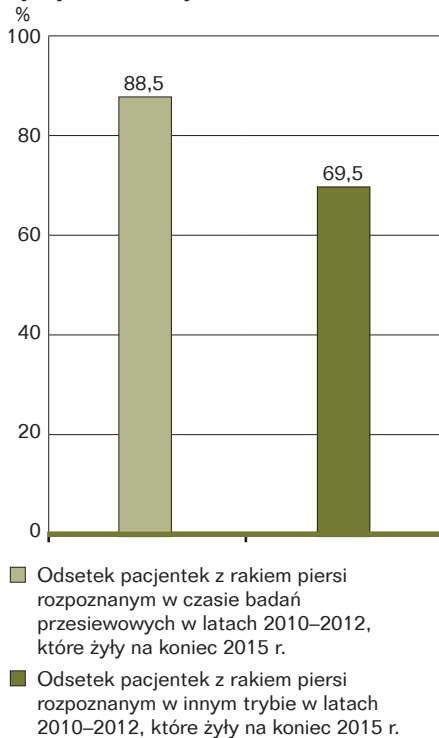
³⁶ Patrz: Informacja o wynikach kontroli NIK *Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim*, nr ewid. 149/2016/P/15/085/LLU, Delegatura NIK w Lublinie, luty 2017 r. Jak wynika z ustaleń tej kontroli, w wyniku prowadzonej przez WOK wysyłki imiennych zaproszeń na badania cytologiczne osiągnięto niewielkie efekty w zakresie zgłaszalności. W latach 2011–2015 wysłano w woj. lubelskim 909 tys. imiennych zaproszeń i wydatkowano na ten cel 1.192,6 tys. zł, a na badania zgłosiło się zaledwie 59,7 tys. kobiet, co oznacza średnią roczną zgłaszalność na poziomie 6,6% w stosunku do populacji objętej programem.

³⁷ Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów. Ostatnie pełne dane pochodzą z 2013 r.

³⁸ Dla rozpoznai z lat 2000–2009. Ostatnie dostępne dane pochodzą z tego okresu.

³⁹ W 2005 r. raka jelita grubego zdiagnozowano u 13 987 osób, w 2010 r. – u 15 800 osób, zaś w 2015 r. było to 17 450 osób. Zwiększyły się również wartości współczynników surowych (z 30,1 w 2000 r. do 45,3 w 2013 r.) i standaryzowanych (z 20,1 w 2000 r. do 23,9 w 2013 r.).

Rysunek 2. **Odsetek pacjentek, które przeżyły co najmniej 3 lata od rozpoznania raka piersi, w zależności od trybu wykrycia choroby**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

to negatywny wpływ na wartości wskaźnika przeżyć pięcioletnich⁴⁰. Były one niższe, niż w wybranych krajach Europy Zachodniej o ok. 10-12 punktów procentowych.

Ponownie należy jednak podkreślić, że programy profilaktyki zdrowotnej mają

ogromne znaczenie. W wielu wypadkach mogą osobom chorym znacznie przedłużyć życie. Na potrzeby kontroli dokonano analiz, które wykazały, że w grupie osób uczestniczących w programach profilaktycznych, prawdopodobieństwo przeżycia co najmniej 3 lat od rozpoznania choroby było wyższe, niż u osób, u których rozpoznano nowotwór w innym trybie (zwykle po zgłoszeniu pierwszych objawów choroby). W przypadku raka piersi, różnica na korzyść uczestników programów profilaktycznych wyniosła 19 punktów procentowych; dla raka jelita grubego było to 29,8 punktów procentowych, zaś w przypadku raka szyjki macicy 31,2 punktu procentowego.

Profilaktyka raka piersi

Analiza danych z baz NFZ wykazała, że w grupie 49 154 pacjentek, które wzięły udział w badaniach profilaktycznych, u których rozpoznano raka piersi pierwszy raz w latach 2010–2012, na koniec 2015 r. żyło 88,5% pacjentek, zaś w grupie pozostałych pacjentek, które nie uczestniczyły w takim badaniu, żyło 69,5% kobiet, tj. o 19 punktów procentowych mniej.

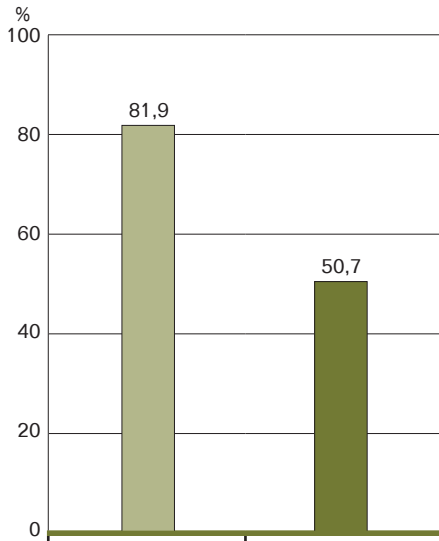
Profilaktyka raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest trzecim, pod względem częstości zachorowań, nowotworem u kobiet oraz czwartą na świecie przyczyną zgonów z powodu nowotworów. W Polsce rak szyjki macicy stanowił 3,7% wszystkich

⁴⁰ W 2014 r. odsetek pacjentów z rakiem jelita grubego w I i II stopniu zaawansowania choroby wynosił 46,5%, zaś w wypadku osób uczestniczących w badaniach przesiewowych 62,5% w odniesieniu do osób uczestniczących w ramach tzw. systemu zapraszane go i 76,5% w odniesieniu do systemu oportunistycznego.



Rysunek 3. **Odsetek pacjentek, które przeżyły co najmniej 3 lata od rozpoznania raka szyjki macicy, w zależności od trybu wykrycia choroby**



- Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy rozpoznany w czasie badań przesiewowych w latach 2010–2012, które żyły na koniec 2015 r.
- Odsetek pacjentek z rakiem szyjki macicy rozpoznany w innym trybie w latach 2010–2012, które żyły na koniec 2015 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

nowo zarejestrowanych przypadków nowotworów wśród kobiet, będąc zarazem siódmą przyczyną zgonów z powodu

nowotworów w Polsce⁴¹. Należy zwrócić uwagę na niski poziom zgłoszeń na badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrycia tej choroby. W niektórych krajach Europy Północnej sięga on okresowo nawet powyżej 80% (średnio ok. 60-80%). Niższe wskaźniki odnotowuje się w krajach Europy Południowej. Program brytyjski, holenderski, fiński charakteryzuje stosunkowo wysoki wskaźnik uczestnictwa. Przykładowo, w Finlandii zgłaszalność w zorganizowanym programie skryningowym wynosi ok. 70%. Ogółem badaniom poddaje się ok 93% kobiet⁴².

Według prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów do 2025 r. liczba zachorowań na raka szyjki macicy zmniejszy się o ok. 18%, zaś współczynnik zachorowań spadnie z 9,3/100 tys. kobiet w 2015 r. do 7,6/100 tys. kobiet w 2025 r. Analizy NFZ wskazują również na zmniejszanie się liczby leczonych kobiet do 2030 r., przy jednoczesnym wzroście kosztów ich leczenia w przeliczeniu na pacjentkę⁴³. Efektywne leczenie raka szyjki macicy, zależy od stadium zaawansowania rozpoznanego nowotworu. We wczesnym stadium (I i II stopień) wyleczenie możliwe jest w przypadku 80% kobiet oraz do 60% w III stadium⁴⁴. Porównanie danych z baz NFZ wykazało, że w grupie 9123 pacjentek, które wzięły udział w badaniach profilaktycznych, u których raka szyjki

⁴¹ Polska należy też do krajów o jednym z najwyższych wskaźników zgonów z powodu raka szyjki macicy w porównaniu z innymi krajami europejskimi.

⁴² „Profilaktyka pierwotna i wtórna w systemie zdrowotnym – aspekty metodyczne i organizacyjne”, ekspertyza zewnętrzna, wrzesień 2016.

⁴³ Źródło: Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, „Rak szyjki macicy – diagnoza systemu”, Warszawa, czerwiec 2016 r.

⁴⁴ Leczenie raka szyjki macicy we wczesnym stadium polega na wykonaniu zabiegu chirurgicznego lub radioterapii. Chemioterapia jest metodą stosowaną w leczeniu bardziej zaawansowanych postaci tej choroby.

Rysunek 4. **Odsetek pacjentów, którzy przeżyli minimum 3 lata od rozpoznania raka jelita grubego, w zależności od trybu wykrycia choroby**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

macy rozpoznano pierwszy raz w latach 2010–2012, na koniec 2015 r. żyło 81,9%, zaś w grupie pozostałych pacjentek, które nie uczestniczyły w takim badaniu żyło 50,7%.

Profilaktyka raka jelita grubego

Analiza danych NFZ z lat 2010–2012, dotyczących pacjentów z rozpoznaniem w tym okresie rakiem jelita grubego wykazała, że na koniec 2015 r. żyło 76,9% pacjentów, u których rozpoznano raka jelita grubego podczas badań przesiewowych i jedynie 47,1% pacjentów, u których rozpoznanie nastąpiło w innym trybie.

Uwagę zwraca niewielki odsetek osób objętych badaniami przesiewowymi w celu wykrycia raka jelita grubego, choć z posiadanych przez Ministra danych jednoznacznie wynika, że wykonywanie profilaktycznej kolonoskopii prowadzi do rozpoznania tego typu raka we wcześniejszych stadiach rozwoju, co w konsekwencji zwiększa szanse na wyleczenie.

Potwierdzają to ustalenia kontroli Najwyższej Izby Kontroli, która wykazała, że odsetek pacjentów, którzy przeżyli z rakiem jelita grubego co najmniej trzy lata, w wypadku osób z chorobą wykrytą podczas badań przesiewowych, był istotnie, tj. o 29,8 punktów procentowych wyższy, niż w wypadku pozostałych pacjentów.

Profilaktyka chorób układu krążenia

Schorzenia układu krążenia stanowią główny problem zdrowotny w Polsce i są przyczyną prawie połowy zgonów⁴⁵. Mimo że zostały wymienione na pierwszym miejscu wśród priorytetów zdrowotnych, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. w sprawie

⁴⁵ Świadczenia te są gwarantowane w ramach umowy, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 24.9.2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86).



priorytetów zdrowotnych⁴⁶, współczynnik przedwczesnej umieralności z powodu chorób serca i naczyń jest w dalszym ciągu zbyt wysoki.

Przyczyną braku poprawy w zakresie liczby zachorowań związanych z układem krążenia był ograniczony zakres działań profilaktycznych podejmowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy pełnią istotną rolę w profilaktyce chorób. Lekarz POZ stanowi pierwsze ogniwo systemu opieki zdrowotnej i najczęściej styka się z pacjentem, w związku z czym nałożono na niego szereg zadań związanych z wczesnym wykrywaniem chorób oraz ich prewencją⁴⁷. Kontrola wykazała, że we wszystkich badanych placówkach POZ, lekarze udzielający świadczeń POZ realizowali zadania profilaktyki zdrowotnej w ograniczonym stopniu. W ramach „Programu profilaktyki chorób układu krążenia” finansowanego ze środków NFZ, badania przesiewowe wykonano jedynie u 280 668 osób, tj. 3,4% osób, do których adresowano Program.

Badaniami tymi objęto jednak niewielką część populacji docelowej, co w rezultacie może skutkować ograniczoną efektywnością podejmowanych działań profilaktycznych⁴⁸.

Rehabilitacja kardiologiczna

Brak w Polsce nowoczesnego i zintegrowanego systemu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji utrudnia kontrolę czynników ryzyka u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi. Zdaniem ekspertów pacjenci z chorobami układu krążenia w pierwszej kolejności powinni brać udział w programach rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji, jako że stanowią grupę największego ryzyka⁴⁹.

W wielu badaniach wykazano, że rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka stanowią o poprawie rokowania i jakości życia osób z chorobami układu krążenia, a także są efektywne kosztowo⁵⁰. Programy kompleksowej rehabilitacji/wtórnej

⁴⁶ Dz.U. nr 137 poz. 1126.

⁴⁷ Zgodnie z art. 5 pkt 27 ustawy o świadczeniach oraz z pkt 3, 4 i 5 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.10.2005 w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (obowiązującego do 16.6.2016; Dz.U. nr 214 poz. 1816), działania lekarza POZ są ukierunkowane m.in. na działania profilaktyczne. W zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę oraz rozpoznanie chorób świadczeniobiorcy lekarz POZ prowadzi edukację zdrowotną, identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie, a także planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

⁴⁸ Patrz: ustalenia z Informacji o wynikach kontroli realizacji zadań NFZ w 2014 r.

⁴⁹ *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)*, "European Heart Journal", nr 33/2012, s. 1635-1701.

⁵⁰ M.F. Piepoli, W. Benzer, B. Bjarnason-Wehrens, P. Dendale, D. Gaita, H. McGee, M. Mendes, J. Niebauer, A.D. Zwisler, J.P. Schmid: *Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, "European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation", nr 17/2010, s. 1-17; także *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)*, "European Heart Journal", nr 33/2012, s. 1635-1701.

prewencji⁵¹ są obecnie uważane za standard w postępowaniu z pacjentami z chorobami naczyniowo-sercowymi lub niewydolnością serca, zwłaszcza po ostrych zespołach wieńcowych i/lub rewaskularyzacji serca⁵². W badaniach naukowych wykazano, że rehabilitacja oparta przede wszystkim na fizjoterapii i edukacji pacjentów w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko zgonu⁵³. Zmiana stylu życia (ruch fizyczny, zaprzestanie palenia papierosów, dieta), regularne stosowanie leków, rehabilitacja kardiologiczna są niezbędne, by zapobiec kolejnym incydentom sercowo-naczyniowym i zmniejszyć ryzyko zgonu w grupie pacjentów po zawale⁵⁴.

Na potrzeby kontroli dokonano analizy, która wykazała, że w wypadku pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji

kardiologicznej, w okresie 30 dni od zawału serca, odsetek pacjentów żyjących po roku od dnia zakończenia hospitalizacji był wyższy (95,79% pacjentów bez interwencji kardiologicznej w przebiegu zawału serca i 98,44% w przypadku pacjentów po takiej interwencji), niż w przypadku pacjentów, którzy nie korzystali z rehabilitacji w związku z przebyłym zawałem serca (59,68% w odniesieniu do pacjentów bez interwencji kardiologicznej w przebiegu zawału oraz 81,30%, jeśli chodzi o pacjentów po takiej interwencji⁵⁵).

Monitorowanie i ewaluacja danych

Niekompletność i niewiarygodność danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów⁵⁶ nie pozwala na przepro-

⁵¹ Zgodnie z aktualnymi wytycznymi europejskich towarzystw naukowych, w tym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, za najważniejszą grupę docelową działań profilaktycznych uważa się osoby z chorobami układu krążenia na podłożu miażdżycowym. Osoby te wymagają m.in. edukacji i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia. Działania te mają na celu zahamowanie progresji choroby, wydłużenie długości życia i poprawę jego jakości. W wielu badaniach wykazywano, że rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i poprawą jakości życia osób z chorobami układu krążenia. Takie działania są też efektywne kosztowo i wypadają korzystnie pod względem kosztu za dodatkowy rok życia na tle innych ugruntowanych interwencji stosowanych w medycynie. Programy kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji są obecnie uważane za standard w postępowaniu z pacjentami z chorobą niedokrwienną serca lub niewydolnością serca, w tym szczególnie z osobami po ostrym zespole wieńcowym i/lub rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Patrz: „Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji” – Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Warszawa, czerwiec 2013.

⁵² G.J. Balady, P.A. Ades, V.A. Bittner, B.A. Franklin, N.F. Gordon, R.J. Thomas, G.F. Tomaselli, C.W. Yancy: *Referral, Enrollment, and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs at Clinical Centers and Beyond: A Presidential Advisory From the American Heart Association*, "Circulation", nr 124/2012, s. 2951-2960; „Rewaskularyzacja” – poszerzenie i udrożnienie zwężonego naczyń krwionośnych. Rewaskularyzacja ma na celu przywrócenie prawidłowego krążenia w świetle naczyń

⁵³ P. Jankowski, D. Czarnecka, R. Łysek, A. Skrzek, M. Smaś-Suska, A. Mazurek, M. Brzozowska-Kiszka, P. Podolec, K. Kawecka-Jaszcz, A. Pająk: *Secondary prevention in patients after hospitalization due to coronary artery disease – what has changed since 2006?*, "Kardiologia Polska" (złożony w redakcji).

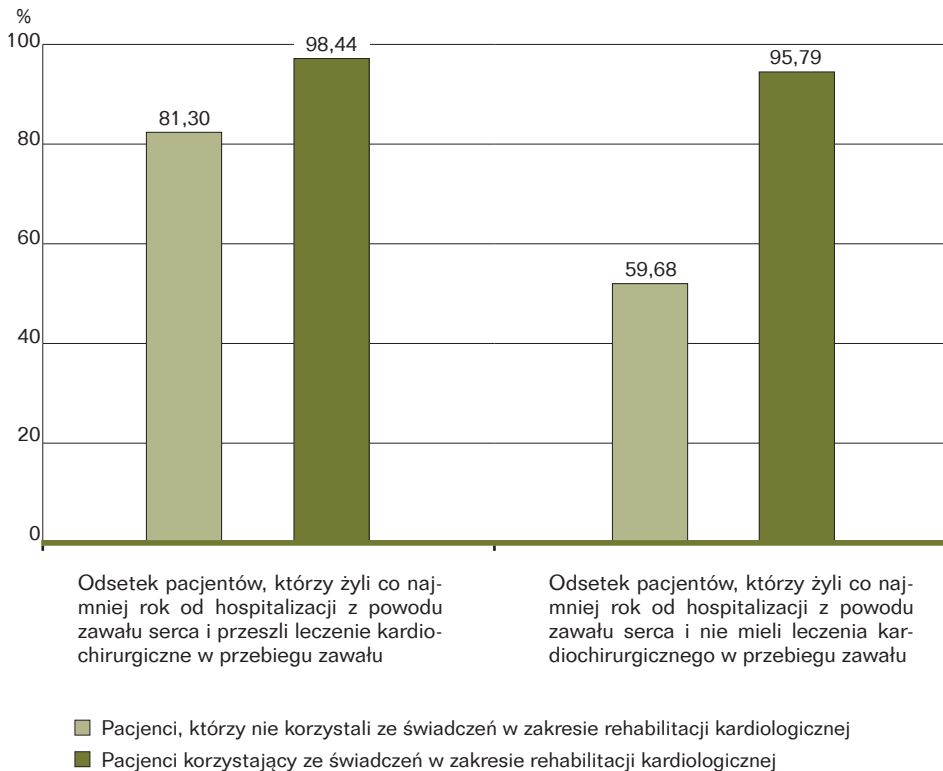
⁵⁴ RAPORT: *Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce; Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL 2009–2012*; Warszawa, Zabrze, Gdańsk 2014.

⁵⁵ Analizą objęto wszystkich pacjentów, którzy przeszli w latach 2012–2014 zawał mięśnia sercowego i przeżyli rok od dnia wyjścia ze szpitala.

⁵⁶ Krajowy Rejestr Nowotworów (zwany dalej: „Rejestrem” lub „KRN”) działał na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.12. 2012 w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów. W związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 18.12.2014, utrata mocy obowiązującej art. 20 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, pociągnęła za sobą utratę mocy obowiązującej wydanego na jego podstawie rozporządzenia



Rysunek 5. Porównanie odsetka przeżyć pacjentów, którzy w latach 2012–2014 przeżyli zawał serca, w wypadku korzystania z rehabilitacji kardiologicznej lub jej braku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

wadzenie rzetelnych analiz realizowanych programów profilaktycznych (ich efektywności), a w konsekwencji utrudnia ocenę ich wpływu na stan zdrowia ludności. W rejestrze tym, w wypadku ponad 21% pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego, w ciągu trzech lat od rozpoznania nowotworu, nie zamieszczono informacji o stopniu zaawansowania choroby. Analogiczna

sytuacja miała miejsce w odniesieniu do blisko 20% kobiet z rakiem piersi oraz 9,5% kobiet z rakiem szyjki macicy. Wykonana w trakcie kontroli analiza wykazała, że systemy informatyczne NFZ, w tym System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) oraz Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), nie zapewniały możliwości uzupełniania KRN danymi

Ministra Zdrowia z 20.12.2012 w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów. Nowe rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów weszło w życie 30.8.2016, Dz.U. z 2016 r. poz. 1362.

uzyskiwanymi w ramach sprawozdawczości przekazywanej przez świadczeniodawców do NFZ lub pozyskiwanej przez Fundusz od innych podmiotów. Z kolei system SIMP nie zawierał m.in. danych o wszystkich badaniach cytologicznych wykonywanych przez kobiety objęte programem profilaktycznym, które mogły być finansowane zarówno w ramach profilaktycznych badań przesiewowych, jak ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Krajowy Rejestr Nowotworów nie gromadził również informacji o stopniu zaawansowania choroby w wypadku znacznej liczby pacjentów z wymienionymi nowotworami, rozpoznanymi pierwszy raz w latach 2010–2012. Jeśli chodzi o raka szyjki macicy, takich pacjentów było 9,5%, w przypadku raka piersi 19,8%, zaś w przypadku raka jelita grubego 21,7%⁵⁷. Jedną z przyczyn przedstawionego stanu rzeczy było nieprzekazywanie przez świadczeniodawców kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (MZ/N-1a)⁵⁸.

Istotne znaczenie przy ocenie wpływu przesiewowych programów profilaktycznych na stan zdrowia ludności ma analiza wskazująca, czy pozwalają one na wykrycie zmiany chorobowej na wcześniejszym etapie jej rozwoju, a w konsekwencji, czy koszty leczenia są niższe, zaś wartości wskaźników przeżywalności pacjentów wyższe. Pomimo niekompletności i niespójności danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów oraz w systemach

informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła również taką analizę, z zastrzeżeniem, iż dotyczyła ona niewielkiego zbioru danych możliwych do porównania. Uzyskane wyniki powinny – w ocenie NIK – stanowić bodziec do podjęcia działań zmierzających do poprawy jakości gromadzonych danych i dokonania kompleksowej oceny programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych. Z analizy wynika bowiem, że w wyniku porównania zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, zawierających dane o pacjentach z rozpoznaniem pierwszy raz w latach 2010–2012 rakiem piersi, szyjki macicy i jelita grubego, w przypadku raka szyjki macicy jedynie 11,6% pacjentek występowało w obu bazach. Jeśli chodzi o pacjentki z rozpoznaniem w tym okresie rakiem piersi było to 42,2%, zaś w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego 38,9%⁵⁹. Ze względu jednak na ograniczoną liczbę pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem szyjki macicy i rakiem piersi, które występowały równocześnie w obu tych bazach, wyniki tej analizy nie są jednoznaczne, co potwierdza potrzebę dokonania dalszych weryfikacji danych i pogłębionego badania efektywności programów przesiewowych.

Podsumowanie i wnioski z kontroli

Rozpoznane przez NIK problemy dotyczące roli i znaczenia profilaktyki zdrowotnej

⁵⁷ J.w.

⁵⁸ Co było niezgodne z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.12.2012 w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów.

⁵⁹ Dane dotyczą wyłącznie raka jelita grubego za lata 2009–2012.



w systemie ochrony zdrowia, w tym między innymi niski odsetek osób objętych przesiewowymi badaniami profilaktycznymi, ograniczony dostęp do świadczeń dawców udzielających takich świadczeń oraz nierzetelne dane w zbiorach dotyczących stanu zdrowia pacjentów wskazują na potrzebę budowy spójnego i sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej.

W tym celu niezbędne jest podjęcie działań zmierzających przede wszystkim do:

- określenia przez Ministra Zdrowia spójnej, kompleksowej i wieloletniej koncepcji działań profilaktycznych, ukierunkowanej na zachowanie zdrowego trybu życia i zapobieganie chorobom, z uwzględnieniem priorytetów i wskaźników epidemiologicznych;
- właściwej realizacji przez lekarzy POZ obowiązujących procedur dotyczących profilaktyki zdrowotnej, zwłaszcza w odniesieniu do chorób układu krążenia oraz nowotworowych;
- zwiększenia odsetka pacjentów uczestniczących w programach profilaktyki zdrowotnej, pozwalających na wczesne wykrycie nowotworów przez skuteczne działania informacyjne i edukacyjne podejmowane przez Ministra Zdrowia oraz realizatorów poszczególnych programów;
- usprawnienia systemowych rozwiązań dotyczących gromadzenia danych

o realizacji świadczeń profilaktycznych i losów pacjentów z rozpoznanymi w czasie takich badań chorobami nowotworowymi, w tym zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, zawierających dane o pacjentach z rozpoznanym nowotworem.

Nie bez znaczenia dla poprawy stanu zdrowia ludności jest koordynacja działań profilaktycznych przez Ministra Zdrowia nie tylko w ramach systemu ochrony zdrowia, lecz także uwzględniająca inne czynniki oddziałujące na otoczenie człowieka. Część chorób związana jest bowiem między innymi z zanieczyszczeniem powietrza atmosferycznego w miejscu zamieszkania (np. choroby układu oddechowego, nowotwory i inne choroby płuc, choroby układu krążenia, alergie)⁶⁰.

Komisja Europejska w swoich prognozach wskazuje, że Polska, w niedługim czasie, może odnotować znaczny spadek wzrostu gospodarczego, przede wszystkim z przyczyn demograficznych, w kontekście średniej długości życia w dobrym zdrowiu (dla mężczyzn wynosi ona 58,1, a dla kobiet 62,1). Biorąc pod uwagę powyższe przewidywania, niezbędne są długofalowe inwestycje w politykę prozdrowotną. Tematyka spójnej strategii w ochronie zdrowia przyciąga coraz większą uwagę ekspertów; była między innymi przedmiotem debaty „Profilaktyka

⁶⁰ Patrz: Informacja o wynikach kontroli NIK *Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami*, grudzień 2014 r., nr ewid.177/2014/P/14/086/LKR, za: <<http://www.euro.who.int>>; <<http://www.eea.europa.eu>>; <<http://www.krakow.pios.gov.pl>>; WHO *Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide – Global update 2005, Summary of risk assessment*, WHO 2006; *Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP Project*, WHO Regional Office for Europe, 2013; *Health effects of particulate matter – Policy implications for countries in eastern Europe, Caucasus and central Asia*, WHO 2013; *Air quality in Europe – 2013 report*, European Environment Agency, 2013; *Raport o stanie środowiska w województwie małopolskim w 2011 r.*, WIOŚ w Krakowie 2012, Biblioteka Monitoringu Środowiska.

zdrowotna i promocja zdrowia inwestycją w zrównoważony wzrost gospodarczy” podczas XIII Samorządowego Forum Kapitału i Finansów⁶¹. W trakcie debaty wskazywano na konieczność szerszego spojrzenia na Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, który obejmuje zarówno profilaktykę pierwotną, związaną z utrwalaniem prawidłowych wzorców i zdrowego stylu życia, jak i wtórną, której celem jest zapobieganie konsekwencjom choroby przez jej wczesne wykrycie i leczenie.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania dotyczące znaczenia i roli profilaktyki w systemie ochrony zdrowia, zdaniem

autorów należałoby na nowo sformułować zagadnienie ochrony zdrowia, które nie powinno być postrzegane wyłącznie z perspektywy kosztów leczenia, lecz także jako perspektywiczny czynnik rozwoju zdrowego i świadomego społeczeństwa.

DOROTA PASZKIEWICZ*

Departament Pracy,
Spraw Społecznych i Rodziny NIK,
JAN PIOTRKOWSKI

Departament Metodyki Kontroli
i Rozwoju Zawodowego NIK

⁶¹ „Menedżer Zdrowia”, nr 10/2015.

Słowa kluczowe: profilaktyka, system ochrony zdrowia, rak piersi, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, choroby cywilizacyjne

Key words: prophylaxis, health care system, breast cancer, cervical cancer, colorectal cancer, diseases of modern civilisation

* Autorzy artykułu poprzednio pracowali w Departamencie Zdrowia NIK.