

# ONKOLOGINIŲ SUSIRGIMŲ PROFILAKTIKOS PROGRAMŲ EFEKTYVUMO VERTINIMAS: GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO SKRYNINGAS

**Rimantas Pečiūra**

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas,

**Romualdas Gurevičius,**

Higienos institutas,

**Danguolė Jankauskienė**

Mykolo Romerio universitetas

## **Santrauka**

1998–2010 m. laikotarpio Lietuvos sveikatos programoje buvo įgyvendintos profilaktikos priemonės šalies mastu, kurių efektyvumas buvo įvertintas ir parodė, kad masinės atrankos būdu vykdomos prevencinės priemonės neabejotinai yra vienas iš svarbiausių šios dienos ir artimiausios ateities sveikatos apsaugos prioritetų.

Šiame straipsnyje yra pateikiamas gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programos vertinimas.

Lietuvoje vykdyta gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa, apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, davė teigiamą efektą. Šis efektas yra įrodytas analizuojant faktus, susijusius su programos vykdymu (netiesioginiai matavimai). Šiuo būdu analizavus programos pasiektus rezultatus prognozuojama, kad programos vykdymo dėka 2005–2009 m. laikotarpiu yra išvengta, gimdos kaklelio vėžio – daugiau, kaip 2,8 tūkst. atvejų, o kartu ir ankstyvų mirčių. Prevencijos priemonės turėjo neabejotiną poveikį sutaupant hospitalizacijos kaštus, susijusius su gimdos kaklelio vėžiu.

Programa rekomenduojama taikyti ES valstybėse Europos Komisijos ir PSO pagal sveikatos technologijų vertinimo ir mokslo įrodymais pagrįstus tyrimus. Rekomenduojama tęsti programą, pavedant nacionalinio lygmens institucijai rūpintis jos monitoringu bei sprendžiant programos administravimo išlaidų ir atsakomybės už jos stebėseną klausimą.

**Pagrindinės sąvokos:** gimdos kaklelio vėžys, profilaktinės sveikatos programos, profilaktinių sveikatos programų efektyvumas.

## **1. PROGRAMINĖ LIGŲ PROFILAKTIKA SVEIKATOS POLITIKOS KONTEKSTE**

Dar 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 Lietuvos Respublikos Seimo buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa. Įgyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstytą ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, buvo aiškiai

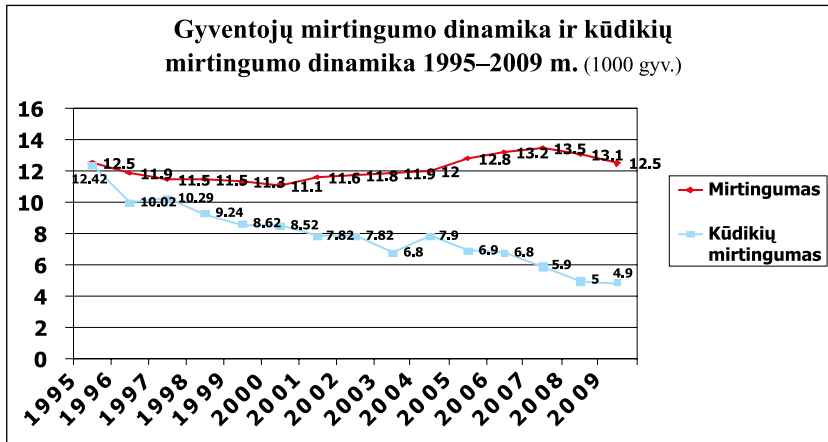
iškelti pagrindiniai programos tikslai: 1) gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, 2) sveikatos santykių teisumas, 3) gyvenimo kokybės pagerinimas.

Kadangi sergamumas ir mirtingumas, susijęs su širdies kraujagyslių ligomis, yra didžiausias, Lietuvos sveikatos programoje iškeltas specialusis tikslas „3.3.1. Širdies ir kraujagyslių ligos“, kur yra nurodyti konkretūs siekiami gyventojų sveikatos lygio rodikliai: iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 15 procentų; 2010 m. sumažinti 65–74 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 10 proc.

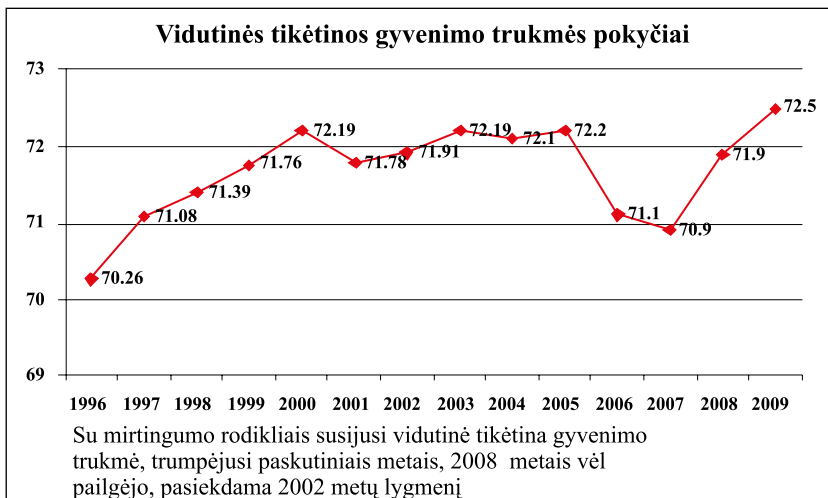
Kitas nustatytas specialusis tikslas buvo sumažinti sergamumą onkologinėmis ligomis. Yra žinoma ir suprantama, kaip svarbu išaiškinti onkologines ligas kuo ankstesnėje jų vystymosi stadijoje. Tačiau ankstyvo ligų išaiškinimo rodikliai Lietuvoje visai nedžiugino. Viena iš priežasčių buvo ankstyvo onkologinių ligų išaiškinimo sistemos nebuvimas ir vadybinių instrumentų, įgalinančių užtikrinti šią sistemą, neturėjimas. Buvo siekiama iki 2010 m. sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio 15 proc., sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc., vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio sumažinti 15 proc. Iki 2010 m. buvo planuota sumažinti piktybinių navikų vėlyvųjų stadijų atvejų 20 proc.

Nors ligų profilaktikos ir sveikatos stiprinimo klausimai buvo nubrėžti Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje kaip pirmaeilio svarbumo problema, rūpinimasis šia sritimi ilgą laiką buvo nepakankamas. Pirmaisiais Nepriklausomybės metais tai buvo galima pateisinti ekonominio sunkmečio poveikiu. Po 1994 metais priimto Sveikatos sistemos įstatymo Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema pradėta kurti 4 kryptimis: asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros, farmacinės veiklos ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų plėtros. Tačiau jei asmens sveikatos priežiūros reformai skirta daug dėmesio, tai visuomenės sveikatos priežiūros reforma buvo pernelyg lėta: pirminės sveikatos priežiūros sektoriaus, kuriam buvo priskirta ligų prevencijos funkcija, vystymo tempai taip pat buvo nepakankami. Visa sveikatos apsaugos sistema sutelkė dėmesį išvengiamam ankstyvam mirtingumui dėl išgydomų ligų mažinti gerinant gydymo kokybę. Tam tikslui buvo ypač pagerinta techninė (medicinos aparatūros ir įrangos) bazė, pakeista medicinos specialistų mokymo sistema, pradėtos investicijos, gerinančios sveikatos priežiūros įstaigų patalpas, pradėti kurti kokybės užtikrinimo standartai. Visos šios priemonės davė rezultatus: gyventojų mirtingumas mažėjo, vidutinė gyventojų gyvenimo trukmė ilgėjo (1–2 pav.). Tačiau dėl prevencinių priemonių nepakankamumo ankstyvasis mirtingumas dėl išvengiamų profilaktinėmis priemonėmis ligų darėsi vis didesne problema.

Po 2000 metų pradėjo nebeužtekti išteklių toliau gerinti sveikatos apsaugos rodiklius tokiomis pačiomis sąlygomis ir vien sveikatos apsaugos sistemos ribose. Įvairiapusis stresas, alkoholio vartojimo mastai, nesveika gyvensena, didėjantys socialiniai ir sveikatos netolygumai bei kitos ekonominės ir socialinės problemos lėmė tai, kad gyventojų mirtingumas nuo 2000 iki 2007 metų pradėjo didėti, kartu trumpėjo ir vidutinė gyvenimo trukmė (2 pav.).



1 paveikslas. Gyventojų mirtingumo dinamika



2 paveikslas. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklio dinamika

Tuo ypač susirūpinta 2004 metais: iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo pradėtos finansuoti profilaktinės gyventojų programos.

Onkologinių ligų profilaktikoje buvo pradėtos šios programos:

- 1) Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729;
  - 2) Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa, patvirtinta 2004 m. birželio 30 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-482;
  - 3) Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973.
- Vėliau pradėta ir storosios žarnos vėžio profilaktikos programa.

## 2. PROGRAMINĖ ONKOLOGINIŲ SUSIRGIMŲ PROFILAKTIKA

PSO nacionalinėje Vėžio kontrolės programų politikos ir strategijos gairėse nurodoma, jog kiekvienoje šalyje vėžio prevencija ir kontrolė turi būti vykdoma pagal šaliai prieinamus išteklius. Visos šalys yra klasifikuojamos į tris grupes: žemas, vidutines ir aukštas pajamas turinčios šalys<sup>1</sup>.

Lietuva, pagal ekonominį statusą yra priskiriama vidutinius išteklius turinčių šalių grupei. Tokiose šalyse dauguma gyventojų gyvena miestuose, o gyvenimo trukmė ilgesnė nei 60 metų. Šios šalys išgyvena taip vadinamąjį epidemiologinį periodą, o piktybiniai navikai yra viena pagrindinių gyventojų sergamumo ir mirties priežasčių. Tokiose šalyse stebimas aukštas rizikos veiksnių paplitimas, ypač tokių kaip tabako vartojimas, mityba, infekciniai susirgimai, kancerogenai darbo vietose. Infrastruktūra yra nepakankama, trūksta žmoniškųjų išteklių, o vėžio prevencija, ankstyva diagnostika, gydymas ir paliatyvi pagalba yra teikiama, tačiau ribota apimtimi, kokybe ir prieinamumu. Pirminės prevencijos ir ankstyvos diagnostikos svarba yra nepakankamai įvertintos, o kaip prioritetas išskiriamas gydymo galimybių stiprinimas, neatsižvelgiant į jo kaštus<sup>2</sup>. Europos Komisijos 2003 metų gruodžio 2 dieną išleistame dokumente dėl vėžio skryningo<sup>3</sup>, kuris apibendrina visus prieinamus mokslo įrodymus, yra rekomenduojama šalims narėms vykdyti:

1. Gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skryningą, pradedant ne anksčiau kaip nuo 20 metų ir ne vėliau kaip nuo 30 metų amžiaus moterims.
2. Mamografinį krūties vėžio skryningą moterims tarp 50 ir 69 metų amžiaus
3. Slapto kraujavimo testo skryningą storosios žarnos vėžiui nustatyti.

LR Vyriausybė 2003 metais patvirtino Valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programą. Pagrindinis šios programos tikslas – organizuoti ir vykdyti vėžio profilaktiką, užtikrinti geros kokybės ankstyvąją onkologinių ligų diagnostiką, gydymą bei mažinti onkologinių ligų užleistumą ir užtikrinti visavertį onkologinių ligonių gydymą. Tolimasis programos tikslas – sumažinti sergančiųjų vėžiu, jų mirtinumą ir neįgalumą Lietuvoje.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa, patvirtinta 2004 m. birželio 30 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-482. Gimdos kaklelio patologijos patikros programos pagrindinis tikslas yra sergamumo invaziniu gimdos kaklelio vėžiu sumažinimas.

Šios programos tikslinę grupę sudaro 25–60 metų moterys, kurioms sudaryta galimybė kas trejus metus nemokamai pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio. Po pirmojo preliminaraus programos vertinimo Valstybinės ligonių kasos duomenimis, per

<sup>1</sup> National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. World Health Organization, Geneva, 2002.

<sup>2</sup> National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. World Health Organization, Geneva, 2002.

<sup>3</sup> EK rekomendacijos dėl vėžio skryningų, 2003 metų gruodžio 2. Prieiga internete: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>.

pirmus 3 programos įgyvendinimo metus (2004 m. liepos mėn.–2007 m. birželio mėn.) dėl gimdos kaklelio vėžio pasitikrino daugiau kaip 332 tūkstančiai moterų: 209 moterims nustatyti gimdos kaklelio vėžio požymiai, 6 222 – ikivėžinės būklės<sup>4</sup>.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinės programos įgyvendinimo laikotarpiu nuo 2004 m. liepos 1 d. iki 2007 m. pabaigos šioje programoje dalyvavo 5 infrastruktūros tyrime dalyvaujančios įstaigos (KMUK, KMUK-OL, ŠAL, PAL, KUL), kuriose onkologinio susirgimo indikatoriai nustatyti 12 proc. visų patikrintų moterų.

### 3. GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ EPIDEMIOLOGINIŲ RODIKLIŲ DINAMIKA

1991 metais atlikta sergamumo gimdos kaklelio piktybiniais navikais dinamikos analizė<sup>5</sup> parodė, jog periode nuo 1964 iki 1988 metų buvo stebima sergamumo mažėjimo tendencija vidutiniškai po 1,7 proc. kasmet, ir, jeigu būtų nesikeitusi situacija, 2009 metais sergamumas būtų pasiekęs 10,2 100 000 moterų ir svyravęs nuo 8,4 iki 12,2 su 95 proc. tikimybe. Deja, prognozė remiantis buvusiais trendais nepasitvirtino ir 2009 metais turime dvigubai didesnę sergamumą – 22,6 atvejo 100 000 moterų. Tam greičiausiai turėjo įtakos pereinamojo periodo problemos ir sunkumai, bei sveikatos reformos klystkeliai, atsiliepę gimdos kaklelio antrinės profilaktikos sistemai, kuri sovietmečiu turėjo platų tinklą, garantavusį pakankamai gerą prieinamumą ir, žiūrint į sergamumo dinamiką, panašu, veikė pakankamai efektyviai<sup>6</sup>.

Tiek sergamumas gimdos kaklelio vėžiu, tiek mirtingumas nuo jo Lietuvoje iki pradendant atrankines patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programas buvo didžiausias tarp Šiaurės Europos šalių ir vienas didžiausių Europoje.

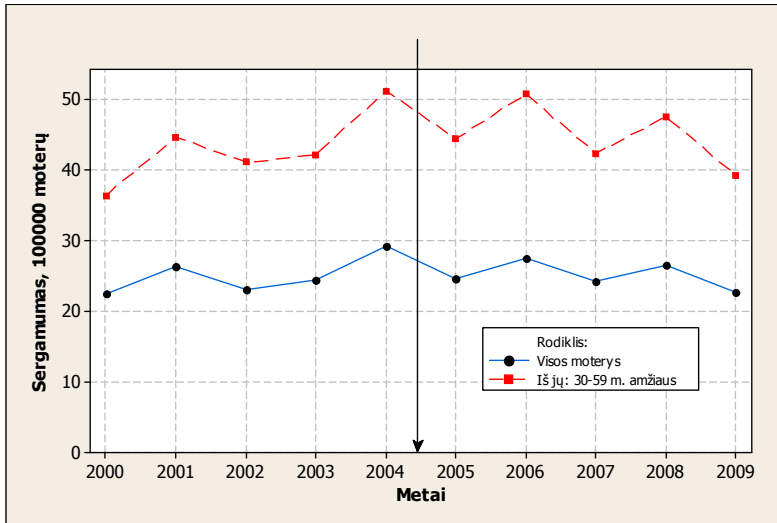
Vertinant sergamumo gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje tendencijas nuo 2000-ųjų metų ir atsižvelgiant į antrinės profilaktikos programos pradžią 2004 metų viduryje, matosi, jog šia efektyvia priemone pavyko stabilizuoti sergamumo didėjimą, ir, po programos įvedimo, kasmet stebima nežymi, bet stabili sergamumo mažėjimo tendencija. Ypač ši tendencija yra išreikšta tarp Lietuvos 30–59 metų amžiaus moterų, nors sergamumas šioje amžiaus kategorijoje yra beveik du kartus aukštesnis už bendrą, visų moterų sergamumą (3 pav.).

Vertinant mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamiką, nustatyta mažėjimo tendencija su nežymiais svyravimais nuo pat 2000-ųjų metų. Ženklus mirtingumo „kritimas“ užfiksuotas tarp Lietuvos moterų jau 2005 metais (4 pav.). Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 30–59 m. amžiaus grupėje buvo didesnis už bendrą moterų mirtingumą ir rodė labai panašias kitimo tendencijas, tačiau su ryškesniu mažėjimu, lyginant su periodu prieš programos įdiegimą.

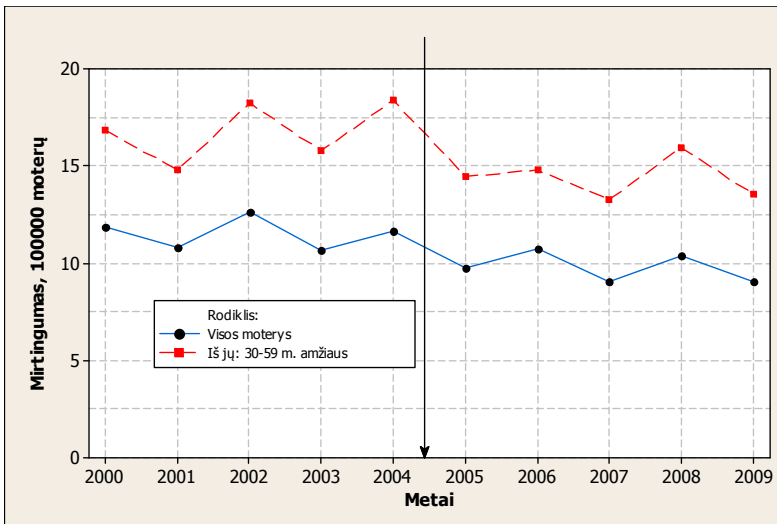
<sup>4</sup> Zaksas V., Golubajeva T. Prevencinių programų vykdymo duomenys ir džiugina, ir atskleidžia problemas. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/sdl?page=item&item id=139>.

<sup>5</sup> Stukonis M., Gurevičius R., Kuzmickienė I., Bičiūnaitė V. Sergamumo vėžiu tendai Lietuvoje 1964–1988 m. ir jų prognozė. Lietuvos medicina, 1991, Nr. 2, p. 8–14, ISSN 0491-6514.

<sup>6</sup> Stukonis M., Gurevičius R., Kuzmickienė I., Bičiūnaitė V. Sergamumo vėžiu tendai Lietuvoje 1964–1988 m. ir jų prognozė. Lietuvos medicina, 1991, Nr. 2, p. 8–14, ISSN 0491-6514.

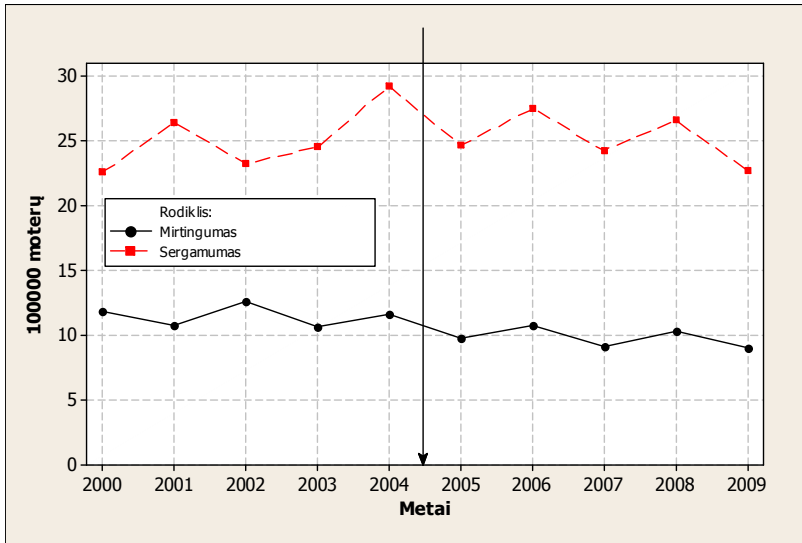


3 paveikslas. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu tarp visų Lietuvos ir tikslinės grupės moterų dinamika 2000–2009 metais



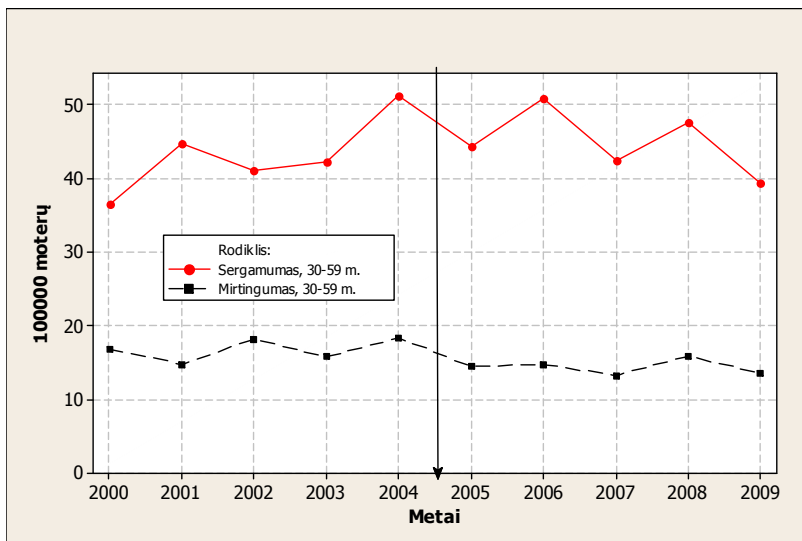
4 paveikslas. Mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamika tarp visų Lietuvos ir tikslinės grupės moterų 2000–2009 metais

Lietuvos moterų sergamumo gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamiškos kreivių palyginimas atvaizduotas 5 pav., kuriame matosi anksčiau aprašyta tendencija bei tai, kad mirtingumas yra daugiau nei du kartus mažesnis už sergamumą ir šis santykis, laikui bėgant (mažėjant mirtingumui) linkęs didėti.



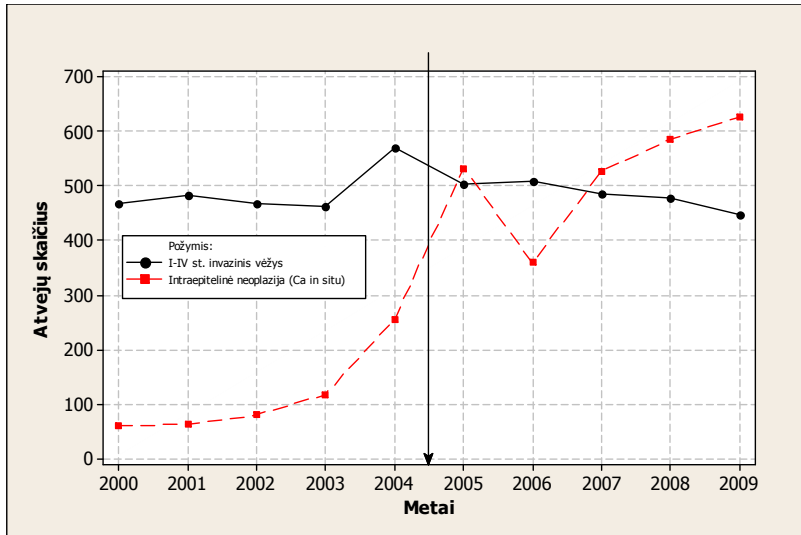
5 paveikslas. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos palyginimas 2000–2009 metais

Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamika tarp 30–59 m. Lietuvos moterų atvaizduota 6 pav. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad tiek sergamumo, tiek mirtingumo absoliutinės reikšmės yra ženkliai didesnės lyginant su kreivėmis 3 ir 4 pav., tačiau sergamumas šioje amžiaus kategorijoje yra tris kartus didesnis už mirtingumą. Be to, įvertinus rodiklių dinamiką iki ir po 2004 m., stebima aiški ir sergamumo ir mirtingumo rodiklių mažėjimo tendencija, tiesa, sergamumo mažėjime stebimai didesni svyravimai.



6 paveikslas. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos palyginimas 2000–2009 metais tarp tikslinės grupės moterų

Naujai išaiškintų visų stadijų gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičiaus ir preinvazinio gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičiaus dinamika atvaizduota 7 pav. Ryškiai matoma, kad preinvazinio vėžio išaiškintų atvejų skaičius pradėjo augti nuo 2003 metų, maksimumą pasiekė paskutiniaisiais trim analizuojamais metais ir toliau rodo aiškiai didėjimo tendenciją, nuosekliai mažėjant naujai išaiškintų invazinio vėžio atvejams.



7 paveikslas. Naujai išaiškintų gimdos kaklelio vėžio ir preinvazinio vėžio atvejų skaičiaus dinamika Lietuvoje 2000–2009 metais

Atsižvelgiant į preinvazinio vėžio rodiklių dinamiką (7 pav.) galima apskaičiuoti, kad per 2004–2009 metus yra išvengta tikimybės daugiau kaip 2,8 tūkst. atvejų susirgti gimdos kaklelio vėžiu, o tuo pačiu išvengti susirgimo diagnostikos vėlyvojoje stadijoje.

Apibendrinant kas aukščiau aprašyta, ir analizuojant pagal amžių standartizuoto mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamiką, tarp visų šalies moterų matosi nežymiai svyruojanti mirtingumo mažėjimo tendencija nuo 2000-ųjų metų. Ta pati tik ženkliai labiau išreikšta tendencija stebima ir tarp 30–59 metų amžiaus moterų.

Gimdos kaklelio vėžys, kaip ir daugelis kitų solidinių navikų, formuojasi ilgai. Jei laiku atpažįstamas, ligonėms galima suteikti efektyvią pagalbą. Kol žemo laipsnio displazija pasiekia aukštą laipsnį, vidutiniškai praeina 9 metai, o kol iš didelio laipsnio displazijos susiformuoja invazinis vėžys, užtrunka nuo 3 mėnesių iki 2 metų. Naujausi tyrimai rodo, kad didelio laipsnio displazijos evoliucija į vėžį nėra neišvengiamas procesas. Iki 70 proc. gimdos kaklelio intraepitelinių pirmo laipsnio neoplazijų (CIN1) išnyksta savaime per 1–2 metus. Danijoje 1992 m. pradėjus atrankinio moterų patikrinimo programą jau po trejų metų gimdos kaklelio vėžio atvejų diagnozuota 20 proc. mažiau. 10 proc. patikros efektyvumo galima pasiekti po 10–15 metų, o norint, kad sergamumas sumažėtų 30–40 proc., reikės 20–30 metų. Suomiai patikros programą pradėjo 1963 m., norvegai – 1990 m. JAV mirtingumas nuo šios ligos sumažėjo 40 proc.

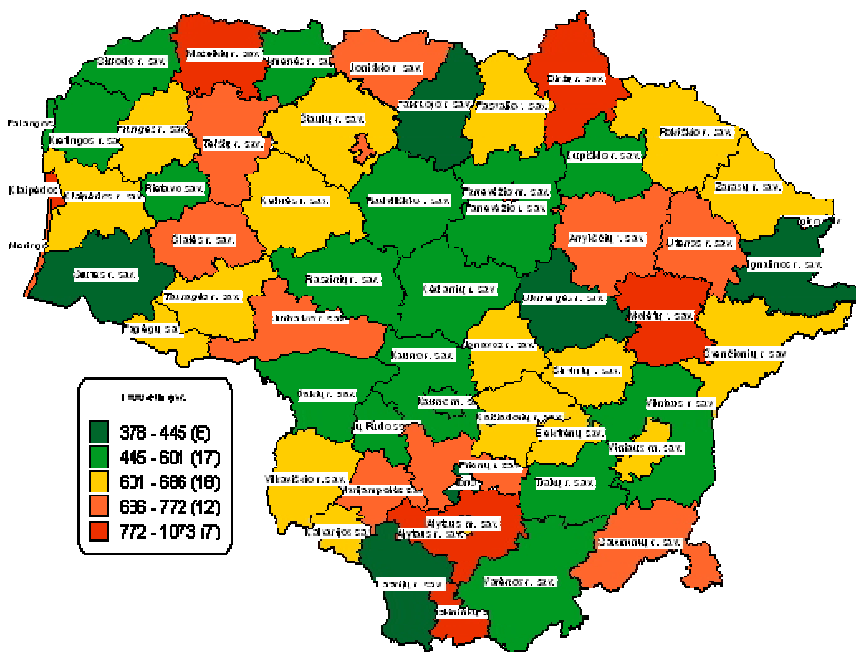


per 30 metų, Kanadoje per tokį pat laiko tarpą jis sumažėjo per 50 proc. Islandijoje per 35 metus sugebėta mirtingumą nuo šios ligos sustabdyti net 80 proc. Suomiai per 32 patikros metus mirtingumą sumažino 52 proc., norvegai – 10 proc. per 10 metų.

#### 4. GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ PROFILAKTIKOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS

Per 2004–2009 m. gimdos kaklelio vėžio profilaktikos tikslu buvo patikrinta 450 801 moteris, iš viso buvo užfiksuoti 556 846 paslaugos teikimo atvejai; vienai moteriai, įskaitant pakartotinas priemones, teko 1,24 paslaugos, vidutiniškai (SVEIDRA, VLK duomenys).

Siekiant įvertinti programos priemonių prieinamumo tolygumą Lietuvoje buvo analizuojama, kaip programa buvo vykdoma atskirose savivaldybėse. Buvo nustatomas programos vykdymo intensyvumas pagal suteiktų programos paslaugų skaičių, tenkantį 1 000 gyventojų. Paslaugos teikimo pasiskirstymas savivaldybėse pavaizduotas kartografiškai, netolygumai yra pavaizduoti 8 pav.

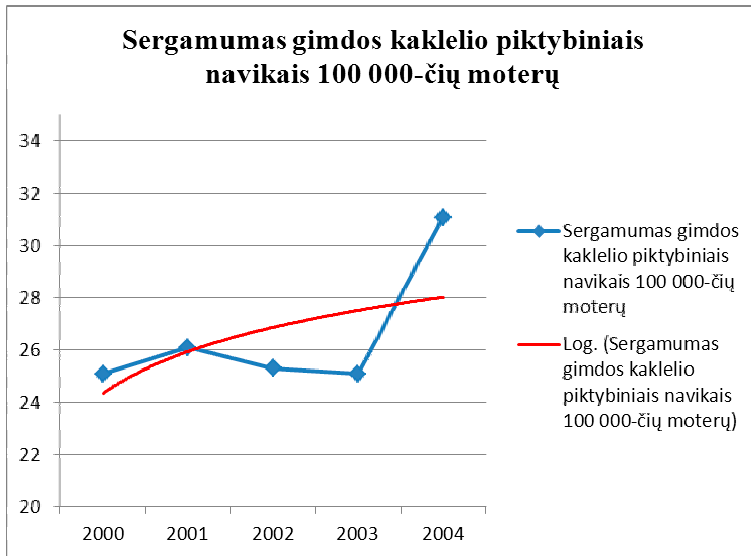


8 paveikslas. Suteiktų paslaugų per 2006–2009 metus, sk./1 000 gyventojų (moterys, 25–60 m.)

Akivaizdu, kad savivaldybės turi analizuoti šių netolygumų priežastis ir imtis priemonių jiems mažinti.

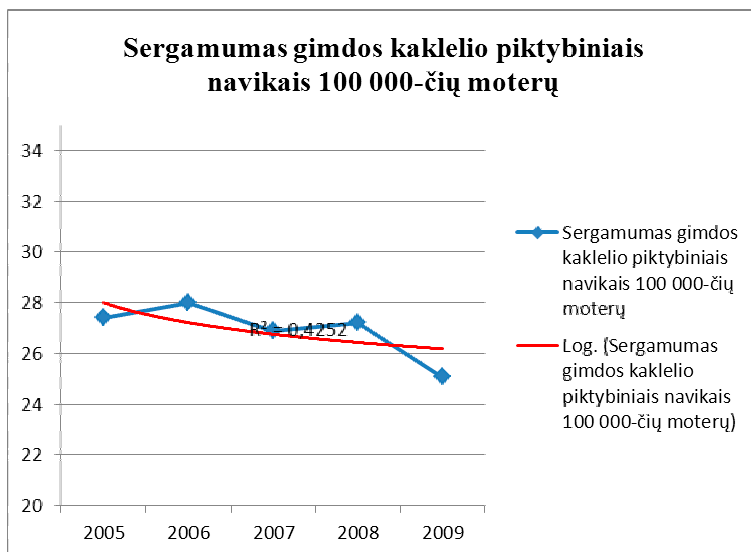
Pagrindiniai prevencinės programos siekiniai – sumažinti gimdos kaklelio vėžio sergamumo ir mirtingumo rodiklius, diagnozuoti gimdos kaklelio piktybinį naviką ankstyvoje stadijoje.

Iki programos veiklos pradžios sergamumo rodiklių dinamika (per 2000–2004 metus) yra pavaizduota 9 pav.



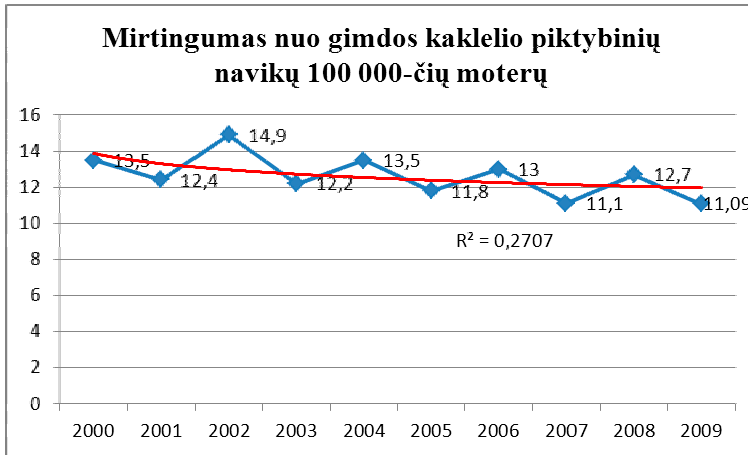
**9 paveikslas.** Sergamumas gimdos kaklelio piktybiniais navikais 2000–2004 metais

Sergamumo šuolis tarp 2003 ir 2004 metų galėjo turėti keletą priežasčių – viena iš jų galėjo būti prevencijos priemonių įtaka atrandant naujas invazinio vėžio būkles. Tačiau vėliau, plečiant programos priemones, sergamumas pradėjo mažėti (10 pav.).



**10 paveikslas.** Sergamumas gimdos kaklelio piktybiniais navikais 2005–2009 metais

Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio nuosekliai mažėjo per visus 2000–2009 metus (11 pav.).



11 paveikslas. Mirtingumas nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų 2005–2009 metais

Lyginant du laiko periodus: iki ir po programos pradžios yra apskaičiuojamas vidutinės mirtingumo rodiklio reikšmės sumažėjimas programos veikimo laikotarpiu 10,24 proc. – nuo 13,30 atvejų 100 000 gyventojų per 2000–2004 metus, vidutiniškai, iki 11,94 atvejų 100 000 gyventojų per 2005–2009 metus, vidutiniškai.

Vertinant prevencinę programą kaštų – efektyvumo analizės metodu buvo apskaičiuojama:

- kaštai, tenkantys vienam gyventojui prevencinės programos dalyviui;
- kaštai, tenkantys susirgimų sumažinimui vienu atveju;
- kaštai, tenkantys mirčių skaičiaus sumažinimui vienu atveju.

Programos finansavimo lėšos per 2004–2009 metus buvo 17 442 400 Lt. Moterų, gavusių prevencines paslaugas, skaičius per tą patį laiką buvo 450 801. Tuo būdu vienam gyventojui prevencinės programos dalyviui tenka 38,7 Lt programos finansavimo lėšų. Vienas tūkstantis Lt, panaudotų prevencinei programai finansuoti, leido suteikti prevencines paslaugas beveik 26 moterims. Vienam nustatytam *Ca in situ* atvejui teko 6 035 Lt programos finansavimo kaštų, bei teko patikrinti 156 moteris (SVEIDRA, VLK duomenys).

Svarbu, kaip programa atitiko bendruosius skryningo principus. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos ir bendrųjų skryningo<sup>7</sup> principų atitikimas pavaizduotas 1 lentelėje.

<sup>7</sup> Wilson J. M. G., Jugner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers No. 34, WHO, 1968.

**1 lentelė.** Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių ir skryningo principų atitikimas

| Kriterijus   | Atitinka (+),<br>neatitinka (-) |
|--|---------------------------------|
| 1. Programa atitinka realius (pripažintus) poreikius   | +                               |
| 2. Siekiniai (tikslai) yra nustatyti (apibrėžti) pačioje pradžioje   | +                               |
| 3. Yra nustatyta (apibrėžta) tikslinė gyventojų grupė  | +                               |
| 4. Programos efektyvumą įmanoma nustatyti mokslškai pagrįstais įrodymais   | +                               |
| 5. Programoje yra integruota: mokymas (informavimas, lavinimas), testai, klinikinės procedūros ir programos valdymas | +                               |
| 6. Veikia kokybės užtikrinimas minimizuojant potencialią skryningo riziką  | +                               |
| 7. Programa užtikrina pasirinkimo (informacijos pagrindu) laisvę, konfidencialumą                                    | +                               |
| 8. Programa užtikrina lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams  | -                               |
| 9. Programos vertinimo planas yra parengtas pačioje pradžioje  | -                               |
| 10. Programos kaštų ir naudingumo balansas yra priimtinas  | +                               |

Galime teigti, kad ir Lietuvoje vykdyta gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa, apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, atitinka pagrindinius skryningo principus. Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pagal 1–7 ir 9 kriterijus yra stebimas teisės aktuose ir įstaigų, teikusių prevencines paslaugas, veikloje. Programos atitikimas užtikrinti lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams (8 kriterijus) yra grindžiamas rodiklio – paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 savivaldybių gyventojų – nustatyto variacijos koeficientu, kuris yra 22,15 proc. dydžio. Šis dydis atitinka **neigiamą** prevencinių paslaugų prieinamumo vertinimą pasirinktoje skalėje.

| Prevencijos priemonių prieinamumas | Neigiamai vertinamas | Teigiamai vertinamas |        |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|--------|
|                                    | Nepatenkinamas       | Patenkinamas         | Geras  |
| Variacijos koeficientas, %         | 0–50                 | 51–75                | 75–100 |

Manome, kad prieinamumas kol kas nėra geras dėl vadybinių problemų atskirose savivaldybėse.

Pagrindiniai programos siekiniai – sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumą nuo jo per 2004–2009 metų laikotarpį iš esmės yra pasiekti (2 lentelė). Daroma prielaida, kad programos vykdymo dėka 2005–2009 m. laikotarpyje yra išvengta gimdos kaklelio vėžio susirgimų daugiau kaip 2,8 tūkst. atvejų, nustatant prevencines būklės, kurias galima pagydyti.

**2 lentelė.** Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programos tikslų pasiekimas

| Rodiklis   | Pasiektas tikslas (+), nepasiektas (-) |
|--|--|
| Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu 100 000 moterų      | +                                      |
| Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 100 000 moterų | +                                      |
| Diagnostikos ankstyvumas (Ca in situ nustatymas)     | +                                      |

## 5. APIBENDRINIMAS IR IŠVADOS

1. Organizuotų gimdos kaklelio patikros programų nauda ir efektyvumas mažinant sergamumą invazine šios ligos forma ir mirtingumą nuo jos laikomas įrodytu. Siekiant padidinti patikros programos naudą ir ženkliai sumažinti mirtingumą nuo vėžio, rekomenduojama patikrą vykdyti tik organizuotai, kadangi pagrindinis neorganizuotos patikros programos trūkumas pasireiškia mažu pasitikrinusių moterų, esančių didžiausios rizikos grupėje, procentu ir intensyviu mažos rizikos grupių moterų tikrinimu. Tai sudaro prielaidas mažam sąnaudų našumui ir menkam programų efektyvumui.

2. Remiantis užsienio šalių ilgamete patirtimi galime teigti, kad ir Lietuvoje vykdyta gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa, apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, turi teigiamą efektą. Šis efektas yra įrodomas analizuojant faktus, susijusiais su programos vykdymu (netiesioginiai matavimai). Įvertinus preinvazinio vėžio nustatymą vykdant programą per 2004–2009 m. galima prognozuoti, kad yra išvengta tikimybės daugiau kaip 2,8 tūkst. atvejų susirgti gimdos kaklelio vėžiu ir diagnozuoti jį vėlyvoje vėžio stadijoje (arba ir ankstyvųjų mirčių) vėlesniame laikotarpyje. Prevencijos priemonės turėjo neabejotiną poveikį sutau-pant hospitalizacijos kaštus, susijusius su gimdos kalelio vėžiu.

3. Programa rekomenduojama taikyti ES valstybėse Europos Komisijos ir PSO pagal sveikatos technologijų vertinimo ir mokslo įrodymais pagrįstus tyrimus. Rekomenduojama tęsti programą, pavedant nacionalinio lygmens institucijai rūpintis jos monitoringu bei sprendžiant programos administravimo išlaidų ir atsakomybės už jos stebėseną klausimą. Būtina programos pavyzdžiu sukurti apskaitos ir informacijos pasikeitimo tarp įstaigų sistemą.

## Evaluation of effectiveness of cervical cancer screening program

**Rimantas Pečiūra**

Lithuanian University of Health sciences

**Romualdas Gurevičius**

Hygiene institute

**Danguolė Jankauskienė,**

Mykolas Romeris university

### **Summary**

*In the period of 1998 - 2010 the Lithuanian health program was implemented. Evaluation of effectiveness of the preventive programs showed that the mass screening process for preventive measures is undoubtedly one of the most important tools in the current public health policies and strategies.*

*This article aims to present the evaluation of the the cervical cancer preventive program paid by the compulsory health insurance budget. The program was evaluated by direct effectiveness measuring mortality and morbidity and costeffectiveness in national level and also in the local level showing inequalities in it's effectiveness. Effectiveness of the programs is demonstrated also in the analysis of the facts relating to the implementation and management of the program (indirect measurement). Analyzing the results of the program it was found that in 2005-2009 period more than 2.8 thousand cases of early stagies and deaths associated with cervical cancer were prevented due to the program. Prevention measures had an undeniable impact on hospital cost savings associated with cervical cancer.*

*It is recommended to continue the cervical cancer screening program with improved management, assigned national-level body to take care of its monitoring, and addressing the administrative costs for this issue and also devide responsibilities of the stakeholders.*

**Keywords:** *cervical cancer, screening, effectiveness of screening*