

Zespół Promocji Zdrowia, jako część struktury Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych, był odpowiedzialny za zarządzanie programami promocji zdrowia w całym regionie. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie wyników analizy efektywności 30 zrealizowanych programów profilaktyki nowotworowej. Autor postawił sobie dwa podstawowe cele badawcze: pierwszy dotyczył ustalenia kosztów programów na podstawie analizy dokumentacji badań ok. 20 tys. osób, drugim było określenie poziomu zainteresowania programami lokalnej społeczności i jej włączenia się do ich realizacji. Autor wraz ze swoim zespołem kierował się jedną z najważniejszych zasad nowoczesnej promocji zdrowia, odnoszącej się do wielodyscyplinarnej integracji sfer biologicznej, behawioralnej, społecznej i psychologicznej w sprawach zdrowia. Dane zostały wyselekcjonowane z dokumentacji ewaluacyjnej zaprezentowanej pod koniec 2002 r. i przedstawione w tabelach. Wynika z nich, że u 958 osób wykryto nowotwory lub zauważono zmiany we wczesnym stadium i skierowano na dalsze badania. Niektóre analizy były utrudnione ze względu na zasadnicze różnice w podejściu, strategii, rodzajach interwencji, jakości metodologii, pomiarze wyników czy przedstawianiu danych. Podsumowując przedstawioną analizę należy podkreślić, że (1) istnieje możliwość ustalenia kosztów prowadzonych programów w zakresie profilaktyki nowotworowej, (2) istotne jest zorganizowanie współpracy z adresatami programu oraz przedstawicielami lokalnych władz czy organizacji jako niezbędnego elementu zainteresowania tematem i zaangażowania całej społeczności, (3) należy zachować właściwą proporcję między częścią diagnostyczną i edukacyjną.

Słowa kluczowe: profilaktyka nowotworowa, efektywność, lokalna społeczność.

Środowiskowy model profilaktyki nowotworowej – analiza dolnośląskich programów 2002 r.

A community model of cancer prevention – analyses of the Lower Silesia health programs 2002

Lesław Kulmatycki

Katedra Humanistycznych Podstaw Kultury Fizycznej, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Wstęp

W latach 1999–2003, w ramach reformy służby zdrowia powołane zostały regionalne kasy chorych. Jednym z przypisanych im zadań była realizacja programów profilaktyki chorób [1, 2], w tym chorób nowotworowych.¹ Rokrocznie świadczeniodawcy proszeni byli o składanie ofert i uczestniczenia w konkursie poprzedzającym zawarcie z Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Programy zgrupowane były w kilku podstawowych obszarach, m.in. profilaktyki: chorób i promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży, chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju, chorób serca, cukrzycy czy uzależnień i HIV/AIDS. W konkursie ofert mogły brać udział podmioty, będące świadczeniodawcami w rozumieniu ustawy o PUZ oraz spełniające wymagania określone w szczegółowych warunkach konkursu.² Organizacją konkursu, jego monitorowaniem oraz analizą efektów zajmowało się w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych specjalnie do tego powołane w 1999 r. Biuro Promocji Zdrowia, które przyjęło środowiskowy model realizacji zadań [3, 4]. Odwołano się do istotnych elementów *karty ottawskiej* [5] i ustaleń konferencji w Dżakarcie oraz do wypracowanych na Zachodzie strategii profilaktycznych [6–8]. W tym konkretnym przypadku ważnymi aspektami realizacji programów było m.in. długofalowe ustawienie procedur konkursowych wzmacniających lokalną aktywność, odwołanie się do aktywnej współpracy z lokalnym samorządem oraz włączenie do programów wyraźnie profilaktycznych elementów edukacji zdrowotnej. W pierwszej fazie pracy Biura najważniejszymi zadaniami przygotowującymi do rozpoczęcia realizacji programów profilaktycznych były:

- opracowanie wyjściowego dokumentu *Plan działania 2000–2005, promocja zdrowia w województwie dolnośląskim* [9] oraz określenie celów i zadań promocji zdrowia DRKCh na najbliższe 4 lata;
- przeprowadzenie szkoleń z zakresu promocji zdrowia dla przedstawicieli samorządów terytorialnych woj. dolnośląskiego;
- przygotowanie szczegółowej procedury przeprowadzenia konkursu ofert, opracowanie pomocniczych materiałów spełniających wymogi merytoryczne i ustawowe konkursu oraz wyjaśniających świadczeniodawcom istotę i sens programów zdrowotnych [10].

Materiał i metody

Materiał, na podstawie którego dokonano analizy programów onkologicznych, zgromadzony został w 2003 r. po zakończeniu realizacji programów w 2002 r. Koordynatorzy programów przedstawili raporty ewaluacyjne, w których zobowiązani byli do wpisania szczegółowych danych o realizacji zadań.

The Health Promotion Unit as part of the Lower Silesia Health Fund had responsibility for managing health promotion programs region-wide. The aim of the paper was to present the results of analyses of the 30 cancer prevention programs effectiveness. The first objective of this research was about cost by a review of systematic examining of the documentations of cancer control interventions addressed to nearly 20,000 people in the Lower Silesia Region. The second was about the local community participation. The unit refers to one of the most important principles of contemporary health promotion, the principle of interdisciplinary integration of the biological, behavioral, social and psychological approaches in the health field. Evidence tables were generated to summarize all necessary information extracted from the evaluation reports presented at the end of 2002. It shows that 958 programs participants were already with detected cancer or identified with some early cancer problems and additional consultation. Some analysis was difficult to undertake because there were substantial differences across some strategies, intervention assessed, methodological quality, outcome measurements or data reporting. In the discussion part the author stressed: (1) probability to estimate the rational cost of cancer preventive program, (2) the role of the local community partnerships and coalitions to expand resources and the knowledge, skills needed to assess and address health concerns related to the cancer issue, (3) the right proportions of two parts, the medical diagnostic and health education.

Key words: cancer prevention, costs effectiveness, local community.

Analiza została dokonana na podstawie 30 programów, w których brało udział 19 526 osób z całego województwa dolnośląskiego. W większości wypadków celami programów profilaktyki nowotworowej było zwiększenie wykrywalności we wczesnych fazach.

Od początku przygotowywania konkursu przyjęte zostały 2 następujące założenia:

- 1) zgłoszone do realizacji programy onkologiczne zakładały różne strategie i w związku z tym stawiane cele i zadania. Inaczej realizowane były programy diagnostyczne w wyspecjalizowanych poradniach, inaczej programy edukacyjne koncentrujące się na czynnikach ryzyka, a jeszcze inaczej programy o charakterze kampanii mającej zwrócić uwagę na problem;
- 2) podkreślaliśmy konieczność ujmowania w programach nie tylko części diagnostycznej, ale i części dotyczącej edukacji i uświadamiania o czynnikach ryzyka uczestników programów.

Analizę przeprowadzono na podstawie raportów ewaluacyjnych, dostarczonych przez realizatorów programów oraz wewnętrznej dokumentacji monitorowania realizacji programów, opracowanej przez Biuro Promocji Zdrowia DRKCh [11]. Zebrany materiał nie był jednorodny, dane podawane przez realizatorów często były niepełne i mało precyzyjne w określeniu rezultatów programu.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie wyników analizy efektywności realizowanych programów. Autor postawił 2 podstawowe pytania:

- jakie są koszty w przeliczeniu na wykrycie jednego nowotworu,
- jakie są koszty w przeliczeniu na jednego uczestnika programu.

Pytania pomocnicze brzmiały:

- które rodzaje nowotworów ze względu na umiejscowienie reprezentowane były w programach najczęściej,
- jaki był rozkład rodzajów procedur i interwencji,
- jaki był przeciętny koszt jednej procedury,
- w jakim stopniu środki zostały wykorzystane przez realizatorów i czy w programach partycypowały samorządy lokalne.

Wyniki

Zebrany materiał można podzielić na 5 grup danych: 1) o uczestnikach programów, 2) o rodzajach procedur i interwencji, 3) o wykryciach i 4) o wskaźnikach efektywności realizowanych programów, 5) o wykorzystaniu środków w zależności od statusu realizatora oraz procentowy wskaźnik współpracy lokalnej i intersektoralnej przy realizacji programu.

I Grupa danych o uczestnikach programów onkologicznych w odniesieniu do umiejscowienia nowotworu

Najliczniejszą grupą zrealizowanych badań (tab. 1.) były te związane z diagnostyką raka piersi, skierowane do prawie 60 proc. wszystkich uczestników programów. Do znacznie mniej licznych grup należały badania w kierunku raka szyjki macicy i raka płuc. Najmniej licznymi w badanej grupie były badania w kierunku raka prostaty i raka krtani. Z powyższego zestawienia wynika, że ok. 2/3 wszystkich badań skierowanych było do kobiet.

Rozkład liczby pacjentów, którzy brali udział w badaniach wynikał zarówno z limitów dla poszczególnych świadczeniodawców (wskaźnik liczby pacjentów), jak i z autonomicznych decyzji podmiotów zgłaszających program do konkursu.

II Grupa danych o rodzajach procedur i interwencji podjętych podczas realizacji analizowanych programów oraz ich kosztach i proporcjach kosztów

Ogólny koszt programów wyniósł 789 172 zł. Największy kwotowo udział wszystkich procedur i interwencji (tab. 2., poz. 1. i 2.) związany był z badaniami diagnostycznymi i mammograficznymi, które stanowiły prawie 80 proc. wszyst-

Tabela 1. Liczba uczestników w odniesieniu do rodzaju nowotworu ze względu na umiejscowienie

Table 1. The number of participants in relation to localization of cancer

Lp.	Umiejscowienie nowotworu	Liczba uczestników
1	diagnostyka raka piersi (k)*	11 484
2	diagnostyka raka szyjki macicy (k)	3233
3	diagnostyka raka płuc (k+m)	2712
4	diagnostyka raka prostaty (m)	1007
5	diagnostyka raka krtani (m)	1090
6	diagnostyka onkologiczna razem (k+m)	19 526

* oznaczenie grupy adresatów wg płci

kich kosztów. W tab. 2. przedstawiono szczegółowe wyliczenia dotyczące liczby uczestników poszczególnych badań i procedur wynikających z programu (tab. 2., kolumna A), ich całkowitego kosztu (tab. 2., kolumna B) oraz średniego kosztu w przeliczeniu na jednego uczestnika, procedurę lub godzinę pracy (tab. 2., kolumna C). Średni koszt wyliczony został na podstawie danych z kolumn A i B, poprzez podzielenie ogólnych kosztów przez liczbę uczestników lub procedur. Zauważyć można dysproporcje między liczbą kobiet uczestniczących w programach diagnostyki raka piersi (tab. 1., poz. 1.) a liczbą badań mammograficznych (tab. 2., poz. 2., kolumna A). Jednym z czynników ograniczających wykonanie większej liczby badań mammograficznych były limity i koszty. Inną przyczyną było zgłoszenie liczby badań i osób przez poszczególnych świadczeniodawców, którzy w odniesieniu do swoich pacjentów mieli decydujący głos. W wielu też programach, szczególnie w odniesieniu do młodszych wiekiem pacjentek, stosowana była nauka samobadania piersi i tylko w sytuacjach budzących wątpliwości pacjentki kierowane były na badania mammograficzne.

III Grupa danych o wykryciach

Zestawienie przedstawione w tab. 3. wskazuje na konkretne wykrycia nowotworów w wyniku prowadzonych pro-

gramów. Szczególnie istotne dla dalszego postępowania jest wykrycie nowotworów piersi oraz łagodnych guzów piersi. Najliczniej reprezentowane są skierowania na dodatkowe badania w związku z podejrzeniami w I fazie interwencji.

IV Wskaźniki efektywności realizowanych programów

Efektem realizacji 30 programów profilaktyki nowotworowej w 2002 r. na Dolnym Śląsku, z funduszy DRKCh, było wykrycie 107 nowotworów oraz 260 nowotworów łagodnych, natomiast 591 osób skierowano do dalszej diagnostyki. Efektem końcowym realizacji programów była pomoc grupie 958 osób, czyli co 20. osobie uczestniczącej w programach.³

Odpowiadając na pytania dotyczące efektywności programów warto zwrócić uwagę na stopień wykorzystania przyznanych środków w zależności od statusu realizatora (świadczeniodawcy). Najbardziej efektywnie środki zostały wykorzystane przez grupę lekarzy rodzinnych (97,7 proc.) oraz przez nzozy (95,7 proc.), gorzej radziły sobie spozoy (87,3 proc.), a najmniej efektywnie gospodarowały powierzonymi środkami szpitale (środki wykorzystane w 83,6 proc.). Znaczącym dla realizacji programów profilaktyki nowotworowej faktem było zaangażowanie lokalnych władz i organizacji. Prawie wszystkie (96 proc.) programy finansowane przez DRKCh zostały wsparte finansowo przez lokalne władze; współpraca organizacyjna była udziałem 65 proc. realizatorów, a współpraca merytoryczna w 56 proc.

Omówienie wyników

Omawiając efekty przeprowadzenia programów profilaktyki onkologicznej w postaci zdiagnozowanych nowotworów złośliwych i łagodnych oraz zmian nowotworowych wskazujących na zwiększone ryzyko zachorowania, należy podkreślić, że programy różniły się pod względem stawianych sobie zadań. Programy można było podzielić na kilka kategorii. Jedne były typowo diagnostyczne i realizowały je ośrodki specjalizujące się w diagnostyce nowotworowej. Druga grupa to programy ukierunkowane na wstępną diagnostykę realizowaną w placówkach podstawowej opieki

Tabela 2. Koszty i liczba poszczególnych procedur i interwencji

Table 2. Cost and the number of procedures and interventions

Lp.	Rodzaje procedur i interwencji	A	B	C
		liczba	koszt całościowy (w zł)	średni koszt w przeliczeniu na osobę/procedurę/godzinę (w zł)
1	badania diagnostyczne	9842	354 214	35,99
2	badania mammograficzne	4824	259 732	53,84
3	badania cytologiczne szyjki macicy	3837	24 670	6,42
4	konsultacje	5572	80 246	5,50
5	zajęcia edukacyjne (w godzinach lekcyjnych)	1229	25 194	20,50
6	druk materiałów edukacyjnych (liczba ulotek, pomocy edukacyjnych, plakatów itp.)	11 446	6311	0,55
7	kampanie informacyjne	6	6583	1097
8	świadczenia specyficzne (np. tworzenie bazy danych)	34	10 887	320,20
9	koordynacja programów (w godzinach lekcyjnych)	846	21 335	25,21

zdrowotnej, połączonej z kierowaniem na diagnostykę specjalistyczną, która odbywała się w poradniach specjalistycznych. Jest to najczęściej stosowana grupa procedur [12, 13]. Grupa trzecia – najrzadziej reprezentowana – to programy edukacyjne, których zadaniem było wyjaśnienie czynników ryzyka i wskazanie możliwości ich ograniczenia, związana też była z programami łączącymi diagnostykę z edukacją pacjentów. Przedstawiony powyżej podział wskazuje na szerokie, psychospołeczne podejście do problemu chorób nowotworowych. W nowoczesnej profilaktyce liczba wykrytych nowotworów jest tylko jednym z elementów programu, ale bardzo często to ten wskaźnik decyduje o opłacalności procedur profilaktycznych.

Autor podkreśla wątpliwości zgłaszane przez specjalistów, dotyczące konkretnych podawanych przez nich liczb (tab. 3. i 4.). Z tab. 3. (poz. 1, 5–8) wynika, że wykryto 71 nowotworów, natomiast w końcowych zestawieniach jest ich 107; wykryto 182 nowotwory łagodne (tab. 3., poz. 2.), a w tab. 4. (poz. 2.) podano, że jest ich 260. Różnica wynika z fazy badania, wstępnej lub dalszej określanej jako dodatkowa (tab. 3., poz. 4., wskazuje na 377 dodatkowych badań). W analizowanych programach to dalsza, dodatkowa diagnoza spowodowała wzrost liczb w ostatecznym zestawieniu.

W niniejszym opracowaniu autor nie przedstawia danych dotyczących zmiany stylu życia czy zachowań zdrowotnych, które były udziałem pacjentów w związku z programem, a które są integralną częścią profesjonalnie ujętej profilaktyki czy promocji zdrowia. Dane uzyskane w programach dolnośląskich są porównywalne z programami realizowanymi na terenie województwa łódzkiego w latach 1999–2001, gdzie na 42 269 przeprowadzonych badań stwierdzono 1140 podejrzanych zmian, z tego w 121 przypadkach potwierdzono ich złośliwy charakter. W badaniach na tym samym terenie z lat 2003–2004 wynika, że na 138 731 osób objętych programami profilaktyki nowotworowej, podejrzenie występowania zmian nowotworowych stwierdzono u 6380 osób, a potwierdzenie nastąpiło w 218 przypadkach [14].

Podsumowując przedstawioną analizę, autor pragnie podkreślić, że:

- istnieje możliwość ustalenia i racjonalizacji kosztów prowadzonych programów w zakresie profilaktyki nowotworowej pod warunkiem wypracowania kryteriów dobrej praktyki⁴ dla kompleksowego przygotowania do wdrożenia programu, monitorowania jego realizacji i egzekwowania ewaluacji;

Tabela 3. Liczba osób biorących udział w programach, u których wykryto zmiany nowotworowe

Table 3. The number of program participants with some cancer identification

Lp.	Rodzaj wykrytego nowotworu	Liczba
1	nowotwory piersi	40
2	łagodne guzy piersi	182
3	zmiany zagrożenia wysokiego stopnia	178
4	dodatkowa diagnostyka	377
5	rak jajnika	5
6	rak prostaty	10
7	rak płuc	9
8	rak krtani	7

- na równi z wdrożeniem programu ważne są przygotowania na rzecz współpracy z adresatami programu (świadczącobiorcami) oraz przedstawicielami lokalnych władz czy organizacji [15, 16]. Przy programach długofalowych jest to niezbędny element utrzymania zaangażowania i zainteresowania tematem całej społeczności danego terytorium [17];
- z obserwacji i kontaktów z realizatorami programów wynika, że same badania diagnostyczne, bez działań zwiększających świadomość i wiedzę o wpływie czynników ryzyka, nie zmniejszają liczby zachorowań [18, 19]. Należy tak planować programy, aby zachować właściwą proporcję między częścią diagnostyczną i edukacyjną.

Piśmiennictwo

1. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (stan na 9 listopada 1998 r.) oraz wybrane przepisy wykonawcze, Biuro Informacji i Promocji Reform w Ochronie Zdrowia, MZIOS, 1998.
2. Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce, MZIOS, Warszawa 1998.
3. Hancock T. The mandala of health: a model of the human ecosystem. In: Anderson R, Kickbusch I (red.). Health promotion, a resource book. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1990.
4. Pasick RJ, Hiatt RA, Paskett ED. Lessons learned from community-based cancer screening intervention research. Cancer 2004; 101 (5 supl.): 1146-64.
5. Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion 1986; 1 (4), III-V.
6. Best A, Hiatt RA, Cameron R, Rimer BK, Abrams DB. The evolution of cancer control research: an international perspective from Canada and the United States. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2003; 12: 705-12.

Tabela 4. Wskaźniki efektywności programów profilaktyki nowotworowej w liczbach, procentach i kosztach

Table 4. Cancer prevention programs effectiveness indicators in numbers, percentage and costs

Lp.	Wskaźniki efektywności programów	A	B	C
		liczba	proc. wszystkich przebadanych	Średni koszt przypadający na jedną osobę – wykrycia/skierowania/uczestnictwa
1	wykrycie nowotworów	107	0,5	7375 zł
2	wykrycie nowotworów łagodnych	260	1,3	3035 zł
3	skierowania do dalszej diagnostyki	591	3,0	1335 zł
4	uczestnicy programów razem	19 526	100	12,8 zł

7. Agency for Healthcare Research and Quality. Dissemination and diffusion of evidence-based cancer control interventions: summary. Evidence Report/Technology Assessment 2003; 79: 1-5.
8. Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. Am J Public Health 2003; 93: 1261-7.
9. Kulmatycki L, Misińska B. Plan działania 2000–2005, promocja zdrowia w województwie dolnośląskim. Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych, Wrocław 1999.
10. Kramer BS, et al. Cancer screening: theory and practice. New York: Marcel Dekker Inc, 1999.
11. Kulmatycki L (red.). Raport 2002. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia w województwie dolnośląskim. Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych, Wrocław 2003.
12. Bryła M. Programy profilaktyczne ŁRKCh – wyzwanie u progu XXI wieku. Informator Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych 2000; 2, 4: 10-1.
13. Elliott DS, Mihalic S. Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. Prev Sci 2004; 5: 47-53.
14. Wachowicz-Skóra M. Programy profilaktyczne realizowane na terenie województwa łódzkiego w latach 1999–2001 i 2003–2004, www.lodzkie.pl/lozkie/zdrowie/profilaktyka/programy/ z dnia 9.03.06.
15. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion: factors predicting satisfaction, participation, and planning. Health Educ Q 1996; 23: 65-79.
16. Fawcett SB, Paine-Andrews A, Francisco VT, et al. Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. Am J Community Psychol 1995; 23: 677-97.
17. Doll R, Peto R. The cause of cancer Oxford. Oxford University Press, 1981.
18. Lerman C, Daly M, Walsh WP, et al. Communication between patients with breast cancer and health care providers. Determinants and implications. Cancer 1993; 72: 2612-20.
19. Moorman C, Matulich E. A model of consumers' preventive health behaviors: the role of health motivation and health ability. J Consum Res 1993; 20: 208-28.

Przypisy

¹Zasady konkursu opracowane zostały na podstawie art. 54 ust. i ustawy z 6 lutego 1997 r. o PUZ – powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU nr 28, poz. 153 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez kasy chorych umów na udzielenie świadczeń zdrowotnych (DzU nr 148, poz. 978 z późn. zm.).

²Szczegółowe warunki konkursu ofert oraz materiały informacyjne o przedmiocie konkursu ofert (również na nośniku elektronicznym) zainteresowani świadczeniodawcy otrzymali w siedzibie kasy.

³W związku z likwidacją Biura Promocji Zdrowia oraz kas chorych w 2003 r. przerwane zostały działania konkursowe wg wypracowanej formuły środowiskowej współpracy. Tym samym przekreślone zostały 4-letnie wysiłki całej instytucji.

⁴O założeniach i kryteriach dobrej praktyki autor pisze w swoim opracowaniu *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej – kryteria dobrej praktyki*.

Adres do korespondencji

dr **Lesław Kulmatycki**
Katedra Humanistycznych Podstaw Kultury Fizycznej
Akademia Wychowania Fizycznego
Zakład Psychologii (P-1)
ul. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
tel./faks +48 71 347 33 24
e-mail leslaw.kulmatycki@awf.wroc.pl lub leszekkul@go2.pl