



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 60/2015 z dnia 12 marca 2015 r.
o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej wczesnej
diagnostyki chorób nowotworowych płuc oraz przewlekłej
obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców województwa
lubuskiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości opiniuję negatywnie projekt programu „Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców województwa lubuskiego”.

Uzasadnienie

Projekt dotyczy ważnego i dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego jaki niewątpliwie stanowi wczesna wykrywalność POChP oraz nowotworów płuc, ale powiela świadczenia finansowane przez NFZ.

Ponadto program nie jest zgodny z aktualnymi wytycznymi, według których ani spirometria, ani RTG klatki piersiowej nie są powszechnie uznanymi metodami przesiewowymi osób bezobjawowych.

Program, zgodnie z obecną polityką zdrowia publicznego powinien być skierowany w kierunku edukacji mieszkańców województwa lubuskiego. Wiele wytycznych, obecnie, wskazuje na wysoce istotne znaczenie działań edukacyjnych w prewencji chorób odtytoniowych jak np. POChP, szczególnie jeśli chodzi o palaczy i związane z nimi interwencje tytoniowe.

Brak jest przedstawienia oczekiwanych efektów programu oraz sposobu powiązania projektu ze świadczeniami NFZ. Nie określono także minimalnych wymagań sprzętowych, kampanii informacyjnej, szczegółów dotyczących monitorowania przebiegu programu.

Nie został dołączony żaden wzór ankiety ewaluacyjnej dla pacjenta, byłoby dobrym rozwiązaniem przeprowadzenie takiej ankiety przed oraz po przeprowadzeniu programu.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej województwa lubuskiego w zakresie wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Program ma być realizowany od dnia podpisania umowy do 15.12.2015 r. Planowany całkowity koszt realizacji programu został określony na 200 000 zł.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej województwa lubuskiego

Znaczenie problemu zdrowotnego

Głównym celem Programu jest zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów oskrzela i płuc oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc wśród mieszkańców województwa lubuskiego. Projekt programu dotyczy ważnego problemu zdrowotnego opierającego się na profilaktyce i wczesnym wykrywaniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz nowotworów płuc w populacji osób w wieku 35-75 lat zamieszkujących województwo lubuskie. Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 – cel strategiczny: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego oraz zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Autorzy projektu nie przedstawili w opisie oczekiwanych efektów programu.

Populacja docelowa

Autorzy projektu programu przedstawili dane epidemiologiczne dla Polski. Zakres referencyjny został przedstawiony. Dodatkowo przedstawiono również dane dotyczące liczby ludności na terenie województwa lubuskiego dotyczące liczby zgonów na nowotwory złośliwe oskrzeli i płuc z podziałem na płeć oraz wiek w roku 2012 r. Weryfikacja wszystkich danych przeprowadzona przez analityka AOTMiT pozwala stwierdzić, że dane zawarte w projekcie programu zostały przygotowane w sposób prawidłowy, niebudzący wątpliwości. Oparto się w projekcie programu o rzetelne źródła informacji m.in. opracowania Centrum Onkologii- Instytutu.

Według informacji zawartych na stronie internetowej GUS4 województwo lubuskie zamieszkiwało w 2013 r. ponad 509 000 osób w wieku 35-74 lata.

Autorzy planują objąć działaniami samego programu w zależności od wariantu (4 możliwe warianty) włączenie do programu od ok. 1400 do 4875 osób.

Interwencja

W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej, autorzy programu nie określili liczby interwencji planowanych do przeprowadzenia natomiast należy mieć na uwadze, że jest to dość zmienna kwestia w zależności od zastosowanego wariantu u danego pacjenta. Autorzy programu wyszczególnili rodzaje świadczeń oferowane mieszkańcom województwa lubuskiego tj.: dwie konsultacje lekarskie, RTG klatki piersiowej oraz spirometrię.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, zaleca się wykonanie spirometrii dla osób, u których występują następujące czynniki ryzyka: przewlekły kaszel, odkrztuszanie plwociny, świszczący oddech lub duszność, stwierdzony w wywiadzie rodzinny niedobór α 1-

antytrypsyny, palenie tytoniu (w tym narażenie na dym tytoniowy) – liczba paczko-lat w poszczególnych rekomendacjach różni się, natomiast nigdy nie jest niższa niż 10; nawracające, ostre, infekcyjne zapalenie oskrzeli; narażenie na pyły i środki chemiczne w środowisku pracy. Zaznacza się, że badanie to powinno być przeprowadzane przez wykwalifikowany personel na odpowiednio wykalibrowanym urządzeniu.

W związku z powyższym, zasadnym jest zastosowanie badań diagnostycznych w postaci spirometrii w grupach wymienionych przez autorów projektu programu. Jednak należy podkreślić, że aktualnie realizowany jest Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) składający się z dwóch etapów. W programie finansowanym przez NFZ, wdrażane jest: zebranie wywiadu przez lekarza POZ dot. palenia tytoniu i stopnia uzależnienia od nikotyny, badanie przedmiotowe (masa ciała, wzrost, ciśnienie tętnicze krwi) oraz badanie spirometryczne dla osób kwalifikujących się do profilaktyki POChP, edukację każdego świadczeniobiorcy dotyczącą skutków palenia tytoniu, poradę antynikotynową z zaplanowaniem terapii odwykowej. Po 30 dniach, w przypadku niepowodzenia, pacjenci ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia kierowani są do etapu specjalistycznego programu, gdzie działania w w/w zakresie zostają poszerzone o dodatkowe testy, poradnictwo i ewentualne leczenie farmakologiczne lub terapię grupową.

Projekt programu nie zawiera działań skierowanych na edukację mieszkańców. W związku z tym, że edukacja zdrowotna stanowi obecnie istotny element polityki zdrowia publicznego i jedno z zadań samorządów lokalnych możliwe do realizacji przy niewielkim nakładzie finansowym, zasadnym jest prowadzenie działań edukacyjnych w ramach programów zdrowotnych. Wiele wytycznych, obecnie, wskazuje na wysoce istotne znaczenie działań edukacyjnych w prewencji chorób odtytoniowych jak np. POChP, szczególnie jeśli chodzi o palaczy i związane z nimi interwencje tytoniowe.

Warto podkreślić, że zgodnie z wytycznymi, istotne jest uświadomienie beneficjentowi programu zdrowotnego, iż zaprzestanie palenia jest podstawą pierwotnej i wtórnej profilaktyki POChP. Już w pierwszym roku po zaprzestaniu palenia może dojść do poprawy FEV1, a następnie tempo obniżania FEV1 może zbliżyć się do obserwowanego u osób niepalących. W tej kwestii, bardzo istotny jest wiek zaprzestania palenia. Najlepsze wyniki w zapobieganiu postępowi choroby osiąga się przy trwałym zaprzestaniu palenia przez chorego przed 40 r.ż. Powszechnie przyjętą metodą w rzucaniu palenia jest metoda minimalnej interwencji, zwana też metodą 5 „P”, gdzie wykonuje się również testy motywacji rzucenia palenia, test Fagerströma (ocena stopnia uzależnienia od nikotyny) oraz planuje się przeprowadzanie wizyt kontrolnych u potencjalnej jednostki. Metoda 5 „P” może być przyczyną ok. 2-5% trwale porzuconych nałogów palenia. Powinien ją stosować każdy lekarz w kontaktach z palącym nałogowo pacjentem. Dlatego też poradnictwo antynikotynowe, wykłady, spotkania edukacyjne prowadzone przez odpowiednio przeszkoloną jednostkę wydaje się być bardzo ważnym aspektem programów prewencji i wczesnego wykrywania POChP.

W przypadku działań związanych z wykrywaniem raka płuc należałoby się zastanowić nad stosowaniem RTG klatki piersiowej w okresie wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc. W przypadku działań związanych z wykrywaniem raka płuc, Wyniki przeglądu polskich i światowych rekomendacji dotyczących wczesnego wykrywania raka płuc można podsumować w następujący sposób:

- Badanie RTG klatki piersiowej i cytologiczne badanie płwociny uznano za nieefektywne metody przesiewowe w wykrywaniu nowotworów płuc.

- Polscy Eksperti nie są zgodni co do zasadności prowadzenia badania przesiewowych, pojawiały się zarówno głosy poparcia jak i sprzeciwu. Eksperti nie rekomendują stosowania w przesiewie badania RTG klatki piersiowej.
- Wydaje się, że metoda przesiewowa w postaci niskonapięciowej tomografii komputerowej jest obecnie złotym środkiem w populacji wysokiego ryzyka w kierunku wykrywania raka płuc. Jednak biorąc pod uwagę istnienie wielu wątpliwości nt. szkód związanych z danym skринingiem oraz kwestią uogólnienia wyników na całą populację konieczne są dalsze badania.

Organizacja

Zgodnie z informacjami podanymi przez autorów programu, mieszkańcy województwa lubuskiego będą mogli zgłosić się do programu bez skierowań, jedynie po uprzednim kontakcie telefonicznym i umówieniu się na konkretny termin. Podczas wizyty z każdą osobą zostanie przeprowadzony wywiad w celu oceny spełnienia kryteriów udziału w programie. Pozwoli to na ocenę czynników ryzyka, dodatkowo pozwoli wyjaśnić potrzebę wzięcia udziału w programie. Każdy pacjent, który zostanie zakwalifikowany przez lekarza do dalszego udziału w programie otrzyma skierowanie na odpowiednie badanie (RTG klatki piersiowej i/lub spirometrię) oraz zostanie wyznaczony termin drugiej konsultacji lekarskiej. Podczas trwania drugiej wizyty lekarskiej, pacjent otrzyma wynik badań wraz z opisem oraz otrzyma dalsze zalecenia dotyczące postępowania leczniczego.

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie otwartego konkursu ofert w celu wyboru realizatora programu. Przeprowadzenie procedury otwartego konkursu ofert, według której każdemu przysługuje prawo ubiegania się o realizację zadań finansowanych ze środków publicznych, a podmiot wnioskujący o ich przyznanie musi przedstawić ofertę zgodną z zasadami uczciwej konkurencji, gwarantuje wykonanie zadania w sposób efektywny i oszczędny.

Wnioskodawca określił jakie wymagania powinien spełniać realizator programu pod kątem kadry medycznej. Nie wymieniono natomiast minimalnych wymagań sprzętowych. Odpowiedniej jakości sprzęt zdecydowanie może poprawić możliwość prawidłowego odczytywania wyników przez lekarza radiologa czy też pulmonologa.

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie kampanii informacyjnej dotyczącej realizacji programu. Przeprowadzenie ww. akcji stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie.

Monitorowanie i ewaluacja

Autorzy programu odnieśli się do monitorowania oraz ewaluacji podejmowanych działań natomiast wskaźniki nie zostały podzielone na ocenę zgłaszalności, jakości oraz efektywności programu. Wszystkie wskaźniki zostały przedstawione łącznie co powoduje brak przejrzystości w kwestii odpowiedniego monitorowania i ewaluacji programu. Warty rozważenia byłby również fakt, wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za nadzorowanie prac nad gromadzeniem i klasyfikacją poszczególnych wskaźników. Korzystnie wpłynęłoby to na lepsze udokumentowanie efektów programu oraz do jego udoskonalenia i ewentualne modyfikacje.

Nie został dołączony żaden wzór ankiety ewaluacyjnej dla pacjenta, byłoby dobrym rozwiązaniem przeprowadzenie takiej ankiety przed oraz po przeprowadzeniu programu.

Warunki realizacji

Autorzy projektu programu nie zamieścili w nim budżetu, został on przesłany pismem DZ.II.9011.3.2015 z dnia 9.02.2015 r. [Zal. 5]. W projekcie programu oszacowano zarówno koszty jednostkowe, jak i wartość kosztów całkowitych. Na roczną realizację planowanych interwencji w populacji docelowej oszacowanej przez Autorów przeznaczono 200 tys. zł. Kwota 195 000 zł zostanie przeznaczona na badania, natomiast pozostałe 5 000 zł zostanie wykorzystane na promocje programu (koszt wydruku ulotek). Kwota przeznaczona na badania ta uwzględnia koszt dwóch konsultacji lekarskich, badań RTG klatki piersiowej oraz spirometrii. Koszty jednostkowe mogą wynieść od 40 zł (IV wariant) do 140 zł (III wariant) na jedną osobę. Wnioskodawca zakłada różne warianty postępowania z osobami zgłaszającymi się do programu, wydaje się to być słusznym podejściem co może korzystnie wpłynąć na wydatkowanie dostępnymi środkami.

Cały projekt zostanie sfinansowany z budżetu województwa lubuskiego.

Problem zdrowotny

Oceniany program odnosi się do konkretnego, dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego – wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).

Zgodnie ze stanowiskiem PTChP z 2014 r., definiuje się POChP jako „powszechnie występującą, przewlekłą chorobą poddającą się profilaktyce i leczeniu. Cechuje się utrwalonym ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe, które zazwyczaj postępuje i jest związane z nadmierną reakcją zapalną w oskrzelach i płucach w odpowiedzi na szkodliwe działanie gazów i pyłów, w Polsce najczęściej dymu tytoniowego. Zaostrzenia i obecność chorób współistniejących wpływają na przebieg POChP u poszczególnych chorych.”

Polskie zalecenia uściślają, że utrwalone ograniczenie przepływu powietrza dotyczy drobnych dróg oddechowych oraz uwypuklają, że najistotniejszym czynnikiem powodującym POChP jest właśnie palenie tytoniu.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, zgodnie z WHO, jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie, zaraz po niedokrwiennnej chorobie serca i udarze mózgu. Szacuje się, że w Polsce cierpi na nią 2 miliony osób, ale aż 80 proc. z nich nie wie o tym i nie leczy się. Z kolei śmiertelność z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc stale rośnie. Z jej powodu umiera co roku w Polsce ponad 15 tys. osób.

Rak płuc jest najczęstszą chorobą nowotworową wśród mężczyzn w Polsce, zarówno pod względem zapadalności, jak i liczby zgonów. Z kolei wśród kobiet stanowi on pierwszą przyczynę śmierci oraz drugą najczęstszą przyczynę zachorowalności zaraz po nowotworze sutka

Zgodnie z danymi zawartymi na stronie Krajowego Rejestru Nowotworowego, liczba zachorowań na nowotwory złośliwe płuca i oskrzeli wynosiła w 2011 roku prawie 21 tys. (dokładnie 20 805), z czego u mężczyzn 14 522 i 6283 zachorowania u kobiet. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest około 3 razy większe u mężczyzn niż u kobiet. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe płuca występuje po 50 roku życia (96% zachorowań u mężczyzn i 95% zachorowań u kobiet), przy czym około 50% zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 65 roku życia.

Ryzyko zachorowania raka płuca wzrasta z wiekiem osiągając szczyt u mężczyzn w ósmej dekadzie życia (455 na 100 tys. osób), u kobiet na przełomie szóstej i siódmej dekady życia (100 na 100 tys. osób).

Dominującym czynnikiem etiologicznym w rozwoju raka płuca są rakotwórcze substancje zawarte w dymie tytoniowym. Ocenia się, że czynne palenie jest przyczyną ~ 90% zachorowań. Zwiększone ryzyko zachorowania dotyczy także palenia biernego, które powoduje ~ 1/3 zachorowań na raka płuca u osób niepalących, mieszkających z palaczami tytoniu i ~ 1/4 zachorowań wśród pozostałych niepalących. Znacznie mniejsze znaczenie w etiologii raka płuca mają inne czynniki, takie jak: predyspozycja genetyczna czy narażenie na radon, azbest, przemysłowe zanieczyszczenia powietrza, metale ciężkie, promieniowanie jonizujące i niektóre substancje chemiczne.

Rak płuca prawdopodobnie rozwija się z komórki macierzystej o zdolności do wielokierunkowego różnicowania. W normalnych warunkach może się ona różnicować w kierunku komórek wyściełających drogi oddechowe, pneumocytów I lub II typu. Pod wpływem substancji rakotwórczych komórki te ulegają rozrostowi, metapłazji lub przemianie nowotworowej. Rozwój i progresja raka płuca są związane również z licznymi zaburzeniami molekularnymi, zwłaszcza mutacjami protoonkogenów i genów supresorowych.

W przypadku podejrzenia raka płuca, badanie podmiotowe składa się z wywiadu w kierunku objawów oraz palenia tytoniu, rodzinnego występowania nowotworów i narażenia zawodowego. Rak płuca we wczesnej fazie przebiega najczęściej bezobjawowo.

Alternatywne świadczenia

Alternatywnymi świadczeniami wobec RTG klatki piersiowej może być niskodawkowa tomografia komputerowa czy też cytologiczne badanie płwociny. Wydaje się, że metoda przesiewowa w postaci niskonapięciowej tomografii komputerowej jest obecnie złotym środkiem w populacji wysokiego ryzyka w kierunku wykrywania raka płuc. Jednak biorąc pod uwagę istnienie wielu wątpliwości nt. szkód związanych z danym skriningiem oraz kwestią uogólnienia wyników na całą populację konieczne są dalsze badania.

Ocena technologii medycznej

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc to zespół kliniczny, w którym współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc, różnie nasilone u poszczególnych chorych. POChP jest chorobą, której można zapobiegać i którą można leczyć, cechującą się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to zazwyczaj postępuje i jest związane z nieprawidłową reakcją zapalną płuc na szkodliwe gazy i pyły (najczęściej dym tytoniowy). Chociaż POChP toczy się w płucach ma również poważne następstwa ogólnoustrojowe.

Profilaktyka i wczesne wykrywanie POChP wpisują się w 6 cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego. W ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w wybranych zakładach opieki zdrowotnej realizowany jest „Program profilaktyki chorób odytoniowych (w tym POChP)”.

Podsumowanie wniosków z rekomendacji i wytycznych:

Zaprzestanie palenia jako profilaktyka pierwotna POChP:

- Zaprzestanie palenia jest jedynym środkiem o udowodnionej skuteczności w spowalnianiu rozwoju POChP, a jednocześnie interwencją najbardziej kosztowo-efektywną. Najlepsze wyniki w zapobieganiu postępowi choroby osiąga się przy trwałym zaprzestaniu palenia przez chorego przed 40 r.ż. Powszechnie przyjętą metodą w rzucaniu palenia jest metoda minimalnej interwencji, zwana też metodą 5 „P”.
- Lekarze powinni identyfikować osoby palące wśród swoich pacjentów oraz proponować im interwencje prowadzące do zaprzestania palenia, ma to potencjalnie istotny wpływ na wzrost wskaźnika rzucenia palenia.
- Rekomenduje się dokonywanie regularnej oceny oraz prowadzenie dokumentacji dotyczącej konsumpcji wyrobów tytoniowych u poszczególnych pacjentów (jako osoby właściwe do realizacji tego zadania często wskazywani są lekarze medycyny rodzinnej). Posiadanie kompletnej historii palenia danego pacjenta ma istotne znaczenie przy realizowaniu interwencji polegających na wspieraniu i motywowaniu w rzuceniu palenia, co skutkuje większym odsetkiem rzucania palenia.
- Do oceny stopnia uzależnienia od nikotyny oraz przewidywania krótko- i długotrwałej abstynencji od nikotyny rekomendowany jest test Fagerströma.
- Do krótkotrwałych działań efektywnych zaliczane są następujące interwencje:
 - a) na początkowych etapach zalecany jest pogłębiony wywiad z pacjentem oraz przedyskutowanie nawyków dotyczących palenia i uzyskanie informacji dotyczących wcześniejszych prób rzucania palenia,
 - b) systematyczne poradnictwo, trwające nie dłużej niż 3 minuty – jest to minimum jakie powinno zostać zagwarantowane osobie palącej w trakcie wizyt lekarskich,
 - c) poradnictwo w zakresie farmakoterapii
 - d) interwencje polegające na motywowaniu pacjentów
 - e) szczególnie często zalecana jest strategia 5P, w wytycznych australijskich pojawia się strategia ABC.
- Wyniki przeglądów systematycznych wskazują, że za wyjątkiem połączenia farmakoterapii z intensywnym i długotrwałym poradnictwem indywidualnym, powodzenie pozostałych interwencji jest niskie.¹²

Badanie przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii:

- Badanie spirometryczne nie jest rekomendowane jako masowe badanie przesiewowe w kierunku POChP u osób dorosłych, u których nie występują objawy ze strony układu oddechowego z uwagi na:
 - a) brak wystarczających dowodów skuteczności (także w populacji osób palących),
 - b) wysoki koszt alternatywny związany z wykonaniem badania – czas i wysiłek zarówno pacjenta jak i systemu służby zdrowia
 - c) mniejsza precyzyjność badania w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej

- Badanie spirometryczne jest rekomendowane dla osób, u których występują następujące objawy/czynniki ryzyka:
 - a) przewlekły kaszel,
 - b) odkrztuszanie plwociny,
 - c) świszczący oddech lub duszność,
 - d) stwierdzony w wywiadzie rodzinnym niedobór α 1-antytrypsyny,
 - e) palenie tytoniu (w tym narażenie na dym tytoniowy) – liczba paczkolet w poszczególnych rekomendacjach różni się, natomiast nigdy nie jest niższa niż 10.
 - f) nawracające, ostre, infekcyjne zapalenie oskrzeli
 - g) narażenie na pyły i środki chemiczne w środowisku pracy
- Najniższy sugerowany przez wytyczne wiek osób, narażonych na wyżej wymienione czynniki, u których rekomendowane jest przeprowadzenie badania spirometrycznego to 35 lat .
- Przesiewowe badania spirometryczne wykonuje się w populacji ogólnej lub wśród podopiecznych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w wielu krajach Europy. Z kolei w Stanach Zjednoczonych powtarzane są opinie o braku korzystnego wpływu takich działań na umieralność z powodu POChP.

Elementy wczesnej diagnostyki POChP:

- Aktualne zalecenia PTChP i GOLD sugerują, że POChP należy podejrzewać u każdej osoby po 40 r.ż., palącej od wielu lat papierosy lub narażonej na środowiskowe zanieczyszczenia powietrza, która kaszle i wykrztusza plwocinę (zazwyczaj rano; dolegliwości wieloletnie). Badanie spirometryczne jest podstawowym badaniem czynnościowym układu oddechowego służącym rozpoznaniu POChP, określeniu stopnia zaawansowania obturacji oskrzeli, ocenie ryzyka zaostrzeń choroby i oszacowaniu rokowania.
- Spirometria ma kluczowe znaczenie w diagnostyce POChP i w regularnej obserwacji pacjentów chorych na POChP. Powinna być dostępna w warunkach podstawowej opieki medycznej w celu wykrywania obturacji u pacjentów z objawami ze strony układu oddechowego. Badanie powinno być przeprowadzane przez wykwalifikowany personel na odpowiednio wykalibrowanym urządzeniu.
- Badanie RTG klatki piersiowej z reguły nie umożliwia wykrycia zmian związanych z obecnością POChP natomiast pozwala na wykrycie innych chorób, jak np. niewydolność serca, nowotwór płuc.
- Badanie RTG pozwala na zdiagnozowanie zaawansowanej postaci rozedmy.

W przypadku działań związanych z wykrywaniem raka płuc, wyniki przeglądu polskich i światowych rekomendacji dotyczących wczesnego wykrywania raka płuc można podsumować w następujący sposób:

- Badanie RTG klatki piersiowej i cytologiczne badanie plwociny uznano za nieefektywne metody przesiewowe w wykrywaniu nowotworów płuc.
- Polscy Eksperci nie są zgodni co do zasadności prowadzenia badania przesiewowych,

pojawiały się zarówno głosu poparcia jak i sprzeciwu. Eksperci nie rekomendują stosowania w przesiewie badania RTG klatki piersiowej.

- Wydaje się, że metoda przesiewowa w postaci niskonapięciowej tomografii komputerowej jest obecnie złotym środkiem w populacji wysokiego ryzyka w kierunku wykrywania raka płuc. Jednak biorąc pod uwagę istnienie wielu wątpliwości nt. szkód związanych z danym skринingiem oraz kwestią uogólnienia wyników na całą populację konieczne są dalsze badania.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-29/2015, „Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców województwa lubuskiego” realizowany przez: Województwo Lubuskie, Warszawa, marzec 2015 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, czerwiec 2012, „Programy wczesnego wykrywania raka płuca – wspólne podstawy oceny” Warszawa, maj 2014 r.