

UCHWAŁA NR
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
z dnia 2025 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej
w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla mieszkańców
województwa dolnośląskiego” na lata 2025-2027 oraz ogłoszenia konkursu ofert na jego Realizatora**

Na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581), oraz art. 9 pkt. 1 i art. 48 ust. 1, 3 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla mieszkańców województwa dolnośląskiego” na lata 2025-2027 stanowiącym załącznik nr 1 do uchwały.

§ 2. Ogłasza się konkurs ofert na Realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla mieszkańców województwa dolnośląskiego” na lata 2025-2027. Ogłoszenie o konkursie stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

§ 3. 1. Powołuje się komisję konkursową w celu przeprowadzenia konkursu, zwaną dalej „Komisją”.

2. Do zadań Komisji należy w szczególności:

1) dokonanie oceny ofert złożonych w konkursie;
2) przygotowanie zestawienia porównania i ocen ofert dla Zarządu Województwa Dolnośląskiego wraz z rekomendacją wyboru.

3. W skład Komisji wchodzi:

1) Justyna Szydło- Dyrektor Departamentu Zdrowia, Przewodnicząca Komisji;
2) Magdalena Olaczek - Dyrektor Wydziału Zdrowia;
3) Joanna Misztal-Dadacz - Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia, Zastępca Przewodniczącej Komisji;
4) Anna Pawliszak - Kierownik Działu Zdrowia publicznego - Członkini Komisji;
5) Karolina Mazurkiewicz – Sekretarz.

§ 4. Przyjmuje się „Regulamin Prac Komisji Konkursowej”, którego treść stanowi załącznik nr 3 do uchwały.

§ 5. Określa się wzór formularza ofertowego, którego treść stanowi załącznik nr 4 do uchwały.

§ 6. Wykonanie uchwały powierza się członkowi zarządu właściwemu do spraw polityki zdrowotnej.

§ 7. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz
wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy



**DOLNY
ŚLĄSK**

**Urząd Marszałkowski
Województwa Dolnośląskiego**

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCY PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA
LUDZKIEGO (HPV) DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**

Program powstał w oparciu o rekomendację Prezesa Agencji Technologii Medycznej i Taryfikacji
Nr 6/2024 Z DNIA 14 października 2024 roku

Podstawa prawna: art. 48 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).

Wrocław, 2025 r.

PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE

Tytuł projektu programu: PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCY PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

- Program został opracowany na podstawie Rekomendacji nr 6/2024

Adres jednostki terytorialnej: Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego

Wybrzeże Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław

tel. (+48 71) 776 90 53 e-mail: umwd@dolnyslask.pl <https://umwd.dolnyslask.pl/>

Planowany termin początku programu: 2025r.

Planowany termin końca programu: 2027r.

Spis treści

OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGII.....	4
OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA.....	7
UZASADNIENIE POTRZEB WDROŻENIA PROGRAMU	8
CELE PROGRAMU I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI.....	9
CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ	10
GRUPY DOCELOWE PROGRAMU.....	11
KRYTERIA KWALIFIKACJI DO PROGRAMU	12
PLANOWANE INTERWENCJE.....	12
SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU	14
SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE	14
WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU	15
SPOSÓB MONITOROWANIA.....	15
EWALUACJA.....	16
BUDŻET PROGRAMU.....	16
ŹRÓDŁA FINANSOWANIA	18
Bibliografia	19

OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGII

Wirus brodawczaka ludzkiego (ang. *human papillomavirus*, HPV) jest bezotoczkowym wirusem DNA, który zakaża komórki podstawne naskórka i nabłonka płaskiego. Zakażenie HPV cechuje się wysokim potencjałem nowotworowym, jest istotnym czynnikiem ryzyka warunkującym rozwój raka szyjki macicy. Zakażenie w głównej mierze przenoszone jest drogą płciową i często przyjmuje formę przewlekłą. Rak szyjki macicy stanowi istotny problem zdrowia publicznego w Polsce i niektórych krajach na świecie. Szacuje się, że w populacji kobiet całego świata rak szyjki macicy jest trzecim pod względem zachorowalności, po raku piersi i jelita grubego, nowotworem złośliwym i czwartą przyczyną zgonów¹. Ponad 85% przypadków raka szyjki macicy występuje w krajach rozwijających się, z czego w 2020 roku ponad 58 tysięcy przypadków zarejestrowanych zostało w Europie, co spowodowało, iż zajmował on piąte miejsce pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet na tym obszarze. Polska ma jeden z najwyższych współczynników zachorowalności i umieralności w Europie i jeden z najniższych w Europie wskaźników względnych przeżyć 5-letnich, który jest miarą wyleczalności (53,6% odsetek dla Polski, przy średniej europejskiej 62,4%)²,

Z danych przedstawionych w dokumencie opracowanym przez Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020” wynika, iż w latach 60. minionego wieku rak szyjki macicy był najczęstszym nowotworem w populacji kobiet. W wyniku przeprowadzonej analizy trendów zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce w ciągu minionych dekad (1980-2017) zaobserwowano spadek częstości zachorowań na raka szyjki macicy, mierzony rzeczywistym i standaryzowanym współczynnikiem zachorowalności, co spowodowało przesunięcie raka szyjki macicy na 7. miejsce wśród najczęstszych nowotworów kobiet. Rak szyjki macicy jest zaliczany do nowotworów złośliwych o znanej etiologii i czynnikach ryzyka³.

Jak dotąd zidentyfikowano ponad 200 genotypów HPV, które różnią się potencjałem onkogennym⁴. Niektóre mogą być przyczyną zmian o morfologii brodawek na skórze, czy łagodnych guzów okolic anogenitalnych, w postaci kłykcin kończystych, inne typy, bardziej agresywne, mogą przyczynić się do rozwoju nowotworów złośliwych, głównie raka szyjki macicy u kobiet i raka prącia u mężczyzn.

Wirusy HPV podzielono na dwie podgrupy w następujący sposób:

¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania raport za 2020 rok. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, 2020.

² Krajowy Rejestr Nowotworów. (2021). Pobrano z lokalizacji <http://onkologia.org.pl/nawotwory-szyjki-macicy/>

³ Bożena Karczmarek-Borowska, M. G.-L. (2013). Zachorowalność i umieralność na raka szyjki macicy z uwzględnieniem skriningu w województwie podkarpackim w latach 1999-2010. Ginekol Pol.

⁴ Jolanta Bratosiewicz-Wąsik, Maria Mikłasińska-Majdanik, Tomasz J. Wąsik, Zakażenia wywołane przez ludzkie papillomawirusy. Zakażenia XXI Wieku, Katedra i Zakład Biofarmacji Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 2019

- wirusy niskoonkogenne (LR-HPV – Low Risk HPV): 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81.
- wirusy wysokoonkogenne (HR-HPV – High Risk HPV): 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73 i 82⁵.

Spośród wirusów HPV o niskim potencjale onkogennym najczęściej występującymi populacji genotypami są HPV typ 6 i 11, które mogą powodować powstawanie zmian kilka tygodni lub miesięcy po kontakcie z zakażoną osobą. Leczenie może być długie, często zdarza się, że musi być powtarzane ze względu na nawroty choroby⁶. Natomiast za zmiany przednowotworowe i nowotworowe najczęściej odpowiadają typy HPV 16, 18, 45, 31, jak również rzadziej wykrywany typ 66⁷.

Wirus HPV jest przekazywany przede wszystkim na drodze kontaktów seksualnych (penetracyjnych, niepenetracyjnych, analnych czy oralnych), a infekcja HPV należy do najczęściej diagnozowanych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Według doniesień naukowych ponad połowa populacji aktywnej seksualnie, przynajmniej raz w życiu narażona jest na ryzyko infekcji wirusem HPV⁸. Ponadto zakażenie HPV może również nastąpić w wyniku kontaktu ze skórą osoby chorej lub osoby, będącej bezobjawowym nosicielem wirusa, w tym także kontaktu pośredniego, np. poprzez stosowanie tego samego ręcznika, bielizny czy korzystanie ze wspólnego prysznica. Na ryzyko zakażenia HPV narażone są również, choć w niewielkim stopniu, dzieci matek zakażonych HPV - w trakcie ciąży lub porodu⁹. W większości przypadków infekcje wywołane wirusem HPV mają charakter przemijający, dochodzi do samoistnej regresji zakażenia i eliminacji wirusa przez układ immunologiczny. Zakażenie HPV może występować w formie przewlekłej, trwającej kilka miesięcy lub nawet lat. Infekcja przetrwała połączona z występowaniem innych czynników prowadzi do rozwoju nieprawidłowych zmian komórkowych (np. zmian neoplastycznych szyjki macicy, określanych jako CIN) i w konsekwencji do raka¹⁰.

Istnieje ponad 100 typów HPV, które wykazują skłonność do określonych okolic ciała (skórne oraz lokalizujące się w okolicy zewnętrznych narządów płciowych i odbytu lub w obrębie innych błon śluzowych, tj. jamy ustnej, gardła i krtani). Ponadto, zidentyfikowano ok. 40 typów wirusa, które są odpowiedzialne za zakażenia narządów moczowo-płciowych wśród kobiet i mężczyzn. Do typów wysokoonkogenych najczęściej zalicza się typy: 16, 18, 31,

⁵ T. Olejniczak, D. Rabięga-Gmyrek, J. Niepsuj-Biniaś, P. Jachowski, Bogna Guglas-Bochyńska, A. Latos-Bieleńska, J. Woźniak, T. Opala, Ocena genotypów wirusów brodawczaka ludzkiego u kobiet z nieprawidłową cytologią, Ginekolog Pol. 2015, 86, 541-546

⁶ <https://www.synevo.pl/wirus-hpv-human-papillomavirus-ludzki-wirus-brodawczaka/>

⁷ T. Olejniczak, D. Rabięga-Gmyrek, J. Niepsuj-Biniaś, P. Jachowski, Bogna Guglas-Bochyńska, A. Latos-Bieleńska, J. Woźniak, T. Opala, Ocena genotypów wirusów brodawczaka ludzkiego u kobiet z nieprawidłową cytologią, Ginekolog Pol. 2015, 86, 541-546

⁸ <http://onkologia.org.pl/nawotwory-szyjki-macicy/>

⁹ <https://diag.pl/pacjent/artykuly/infekcja-hpv-a-rak-szyjki-macicy-czy-mozna-zapobiec-chorobie/>

¹⁰ <http://onkologia.org.pl/nawotwory-szyjki-macicy/>

33, 35, 45, 56 i 58, w tym typy 16 i 18 są odpowiedzialne za ponad 70% wszystkich przypadków raka szyjki macicy.

Rak szyjki macicy (RSzM) jest pierwszym spośród nowotworów, w którym zakażenie HPV określono jako istotny czynnik ryzyka warunkujący jego rozwój. Zakażenie HPV cechuje się wysokim potencjałem nowotworogennym. Zakażenie tym wirusem w głównej mierze przenoszone jest drogą płciową i często przyjmuje przewlekłą formę. W Polsce największy roczny wskaźnik zapadalności na nowotwory związane z zakażeniem HPV dotyczył raka szyjki macicy u kobiet (19,8/100 tys.) oraz raka jamy ustnej u mężczyzn (16,3/100 tys.). W raporcie ICO/IARC 2023 wskazano, że w Polsce około 3,4% kobiet bez stwierdzonych patologii w szyjce macicy jest nosicielkami HPV 16 lub 18, zaś w przypadku kobiet ze zdiagnozowanym rakiem szyjki macicy – nosicielstwo tych podtypów wzrasta do 88,1% (HPV16 – 62,8%, HPV18 – 25,3%)¹¹.

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), w 2021 r. odnotowano w Polsce 2 160 nowych zachorowań na RSzM oraz 1 361 zgonów z powodu tego nowotworu. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), w 2021 r. odnotowano w Polsce 2 160 nowych zachorowań na RSzM oraz 1 361 zgonów z powodu tego nowotworu.

Najwyższe współczynniki zachorowalności na RSzM (standaryzowane względem populacji europejskiej) w 2021 r. odnotowano w województwach świętokrzyskim (13,3/100 tys.), warmińsko-mazurskim (12,8/100 tys.) oraz pomorskim (12,5/100 tys.), zaś najniższe w podkarpackim (7,7/100 tys.), małopolskim (8,2/100 tys.) oraz lubelskim (8,3/100 tys.).

Najwyższe współczynniki śmiertelności (standaryzowane względem populacji europejskiej) z powodu RSzM odnotowano w województwach opolskim (8,1/100 tys.), podlaskim (8,0/100 tys.) oraz pomorskim (7,3/100 tys.), zaś najniższe w województwach dolnośląskim (5,4/100 tys.), podkarpackim (5,5/100 tys.) oraz kujawsko-pomorskim (5,6/100 tys.). W 2019 roku województwo dolnośląskie znajdowało się na 5. miejscu pod względem zachorowalności i 4. pod względem umieralności z powodu raka szyjki macicy w Polsce (Ryc. 1, Ryc.2). Standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosił 11,29/10⁵, zaś umieralności 6,4/10⁵ ¹²

Dane z mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 wskazują, że między rokiem 2015 a 2019 nastąpił ponad 4-krotny wzrost liczby porad z zakresu nowotworów złośliwych szyjki macicy. Nagły wzrost liczby porad związanych z omawianym nowotworem w 2018 r. wynika z wprowadzenia przesiewowych badań cytologicznych w tym kierunku.

Światowa Organizacja Zdrowia deklaruje ważną inicjatywę w zakresie zdrowia publicznego mającą na celu wyeliminowanie raka szyjki macicy poprzez osiągnięcie do 2030 roku następujących wskaźników¹³:

- zaszczepić 90 procent dziewcząt szczepionkami profilaktycznymi przeciwko HPV,

¹¹ Raport ICO/IARC 2023 (Kataloński Instytut Onkologii, ang. Catalan Institute of Oncology/ Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem, ang. International Agency for Research on Cancer)

¹² [Raporty | KRN \(onkologia.org.pl\)](https://raporty.krn.onkologia.org.pl/)

¹³ <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Szczepienia/Grozny-rak-ma-calkowicie-zniknac-ze-swiata-Rewolucyjna-szczepionka-wyleczy-zakazenie-HPV,260313,1018.html> – 23.04.2025

- przebadać 70 procent kobiet za pomocą skutecznego testu, takiego jak badanie DNA HPV,
- leczyć 90 procent kobiet, u których występują komórki przedrakowe szyjki macicy lub rak szyjki macicy

Szczepienia przeciwko HPV to zatem kluczowy element globalnych strategii zapobiegania rakowi szyjki macicy i innym chorobom wywoływanym przez wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Dzięki programom szczepień, wiele krajów odnotowało znaczne zmniejszenie zachorowalności na raka szyjki macicy i brodawki narządów płciowych. Według platformy „Our World in Data” 125 krajów prowadzi obecnie na świecie powszechne szczepienia przeciw HPV (dane do maja 2023 r.). Do 2019 roku niemal wszystkie kraje UE/EOG wprowadziły szczepienie przeciw HPV do krajowych programów szczepień (najwcześniej Wielka Brytania 2008r). W większości krajów powszechne programy szczepień przeciw HPV są w całości finansowane ze środków publicznych, a w kilku krajach pacjent pokrywa część kosztów (głównie dotyczy to szczepień wychwytyjących)¹⁴

W 2022 r. w Polsce łącznie zostało zaszczepionych 57 830 osób, przy czym prawie 5-krotnie więcej zaszczepiono dziewcząt/kobiet (48 732) niż chłopców/mężczyzn (9 098). Najwięcej szczepień wykonano w grupie wiekowej 10-14 lat, zarówno w populacji kobiet (29 146), jak i mężczyzn (4 620). Ponadto, w stosunku do 2021 r., liczba wykonanych szczepień w 2022 r. była wyższa o prawie 22 tys. (NIZP PZH-PIB 2023). Na podstawie danych NIZP PZH-PIB i GUS, szacunkowy poziom wyszczepialności p/HPV w Polsce w latach 2015-2022 waha się od 0,6% do 2%. Natomiast poziom wyszczepialności w powszechnym programie szczepień p/HPV w okresie od wprowadzenia programu (czerwiec 2023 r.) do listopada 2023 r. w populacji dziewcząt i chłopców w wieku 12-13 lat wyniósł ok. 16%.¹⁵

Według raportu z elektronicznych kart szczepień od stycznia 2021 do 20.04.2025 roku przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego w Polsce zaszczepionych zostało 13,04% uczniów urodzonych między 2006 a 2015 rokiem z tego w województwie dolnośląskim 14,54 %. W rankingu województw jest to pozycja 8 pod względem wyszczepialności przeciw HPV – wyprzedza nas województwo kujawsko- pomorskie 17,56%, łódzkie 15,60%, mazowieckie 16,43%, pomorskie 16,54%, śląskie 16,30%, warmińsko- mazurskie 14,96%, wielkopolskie- 15,60%.¹⁶

OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA

¹⁴ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/gdzie-w-europie-prowadzone-sa-programy-szczepien-przeciw-hpv-dziewczat-i-chlopcow/>- 23.04.2025

¹⁵ Rekomendacje AOTMiT 6/2024
22.04.2025

Od 1 czerwca 2023 roku obowiązuje program bezpłatnych szczepień przeciw HPV, który obecnie obejmuje dziewczęta i chłopców od ukończenia 9 roku życia do 14 r.ż. Dodatkowo od 1 września 2023 r. realizowany jest program bezpłatnych leków dla dzieci i młodzieży w wieku do 18. roku życia. W ramach tego programu 2-walentna szczepionka przeciw HPV może być dostępna nieodpłatnie dla dzieci do ukończenia 18 lat. Na rynku dostępne są dwa rodzaje szczepionek (2-walentną Cervarix lub 9-walentną Gardasil9). Szczepionka dwuwalentna od 2009 r. w składzie zawiera wysokooczyszczone wirusopodobne cząsteczki głównego białka L1 kapsydu wirusów HPV 16 i 18. Szczepienie od 2014 9-walnetne zawiera białko kapsydu wirusów HPV typu 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. Szczepionki podawane są w schematach 2-dawkowych lub 3-dawkowych, w zależności od wieku, w którym rozpoczynamy szczepienie. Wszystkie preparaty posiadają rejestrację zarówno dla dziewcząt, kobiet, jak i dla chłopców i mężczyzn. Obie szczepionki dają porównywalne korzyści. Szczepienia przeciw HPV mają schemat dwudawkowy do ukończenia 15 roku życia, a powyżej konieczne jest podanie 3 dawek. Po 18 roku życia szczepionka dostępna jest z 50% refundacją. Refundacji poza programem szczepień czyli powyżej 14 roku życia podlega tylko szczepionka 2-walentna. Przed wprowadzeniem Programu bezpłatnych szczepień przeciw HPV, organizowane były na poziomie niektórych gmin. Pierwsze były Polkowice 2006 rok, finalnie do 2023 roku PPZ w zakresie szczepień realizowało niemal 200 gmin w Polsce¹⁷.

UZASADNIENIE POTRZEB WDROŻENIA PROGRAMU

Wszystkie odnalezione rekomendacje towarzystw naukowych wskazują na zasadności realizacji szczepień ochronnych przeciwko HPV. Wskazuje się ponadto na korzyść w postaci zmniejszenia częstości występowania nowotworów szyjki macicy i zmian przedrakowych. Populację docelową szczepień ochronnych powinna stanowić zarówno populacja dziewcząt, jak i chłopców. W zaleceniach wskazano także, że bezwzględną górną granicę, stanowi wiek 26 lat. Wśród zalecanych preparatów szczepionkowych wymienia się szczepionki 2- lub 9-walentne, przy czym szczepionkę 2-walentną rekomenduję się wyłącznie w przypadku populacji dziewcząt, z uwagi na uwzględnienie genotypów 16 i 18, odpowiedzialnych za zwiększone ryzyko raka szyjki macicy. W rekomendacjach podkreśla się również kluczową rolę działań informacyjno-edukacyjnych. Właściwie zorganizowane działania mogą wpływać na zwiększenie zgłaszalności do szczepień ochronnych, jak i na poszerzanie wiedzy społeczeństwa o bezpieczeństwie stosunków seksualnych, profilaktyce oraz korzyściach i ryzykach płynących

¹⁷ https://hpv.pl/?utm_source=google&utm_medium=CPC&utm_campaign=PL_NON_HPV-HCC-General_NON_TF_202408_General-Exact&utm_content=GPU_All_NA_PL-HPV-00000_DA_EXCT_CSTM_na&gad_source=1&gclid=CjwKCAjwn6LABhBSEiwAsNJrjgTy2hDKIDgAxEGmsgn6pJmjWmM3J2zUMJI0OhKA7GPGZQh2SZyZqBoCEmYQAvD_BwE

ze szczepień. Uwzględniając finansowane już świadczenia oraz fakt, że realizacja programów polityki zdrowotnej powinna uzupełniać świadczenia już gwarantowane, zasadne jest realizowanie szczepień przeciwko HPV w programie polityki zdrowotnej wyłącznie w populacji osób po ukończeniu 14 r.ż. do ukończenia 26 r.ż., które wcześniej nie przyjmowały szczepienia przeciw HPV w formie szczepień wychwytyjących.¹⁸

CELE PROGRAMU I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

Długofalowym celem realizacji programu szczepień jest zmniejszenie zachorowań na nowotwory i infekcje wynikające z zakażenia wirusem HPV jednak cel jest ściśle związany ze zwiększeniem poziomu wyszczepialności w populacji.

CEL GŁÓWNY

Utrzymanie lub podniesienie w trakcie trwania programu, wiedzy z zakresu profilaktyki zakażeń HPV do poziomu wysokiego, wśród 75 % uczestników działań edukacyjnych.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

1. Zwiększenie o 2,5 p.p, liczby osób z terenu realizacji PPZ poddanych szczepieniom przeciwko HPV w ramach programu centralnego, w porównaniu do liczby osób poddanych ww. szczepieniom w latach sprzed wprowadzenia PPZ
2. Zwiększenie o 2,5% liczby osób z populacji docelowej programu zaszczepionych przeciwko HPV w ramach prowadzonego w programie szczepienia wychwytyjącego.

MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI

CEL	
główny	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* z zakresu ryzyka związanego z zarażeniem HPV oraz profilaktyki zakażeń HPV, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test. * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
Szczegółowy 1	Odsetek mieszkańców terenu realizacji programu, którzy zostali zaszczepieni w powszechnym programie szczepień

¹⁸ Rekomendacje

	przeciw HPV (przed i po działaniach podjętych w ramach niniejszego PPZ). Zestawienie wykonywane w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji.
Szczegółowy 2	Odsetek osób zaszczepionych w programie szczepienia wychwytyjącego w. ostatnim rok trwania programu w stosunku do 1 roku realizacji programu. Za wartość wyjściową należy przyjąć liczbę osób zaszczepionych na dzień 20.04.2025 roku w grupie 15-19 latków – 20 146 osób

CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ

Działania edukacyjne skierowane będą do populacji ogólnej dorosłych mieszkańców województwa dolnośląskiego. Głównymi adresatami kampanii informacyjnej będą rodzice dzieci między 9 a 18 rokiem życia. Istotnym elementem będzie również szkolenie dla personelu medycznego w zakresie motywowania do udziału w programie i podniesienie wiedzy na temat szczepień. Program szczepień wychwytyjących dedykowany będzie w pierwszej kolejności dla populacji między 15 a 19 rokiem życia- uczniów szkoły średniej. W przypadku niższej zgłaszalności dopuszczalne jest rozszerzenie populacji o osoby starsze, wówczas pierwsza dawka szczepienia powinna być podana przed ukończeniem 25 roku życia.

Według danych z elektronicznych kart szczepień w województwie dolnośląskim zaszczepionych jest w populacji 15-19 latków ponad 12 % osób (tabela poniżej)¹⁹. Metodologicznie jako osoba zaszczepiona traktowany jest pacjent, dla którego, począwszy od 1 stycznia 2019 roku, spełniony został co najmniej jeden z poniższych warunków:

1. sprawozdano pacjentowi odpowiednią kartę szczepienia (na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 – kod 99.559),
2. pacjent zrealizował receptę na szczepionkę przeciw HPV (Gardasil, Gardasil9 lub Cervarix).

Tabela 1. Liczba zaszczepionych na Dolnym Śląsku według roku urodzenia

Rok urodzenia	Liczba zaszczepionych	Liczba osób	% zaszczepionych
2006	1561	30069	5,19
2007	1988	31743	6,26

¹⁹ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/raport-o-szczepieniach-przeciwko-wirusowi-brodawczaka-ludzkiego-hpv>

2008	2497	34160	7,31
2009	3372	34495	9,78
2010	10728	34089	31,47
2011	11211	32293	34,72
2012	6532	32153	20,32
2013	3713	30541	12,16
2014	2941	31748	9,26
2015	2335	31094	7,51
Razem:	46 878	322 385	14,54

Tabela 2. Liczba zaszczepionych na Dolnym Śląsku według roku urodzenia nie kwalifikujących się do powszechnego programu szczepień

Rok urodzenia	Liczba zaszczepionych	Liczba osób	% zaszczepionych
2006	1561	30069	5,19
2007	1988	31743	6,26
2008	2497	34160	7,31
2009	3372	34495	9,78
2010	10728	34089	31,47
Razem:	20 146	164 556	12,24

Szczepienie przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego w województwie dolnośląskim-
opracowanie własne

GRUPY DOCELOWE PROGRAMU

Interwencja	Grupa docelowa	Wartość grupy
edukacja	• Populacja ogólna	
	• Rodzice dzieci 9-18 lat	Do 25% populacji – 70 000 osób
	• Pracownicy medyczni	• 300 osób
Szczepienia wychwytyjące przeciwko HPV	Młodzież 15-25 lat	1500 osób

KRYTERIA KWALIFIKACJI DO PROGRAMU

ETAP PROGRAMU	KRYTERIA WŁACZENIA	KRYTERIA WYŁĄCZENIA
EDUKACJA	Populacja ogólna	brak
SZCZEPIENIA WYCHWYTUJĄCE PRZECIWKO HPV	- mieszkańcy Dolnego Śląska - wiek 15-25 lat	- Indywidualne przeciwwskazania do szczepień - Wcześniejsze zaszczepienie przeciwko HPV

PLANOWANE INTERWENCJE

EDUKACJA

Kampania informacyjno-edukacyjna powinna być skierowana do ich rodziców/opiekunów prawnych dzieci między 9 a 18 rokiem życia, personelu medycznego oraz ogółu społeczeństwa. Kampania edukacyjno-informacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej nt. profilaktyki HPV i powinna zawierać informacje dotyczące²⁰:

- szczepień realizowanych w ramach powszechnego programu szczepień przeciw HPV skierowanego do dziewcząt i chłopców po ukończeniu 11 r.ż. do ukończenia 14 r.ż.;
- możliwości skorzystania z bezpłatnej szczepionki w ramach refundacji aptecznej u pacjentów w populacji do 18 r.ż.;
- bezpieczeństwa dostępnych szczepionek;

²⁰ Rekomendacja nr 6/2024 Prezesa AOTMiT z 14 października 2024 r.

- ochrony jaką zapewniają szczepionki, ich skuteczności w zapobieganiu zakażeniom HPV i rozwojowi zmian przedrakowych (w tym oczekiwanego zmniejszenia liczby nowotworów wywoływanych przez HPV) oraz częstości występowania ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych;
- epidemiologii zakażeń HPV, rzeczywistego związku między zakażeniami HPV a występowaniem nowotworów złośliwych, objawów oraz metod profilaktyki nowotworów związanych z zakażeniami tym wirusem, a także badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia zmian przedrakowych i raka;
- sposobów zapobiegania i zwalczania zakażeń HPV;
- mitów na temat szczepień p/HPV;
- głównych czynników zwiększających ryzyko zakażenia wirusem HPV oraz środków ochrony przed zakażeniem;
- odpowiedzialności osobistej/etycznej związanej z możliwością transmisji wirusa

Kampania edukacyjno- informacyjna powinna wykorzystywać środki masowego przekazu, media społecznościowe. Zgodnie z Rekomendacją 6/2024 Prezesa AOTMiT z 14 października 2024 r

Zaleca się wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych poprzez premiowanie wiedzy za pomocą gadżetów związanych z profilaktyką HPV np. zabawki, breloki, magnesy, książki.

- Zaleca się, aby działania informacyjne odnośnie szczepień p/HPV były prowadzone przez personel medyczny;
- Zaleca się aby do materiałów kierowanych do rodziców/opiekunów prawnych załączać formularz zgody na szczepienie;
- Zaleca się prowadzenie rozmów z rodzicami na temat szczepień p/HPV:

Szczepienia p/HPV należy rekomendować rodzicom przy okazji innych szczepień realizowanych w populacji nastolatków;

- W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich)

Dodatkowym elementem powinny być także szkolenia indywidualne w poradniach lub gabinetach. Działanie to ma na celu zmaksymalizowanie efektywności przekazywanych rzetelnych informacji nt. HPV oraz korzyści płynących z realizacji szczepień, zdrowia seksualnego dla nastolatków. Lekarze rekomendując szczepienia przeciw HPV powinni zwracać uwagę na ich korzyści i bezpieczeństwo. Działania edukacyjne wśród rodziców powinny być prowadzone przez specjalistów m.in. w zakresie ginekologii i położnictwa, w taki sposób, aby ułatwić rodzicom podjęcie świadomej decyzji dotyczącej zaszczepienia dziecka

SZCZEPIENIA WYCHWYTUJĄCE

Przed podaniem każdej dawki szczepionki należy przeprowadzić lekarskie badanie kwalifikacyjne, celem wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia. Ponadto w ramach kwalifikacji należy wykluczyć wszystkie przeciwwskazania zawarte w charakterystyce produktu

lecniczego danego preparatu szczepionkowego. Z uwagi na rekomendację, aby szczepionką dwuwalentną nie szczepić chłopców, zasadne jest aby w programie wykorzystać szczepionkę dziewięciowalentną.

Szczepienie musi być poprzedzone udzieleniem kluczowych informacji na temat szczepienia (m.in. zakres działania szczepionki oraz jej bezpieczeństwa) oraz uzyskaniem zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka, jeżeli dotyczy. Informacja przekazywana uczestnikom/rodzicom/opiekunom prawnym powinna wskazywać także, że w przypadku nieukończenia pełnego cyklu szczepienia, należy uzupełnić brakujące dawki szczepionki.. Lekarz udziela wyczerpujących odpowiedzi na wszelkie pytania pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego związane ze szczepieniem przeciwko HPV. Zaleca się, aby przed szczepieniem poinformować osoby aktywne seksualnie, że mogą już być zakażone typem wirusa HPV zawartym w szczepionce i w takim przypadku szczepionka nie będzie miała żadnego działania terapeutycznego na istniejące zakażenie HPV. Kwalifikacja do szczepienia, szczepionka i jej podanie są nieodpłatne dla uczestnika.

SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE

Udział w programie może zostać zakończony w następujący sposób:

- W przypadku osób, które podczas badań kwalifikacyjnych do szczepienia ochronnego nie zostaną zakwalifikowane, ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych.
- w przypadku zrealizowania przez uczestnika schematu szczepień przy użyciu wybranego preparatu,
- w przypadku zgłoszenia przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- w przypadku zakończenia realizacji PPZ.

WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy

Wymagania dotyczące personelu

Etapy PPZ	Kwalifikacje personelu
Działania edukacyjne	Pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. HPV lub chorób zakaźnych.
Szczepienie wychwytyjące	Osoba uprawniona do kwalifikacji do szczepienia oraz podania szczepionki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

SPOSÓB MONITOROWANIA

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób zaszczepionych pełnym cyklem szczepień przeciwko HPV w ramach programu,
- liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do szczepienia,
- liczba osób, które zrezygnowały w udziału w programie, ze wskazaniem przyczyny

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek

opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

EWALUACJA

Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetka osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących zakażeń HPV,
- odsetka osób zaszczepionych pełnym cyklem szczepień przeciwko HPV w ramach programu.

BUDŻET PROGRAMU

2025	DZIAŁANIE	LICZBA	KOSZT JEDNOSTKOWY	SUMA KOSZTÓW
Koszty bezpośrednie				
1.	Kampania	1	200 000,00 zł	200 000,00 zł
2.	Szkolenia	1	35 000,00 zł	35 000,00 zł
3.	Suma:			235 000,00 zł
Szczepienia wychwytyjące				
1.	Kwalifikacja lekarska	1500	200,00 zł	300 000,00 zł
2.	Koszt szczepionki	1500	430,00 zł	645 000,00 zł

3.	Koszt podania szczepionki	1500	60,00 zł	90 000,00 zł
4.	Koordinacja	6	8000	48 000,00 zł
5.	Suma:			1 083 000,00 zł
Koszty pośrednie				
1.	Obsługa kadrowa, administracyjna, finansowa	6	7 000,00 zł	42 000,00 zł
2.	Ewaluacja i monitoring	1	8 000,00 zł	8 000,00 zł
3.	Suma:			50 000,00 zł
4.	RAZEM:			1 368 000,00 zł

2026	DZIAŁANIE	LICZBA	KOSZT JEDNOSTKOWY	SUMA KOSZTÓW
Koszty bezpośrednie				
1.	Kampania	1	140 000,00 zł	140 000,00 zł
2.	Szkolenia	1	30 000,00 zł	30 000,00 zł
3.	Suma:			170 000,00 zł
Szczepienia wychwytyjące				
1.	Kwalifikacja lekarska	1500	200,00 zł	300 000,00 zł
2.	Koszt szczepionki	1500	430,00 zł	645 000,00 zł
3.	Koszt podania szczepionki	1500	60,00 zł	90 000,00 zł
4.	Koordinacja	12	8000	96 000,00 zł
5.	Suma:			1 131 000,00 zł
Koszty pośrednie				
1.	Obsługa kadrowa, administracyjna, finansowa	12	6 000,00 zł	72 000,00 zł
2.	Ewaluacja i monitoring	1	8 000,00 zł	8 000,00 zł
3.	Suma:			80 000,00 zł
4.	RAZEM:			1 381 000,00 zł

2027	DZIAŁANIE	LICZBA	KOSZT JEDNOSTKOWY	SUMA KOSZTÓW
Koszty bezpośrednie				
1.	Kampania	1	140 000,00 zł	140 000,00 zł
2.	Szkolenia	1	30 000,00 zł	30 000,00 zł
3.	Suma:			170 000,00 zł
Szczepienia wychwytyjące				
1.	kwalifikacja lekarska	1500	200,00 zł	300 000,00 zł
2.	koszt szczepionki	1500	430,00 zł	645 000,00 zł
3.	koszt podania szczepionki	1500	60,00 zł	90 000,00 zł
4.	koordynacja	12	8000	96 000,00 zł
5.	Suma:			1 131 000,00 zł
Koszty pośrednie				
1.	Obsługa kadrowa, administracyjna, finansowa	12	6 000,00 zł	72 000,00 zł
2.	Ewaluacja i monitoring	1	8 000,00 zł	8 000,00 zł
3.	Suma:			80 000,00 zł
4.	RAZEM:			1 381 000,00 zł

ROK:

2025 -1 368 000,00 zł

2026 -1 381 000,00 zł

2027 -1 381 000,00 zł

RAZEM: 4 130 000,00 zł

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Program sfinansowany w całości z budżetu województwa dolnośląskiego.

Bibliografia

- (2021). Pobrano z lokalizacji <https://diag.pl/pacjent/artykuly/infekcja-hpv-a-rak-szyjki-macicy-czy-mozna-zapobiec-chorobie/>
- (2023). Pobrano z lokalizacji <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/gdzie-w-europie-prowadzone-sa-programy-szczepien-przeciw-hpv-dziewczat-i-chlopcow/>
- (2024). Pobrano z lokalizacji <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Szczepienia/Grozny-rak-ma-calkowicie-zniknac-ze-swiata-Rewolucyjna-szczepionka-wyleczy-zakazenie-HPV,260313,1018.html>
- (2024). Pobrano z lokalizacji https://hpv.pl/?utm_source=google&utm_medium=CPC&utm_campaign=PL_NON_HPVC-HCC-General_NON_TF_202408_General-Exact&utm_content=GPU_All_NA_PL-HPV-00000_DA_EXCT_CSTM_na&gad_source=1&gclid=CjwKCAjwn6LABhBSEiwAsNjrgTy2hDKIDgAxEGmsgn6pJmjWmM3J2zUMJIOOhKA7GPGZQ
- (2025). Pobrano z lokalizacji <https://www.synevo.pl/wirus-hpv-human-papillomavirus-ludzki-wirus-brodawczaka/>
- (2025). Pobrano z lokalizacji <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/raport-o-szczepieniach-przeciwko-wirusowi-brodawczaka-ludzkiego-hpv>
- Bożena Karczmarek-Borowska, M. G.-L. (2013). Zachorowalność i umieralność na raka szyjki macicy z uwzględnieniem skriningu w województwie podkarpackim w latach 1999-2010. *Ginekol Pol.*
- Bratosiewicz-Wąsik J, M.-M. M. (2019). Zakażenia wywołane przez ludzkie papillomawirusy. *Zakażenia XXI Wieku.*
- Krajowy Rejestr Nowotworów.* (2021). Pobrano z lokalizacji <http://onkologia.org.pl/nowotwory-szyjki-macicy/>
- Raport ICO/IARC (Kataloński Instytut Onkologii, a. C. (2023).

(2024). *Rekomendacje AOTMiT 6/2024.*

(2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania raport za 2020 rok.* Warszawa:
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut
Badawczy.

T. Olejniczak, D. R.-G.-B.-B.-B. (2015). Ocena genotypów wirusów brodawczaka ludzkiego u kobiet z
nieprawidłową cytologią. *Ginekol Pol.*