

**UCHWAŁA NR XXXIX/221/2013
RADY MIEJSKIEJ BORKU WLKP.
Z DNIA 28 LISTOPADA 2013 ROKU**

w sprawie: przyjęcia „Programu profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2014-2018”

Na podstawie art. 18 ust. 1 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r., poz. 594 ze zmianami) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art.48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zmianami) Rada Miejska Borku Wlkp. uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Program profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2014-2018”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Borku Wlkp.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY NA LATA 2014-2018

I. WSTĘP

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych zadań gminy wynikających z ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013r., poz. 594 ze zmianami). Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców - art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004r. Nr 210 poz. 2135 ze zmianami). Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym możliwe jest poprzez stosowanie odpowiedniej profilaktyki, a także poprzez podejmowanie wszelkich działań i środków zmierzających do wykrycia we wczesnych stadiach nowotworów, dających szansę na szybkie wyleczenie. Warunkiem poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa jest tworzenie i realizacja odpowiedniej polityki zdrowotnej.

II. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

1. Ogólna charakterystyka

Światowa Organizacja Zdrowia, w kwietniu 2009 roku opublikowała oficjalnie stanowisko uznając raka szyjki macicy i inne choroby wywoływane przez wirusa brodawczaka ludzkiego HPV za problem zdrowia publicznego o zasięgu globalnym. Polskę, jako kraj znacząco obciążony chorobami nowotworowymi charakteryzuje średniowysoka zachorowalność i wysoka umieralność mężczyzn, oraz niska zachorowalność i wysoka umieralność kobiet, niskie wskaźniki 5-letnich przeżyć, niska chorobowość, utrzymujące się wysokie zagrożenie rakiem szyjki macicy. Rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości występowania nowotworem u kobiet w Polsce. Rocznie choroba ta dotyka około 4 tys. kobiet, a połowa z nich umiera. Pod względem zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby Polska zajmuje czołowe miejsce wśród krajów UE.

Badania epidemiologiczne wskazują, że główną przyczyną raka szyjki macicy jest czynnik onkogenny przenoszony drogą płciową we wczesnym okresie życia kobiety. Jest to wirus brodawczaka ludzkiego HPV - human – papiloma - wirus. Czynnikiem współdziałającymi w konkerogenezie mogą być inne wirusy np. Opryszczki, bakterie oraz inne czynniki związane ze środowiskiem lub organizmem kobiety. Prawdopodobieństwo zakażenia zwiększają takie czynniki ryzyka jak wczesne rozpoczęcie życia seksualnego czy też duża liczba partnerów seksualnych. Badania dowiodły, że wirus HPV występuje praktycznie we wszystkich przypadkach raka szyjki macicy. Pod względem zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby Polska zajmuje czołowe miejsce wśród krajów Unii Europejskiej. Zaobserwowano również różnice regionalne w zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Pokrywają się one z umieralnością z powodu nowotworów złośliwych u kobiet. Najwyższe współczynniki zgonów, z powodu chorób nowotworowych zaobserwować można w północno - zachodnich rejonach Polski, a najniższe w południowo - wschodnich. Różnice te należy jednak wiązać raczej z odmiennymi stylami życia kobiet, wpływających na obniżenie ryzyka zachorowania w bardziej tradycyjnych środowiskach niż efektywnością leczenia. Bardziej tradycyjne wzory moralności, silniejsza kontrola relacji międzyludzkich stanowi czynnik zmniejszający ryzyko zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową.

2. Psychospołeczne konsekwencje raka szyjki macicy

W Polsce nie prowadzono systematycznych badań analizujących doświadczenia życiowe kobiet dotkniętych tą właśnie chorobą. Dostępne są jedynie dane o charakterze epidemiologicznym, które wskazują, że niemal 1/3 zgonów dotknęła kobiety w wieku 15–49 lat, a więc kobiety młode, u progu lub w pełni aktywnego życia, karier zawodowych, niezrealizowanych planów na przyszłość. W perspektywie indywidualnego doświadczenia choroba nowotworowa powoduje ból oraz lęk wynikły z zagrożenia życia, dodatkowo podsycany negatywnymi wyobrażeniami i społecznymi „metaforami” raka. Rak jest przede wszystkim „zabójcą”. Pierwsze objawy choroby, a nawet dalsze, wskazujące już na znaczny jej rozwój, mogą być przez kobietę ignorowane. Dopiero nasilenie się objawów (ból, dyskomfort fizyczny) powoduje niepokój, do którego po otrzymaniu diagnozy niejednokrotnie dołącza lęk i depresja. Źródłem wtórnych cierpień jest także leczenie (chirurgia, radioterapia, chemia), oraz stresujące pobyty i obawy o los najbliższych, szczególnie dzieci pozbawionych opieki. Indywidualna reakcja na chorobę może się oczywiście różnić; zależy od szeregu czynników, takich jak cykl życia kobiety, prognoza co do dalszego rozwoju choroby, powodowane nią zaburzenia w strukturze rodziny, wiedza o raku i możliwościach jego leczenia, dotychczasowe doświadczenia z medycyną i wielu innych. Zawsze jednak stanowi źródło cierpień fizycznych i negatywnych emocji. Zakażenie wirusem HPV może wywierać także bardziej bezpośredni wpływ na przebieg ciąży. Liczne badania kliniczne i doświadczalne wskazują, że zakażenie genitalnymi typami HPV, w tym typami HPV 6/11 (odpowiedzialnymi za kłykciny), może prowadzić do spontanicznych poronień we wczesnej fazie ciąży. Badania te stwierdziły obecność DNA wirusów HPV w próbkach pobranych aż z 70% płodów po

poronieniu samoistnym. Wykazano także, że kobiety z historią zakażeń HPV mają ok. 3 razy większe ryzyko utraty ciąży, a także znaleziono HPV 18 w 50% preparatów nabłonika kosmówkowego złośliwego. W ostatnich latach odkryto też, że wirusy HPV 16 i HPV 31 mogą replikować de novo w łóżyskowych trofoblastach.

3. HPV jako czynnik wywołujący raka szyjki macicy

Rozpoznanym czynnikiem sprawczym raka szyjki macicy są onkogenne wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV). Zakażenia genitalnymi typami tych wirusów wywołują różnego typu zmiany przednowotworowe i nowotworowe na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolic ciała. Wirus przenoszony jest drogą płciową. Ryzyko zakażenia genitalnymi typami HPV w ciągu całego życia u osób aktywnych seksualnie wynosi około 50%, a zakażenia te są najczęstsze u młodych kobiet. Spośród ponad 100 typów wirusa HPV około 40 zakaża preferencyjnie błony śluzowe narządów płciowych. Największy związek z rakiem szyjki macicy wykazuje HPV 16 oraz HPV 18, które są odpowiedzialne za ponad 70% wszystkich przypadków tego raka i większość przypadków śródnabłonkowych zmian przedmowo-tworowych. Ścisły związek między zakażeniem HPV (zwłaszcza HPV 16), a ryzykiem rozwoju raka szyjki macicy został potwierdzony także w kontrolowanych badaniach retrospektywnych. Zmiany niskiego stopnia na szyjce macicy i w innych okolicach ciała: sromie, prąciu, odbycie są wywoływane nie tylko przez typy onkogenne HPV, ale w części przypadków mogą być związane z zakażeniem wirusami o niskim potencjale onkogennym, głównie HPV 6 i HPV11. Ponadto wirusy HPV 6 i HPV 11 są odpowiedzialne za ponad 90% przypadków brodawek płciowych i brodawek w okolicy odbytu oraz dużej części zmian brodawczakowatych w jamie ustnej. Prawdopodobny model rozwoju raka szyjki macicy przedstawia się następująco:

- infekcja HPV rozpoczyna się po kontakcie płciowym, u około 80% kobiet zwalczą infekcję i nie występują u nich jakiegokolwiek objawy i zmiany na szyjce macicy,
- u 20% kobiet ostra infekcja przechodzi w fazę przewlekłą i w ciągu 2-4 lat rozwijają się zmiany typu CIN,
- u 15% kobiet następuje samowyleczenie infekcji HPV wraz z regresją zmian CIN,
- u 3-5% nie leczonych kobiet rozwija się rak szyjki macicy.

4. Cele programu

Celem ogólnym programu jest zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy u kobiet poprzez przeprowadzenie edukacji zdrowotnej oraz wykonanie szczepień ochronnych szczepionką przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego w populacji 13-letnich dziewczynek, uczennic I klasy gimnazjum, mieszkanek gminy Borek Wlkp.

Celami szczegółowymi programu jest:

- a) wpływ realizowanego programu na zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom wywoływanym przez wirusy brodawczaka ludzkiego,
- b) upowszechnienie nawyku systematycznego wykonywania badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób nowotworowych,
- c) prowadzenie systematycznych szczepień kolejnych roczników dziewcząt - uczennic I klas gimnazjum.

- Oczekiwane efekty programu są zbieżne z celami wymienionymi powyżej. Jednak rzeczywisty jego wpływ na zmniejszenie wskaźników zapadalności i śmiertelności znany będzie po długim czasie stosowania szczepionek przeciwko HPV (w ciągu 15 - 20 lat od rozpoczęcia szczepień). Badania potwierdzające efektywność medyczną szczepionek prowadzone są na bieżąco w skali światowej. Mierniki efektywności, jeżeli nie na poziomie gminy, to w skali województwa będą również do oszacowania w określonym wyżej czasie.

5. Diagnostyka i leczenie

Leczenie chorych z rakiem szyjki macicy wymaga bardzo starannej diagnostyki zarówno histopatologicznej, jak i radiologicznej oraz dużego doświadczenia zespołu leczącego. Jedynie prawidłowo zaplanowane i właściwie oraz terminowo przeprowadzone leczenie daje szansę na dobry ostateczny wynik terapii. Objawy kliniczne raka szyjki macicy pojawiają się dość późno i wiele kobiet we wczesnych stadiach choroby nie zgłasza dolegliwości. Zazwyczaj jako pierwszy sygnał nieprawidłowości pojawia się krwawienie niezwiązane z miesiączką, mogą także występować krwawienia po stosunku. W następnym okresie dołączają się upławy i bóle w okolicy krzyżowo-łędźwiowej lub pośladków. W bardzo zaawansowanych stadiach choroby występuje obrzęk kończyny dolnej. Częstość sygnałem do podjęcia kroków diagnostycznych jest nieprawidłowy wynik cytologii pobranej z szyjki macicy, ale dopiero wynik badania histopatologicznego materiału pobranego z tarczy części pochwowej (wskazane wykonanie biopsji pod kontrolą kolposkopu) lub wyskrobin z kanału szyjki upoważnia do rozpoznania choroby nowotworowej. Wynik histopatologiczny określa typ nowotworu, istotny do właściwego doboru metody leczenia, jednak ostateczne zakwalifikowanie do rodzaju terapii jest możliwe po określeniu. Wybór metody terapii jest zatem wypadkową kilku istotnych

czynników, tj. stopnia zaawansowania choroby, typu histologicznego nowotworu, wieku chorej, jej indywidualnych preferencji oraz możliwości i doświadczenia ośrodka podejmującego się leczenia raka szyjki macicy. Należy jednak podkreślić, że niezależnie od zastosowanych, skomplikowanych i kosztownych procedur, leczenie pozostawia trwały, okaleczający ślad zarówno w ciele oraz jego funkcjach, jak i w psychice kobiety. Opóźniona w Polsce diagnostyka raka szyjki macicy u kobiet, wysokie koszty leczenia, problematyczne- przynajmniej w porównaniu z innymi krajami europejskimi – jego efekty, ale przede wszystkim przedwczesne zgony wielu kobiet stanowią istotną przesłankę do intensyfikacji działań profilaktycznych ograniczających występowanie i skutki choroby.

6. Profilaktyka

Profilaktyka raka szyjki macicy sprowadza się przede wszystkim do redukcji częstości występowania nowych zachorowań i ograniczenia roli czynników nasilających podatność na chorobę (profilaktyka pierwotna), oraz działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów (profilaktyka wtórna). Przez wiele lat, w zakresie zdrowia publicznego, w stosunku do raka szyjki macicy dominowały działania drugiego typu. Profilaktyka polegała na realizacji indywidualnych badań cytologicznych i programów badań przesiewowych, wspieranych okazjonalnymi działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej. Nowy etap walki z rakiem szyjki macicy na świecie rozpoczął się wraz z wprowadzeniem szczepionki przeciw HPV (dostępnej w Europie od 2006 roku), rozpoznany jako niezbędny czynnik warunkujący rozwój choroby. Powszechniejszą w krajach europejskich i w USA metodą profilaktyki raka szyjki macicy są powszechne szczepienia przeciw wirusowi HPV, które – według prowadzonych badań w zaszczepionej populacji eliminują w znacznym stopniu ryzyko zachorowania. Dotychczas 10 krajów europejskich wydało już oficjalne rekomendacje dotyczące szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego. Są to: Niemcy, Włochy, Francja, Norwegia, Wielka Brytania, Belgia, Szwajcaria, Austria, Szwecja i Luksemburg. Doświadczenia krajów zachodnich, a szczególnie skandynawskich pokazują wyraźnie, że roli profilaktyki w zapobieganiu rakowi szyjki macicy nie można przecenić. Choroba ma poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne, a jej leczenie pociąga za sobą znaczne koszty. Badania przesiewowe oraz działania profilaktyczne, obejmujące szczepienia przeciwko HPV, mogą nie tylko ograniczyć ryzyko występowania raka szyjki macicy, ale przyczynić się istotnie do zmniejszenia następstw psychospołecznych i ekonomicznych tej choroby. Prowadzone od kilku lat badania wskazują ograniczenie liczby zakażeń wirusem HPV po zastosowaniu szczepionki. Badania kliniczne dowodzą niemal 100 procentową skuteczność szczepionki przeciwko HPV. Najbardziej skuteczne są u osób, które nie zetknęły się jeszcze z wirusem. Szczepienie dziewcząt w młodym wieku zalecają Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne szacuje, że szczepienie w Polsce nastolatek i młodych kobiet przeciwko HPV spowoduje zmniejszenie ogólnej liczby zachorowań na raka szyjki macicy do 96 % w ciągu 15-20 lat od rozpoczęcia szczepień.

7. Szczepienia ochronne

Szczepionka czterowalentna – przeciw czterem najczęściej występującym typom wirusa brodawczaka ludzkiego, w tym dwóm z grupy onkogennej (HPV 16 i HPV 18) oraz dwóm typom tzw. niskiego ryzyka (HPV 6 i HPV 11)- została zarejestrowana we wrześniu 2006 roku w Unii Europejskiej do stosowania u dzieci w wieku 9–15 lat oraz u kobiet w wieku 16–26 lat. Wcześniej, bo już w czerwcu 2006 roku, szczepionka została zarejestrowana w USA. Obecnie jest zarejestrowana w ponad 80 krajach. W ostatnim okresie zarejestrowano w Australii i Europie również szczepionkę dwuwalentną. Szczepionki przeciw HPV są produkowane w oparciu o technologię inżynierii genetycznej. Antygenami są białka kapsydu wirusów VLP (virus like particle). Generują one wysokie miano przeciwciał, ponieważ:

- są podawane domięśniowo, a więc szybko dostają się do naczyń krwionośnych i lokalnych węzłów chłonnych,
- antygen jest szeroko prezentowany układowi immunologicznemu,
- wywołują dobrą odpowiedź limfocytów Th oraz limfocytów B,
- dominują przeciwciała neutralizujące i specyficzne dla typu wirusa (możliwa jest reakcja kryzysowa i krzyżowa neutralizacja dla bardzo podobnych typów wirusa),

Skuteczność szczepienia oceniana jest na:

- 75% w przypadku zapobiegania rakowi płaskonabłonkowemu (carcinoma planoepitheliale cervicis uteri) – najczęstszemu typowi histologicznemu raka szyjki (ok. 85% przypadków),
- 96% w przypadku zapobiegania gruczolakorakowi (adenocarcinoma cervicis uteri), który stanowi ok. 10% przypadków i choć rozwija się wolniej niż rak płaskonabłonkowy, to wyniki leczenia są zwykle nieco gorsze.

Biorąc pod uwagę, że najwyższe ryzyko zakażenia tym wirusem występuje w ciągu pierwszych 5 lat od momentu inicjacji seksualnej, najlepszą grupą do szczepienia powinny być dzieci i młodzież przed rozpoczęciem aktywności seksualnej (dziewczynki 10-16-letnich). Rozważając aktualne możliwości realizacji szczepień przeciw HPV w Polsce, trzeba wskazać na konieczność sfinansowania

szczepionki, która nie została na razie włączona do obowiązkowej części Programu Szczepień Ochronnych, pokrywanych przez budżet państwa. Koszt zakupu szczepionki czterowalentnej obecnie kształtuje się na poziomie ok. 500 złotych (cena całkowitego zaszczepienia- podana w trzech dawkach przy dużych ilościach). Wprowadzanie masowych szczepień prowadzi niewątpliwie do wyraźnego zmniejszenia występowania przednowotworowych zmian w obrębie szyjki macicy, czego naturalnym następstwem staje się obniżenie wartości pozytywnej predykcji badań cytologicznych. W zależności od wybranej szczepionki (dwuwalentnej czy czterowalentnej), efekt szczepień jednej kohorty dziewcząt będzie widoczny po kilku lub kilkunastu latach (związane jest to z dodatkowym wpływem nieonkogennych typów 6 i 11 HPV) i będzie dotyczył wyłącznie roczników zaszczepionych. Dopiero jednak po kilkunastu latach od rozpoczęcia obowiązkowych szczepień sytuacja zmieni się na tyle, że możliwa będzie modyfikacja założeń programu badań przesiewowych. Wtedy to populacja „przejściowa” ulegnie wyczerpaniu, a skriningowe badania cytologiczne zaczną obejmować kobiety zaszczepione przeciw HPV. Stosowne będzie wówczas stopniowe zmniejszenie częstotliwości tych badań.

8. Adresaci programu

Program bezpłatnych szczepień raka szyjki macicy będzie obejmował kolejne roczniki:

2000 od 2014 roku

2001 od 2015 roku

2002 od 2016 roku

2003 od 2017 roku

2004 od 2018 roku

dziewcząt zameldowanych na pobyt stały oraz czasowy na terenie gminy Borek Wlkp. Realizując niniejszy Program profilaktyczny – Burmistrz Borku Wlkp. zorganizuje edukację rodziców/ opiekunów prawnych poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia oraz zapewni drukowane materiały informacyjne. Szacunkowo określa się, że w czasie trwania programu zaszczepionych zostanie około 190 dziewczynek.

9. Organizacja programu

Program realizowany jest etapami, na które składają się:

- przeprowadzenie wśród odbiorców programu kampanii informacyjno-edukacyjnej wraz z dostarczeniem drukowanych materiałów informacyjnych dotyczących profilaktyki zakażeń HPV. Działania edukacyjne będą miały na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej o ryzyku zakażeń onkogennymi typami wirusa HPV i zachorowań na raka szyjki macicy oraz zwrócenie uwagi na właściwe zachowania zdrowotne wśród młodzieży, zachęcanie do dbania o własne zdrowie;
- uzyskanie pisemnej zgody rodzica/opiekuna;
- wybór realizatora programu w drodze zapytania ofertowego;
- przeprowadzenie kwalifikacji dziewcząt do szczepień ochronnych poprzez badania lekarskie;
- przeprowadzenie szczepień zgodnie z procedurami medycznymi, tj. 3 dawki.

10. Koszt programu

Program profilaktyki raka szyjki macicy będzie realizowany ze środków własnych gminy Borek Wlkp. Wybór realizatora lub realizatorów programu zostanie dokonany przez Burmistrza Borku Wlkp. w drodze wyłonienia najkorzystniejszej oferty z najniższym kosztem jednostkowym szczepionki wraz z przeprowadzeniem szczepienia lub w drodze otwartego konkursu ofert, ogłoszonego na podstawie art. 48 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zmianami) oraz art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408 ze zmianami). Koordynację programu prowadzić będą pracownicy Urzędu Miejskiego, zajmujący się ochroną zdrowia oraz oświatą. Upoważnia się Burmistrza Borku Wlkp. do podjęcia współpracy z innymi samorządami przy realizacji tego programu w celu obniżenia kosztów pozyskania szczepionki, wymiany doświadczeń, itp.

11. Monitorowanie i ewaluacja

Realizacja programu w sposób ciągle monitorowana będzie przez Gminę we współpracy z podmiotami współpracującymi w tym zakresie. Przedmiotem monitoringu będzie w szczególności :

- liczba rodziców uczestniczących w spotkaniu informacyjnym na temat wirusa brodawczaka ludzkiego HPV;
- liczba dziewcząt objętych programem szczepień;
- liczba dziewcząt zaszczepionych.

Dokumentacja medyczna związana z programem prowadzona będzie przez realizatora świadczeń. Obowiązek w tym zakresie określony zostanie w umowie o świadczenie usług zdrowotnych w formie szczepień ochronnych przeciwko HPV typu 6,11, 16, 18.

Informacja z realizacji programu przedłożona zostanie Radzie Miejskiej w Borku Wlkp. po jego zakończeniu.

Przy opracowaniu niniejszego programu wykorzystano raport z sesji naukowej zorganizowanej przez szkołę Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik „Służba Zdrowia” w dniu 9 października 2007r. w Warszawie pod redakcją naukową prof. dr. Hab. Antonina Ostrowskiego i dr. Mariusza Gujskiego a także:

- *Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepienia przeciwko zakażeniom HPV - Raport Ginekologia Polska Nr 2/2009*
- *Szczegółowe informacje dla decydentów i pracowników służby zdrowia „Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) i szczepionki przeciwko HPV- opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia w 2007 roku, w Polsce wydane w 2008 roku przez Program Narodów Zjednoczonych.*
- *Poradnik dla samorządów lokalnych, „ Jak zorganizować działania w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy – praca zbiorowa powstała w ramach Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich wydana w Łodzi w 2008 roku.*
- *Bieżące informacje Ministerstwa Zdrowia (strona internetowa)*

1) *„Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa” pod red. Ostrowska A., Gujski M., Warszawa 2008;*

Sprawozdanie z realizacji „Programu profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2009-2013”

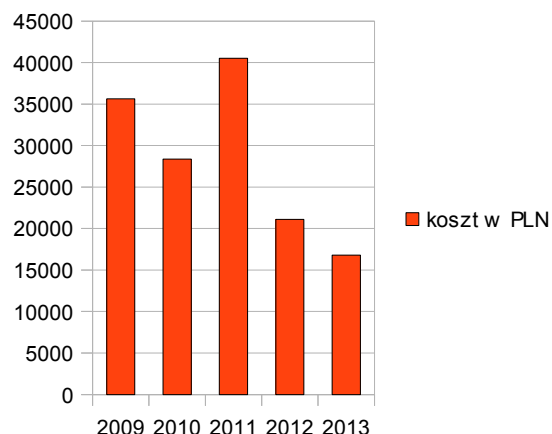
„Programu profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2009-2013” przyjęty uchwałą NR XXX/239/2009 Rady Miejskiej Borku Wlkp. trwał pięć lat. W czasie realizacji programu, corocznie ze szczepienia mogły skorzystać dziewczynki w wieku 14 lat zameldowane na pobyt stały i czasowy na terenie gminy Borek Wlkp.

Szczepienia odbywały się szczepionką czterowalentną HPV (typ 6,11,16 i 18) i polegały na podaniu trzech dawek szczepionki w odpowiednich odstępach czasu. Przed każdym szczepieniem zainteresowane osoby miały możliwość uczestniczenia w pogadance nt. zasadności i istocie szczepienia przeciwko wirusowi HPV.

Łącznie szczepieniu poddało się **188** dziewcząt. Koszty zakupu szczepionki malały z roku na rok. W 2009 roku była to kwota 360 zł za jedną szczepionkę, obecnie jest to kwota 160 zł. Łączne koszty realizacji w/w programu wyniosły Gminę Borek Wlkp. **142 379,71 zł.**

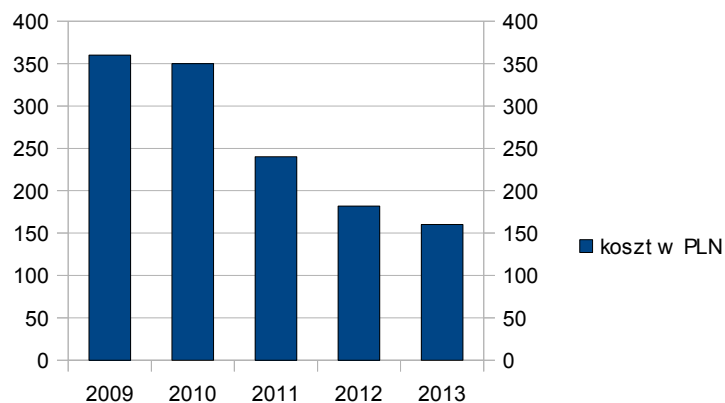
Koszt programu profilaktyki raka szyjki macicy w lata 2009-2013

| lp | rok | Koszt całkowity w PLN |
|--------------|------|--------------------------|
| 1 | 2009 | 35640,15 |
| 2 | 2010 | 28349,95 |
| 3 | 2011 | 40499,61 |
| 4 | 2012 | 21090,00 |
| 5 | 2013 | 16800,00 |
| razem | | 142379,71 |



Cena jednostkowa zakupu szczepionki HPV w latach 2009-2013

| lp | rok | Cena jednostkowa w PLN za 1 szt szczepionki HPV |
|----|------|---|
| 1 | 2009 | 360,00 |
| 2 | 2010 | 350,00 |
| 3 | 2011 | 240,00 |
| 4 | 2012 | 185,00 |
| 5 | 2013 | 160,00 |



Koszt zaszczepienia 1 osoby

| lp | rok | Koszt zaszczepienia 1 osoby w PLN |
|----|------|-----------------------------------|
| 1 | 2009 | 1080,00 |
| 2 | 2010 | 1050,00 |
| 3 | 2011 | 720,00 |
| 4 | 2012 | 555,00 |
| 5 | 2013 | 480,00 |

