



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 114/2015 z dnia 22 czerwca 2015 r.
o projekcie programu „Program zdrowotny powiatu lipnowskiego
na lata 2015/20 19”.**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zdrowotny powiatu lipnowskiego na lata 2015/2019”

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy profilaktyki nowotworowej oraz profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych. W przedstawionym projekcie w sposób niewystarczający zdefiniowano problem zdrowotny oraz interwencje. W projekcie nie oszacowano populacji docelowej, co uniemożliwia dokładne zaplanowanie liczby badań oraz określenia budżetu na poszczególne interwencje. Kwestia ta bezwzględnie wymaga poprawy. Nie wskazano sposobu kwalifikacji oraz sposobu udzielania świadczeń w ramach programu. W programie zaplanowano przeprowadzenie działań profilaktycznych ukierunkowanych na 3 jednostki chorobowe, jednak nie doprecyzowano sposobu udzielania świadczeń w ramach programu, co wymaga poprawy. W tym przypadku warto zdefiniować czym jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców, aby móc odpowiedzieć na pytanie, czy realizacja programu przyczyniła się do poprawy stanu zdrowia mieszkańców powiatu. Natomiast ze względu na objęcie programem 3 różnych problemów zdrowotnych warto zastanowić się nad rozdzieleniem w programie celów szczegółowych, efektów i mierników w odniesieniu do każdego problemu zdrowotnego z osobna.

Cele przedstawione w projekcie zostały przedstawione w sposób rozległy, zaś oczekiwane efekty nie są z nimi spójne. Należy mieć na uwadze, że cele powinny ściśle dotyczyć zaplanowanych działań, jak również powinny być realne, mierzalne i mieć odzwierciedlenie w spodziewanych efektach. Również monitorowanie programu powinno zostać uzupełnione o harmonogram monitorowania oraz informację o zakresie zbieranych danych, które powinny zbierać również informacje potrzebne do oceny wskaźników efektywności, które pozwolą określić realny wpływ prowadzonych badań na zdrowie mieszkańców.

Budżet przeznaczony na realizację programu został przedstawiony bez przedstawienia kosztów jednostkowych oraz kosztów poszczególnych procedur medycznych, co uniemożliwia jego weryfikację i sprawdzenie, czy jest dostosowany do potrzeb zdrowotnych, adekwatny do wielkości populacji i zasadny w kontekście postawionych celów.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania raka jelita grubego, raka płuca oraz chorób sercowo-naczyniowych wśród mieszkańców powiatu lipnowskiego. Projekt będzie realizowany w latach 2015-2019, zaś całkowity budżet na jego realizację został określony na 350 000 zł



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedstawiony w projekcie problem zdrowotny odnosi się do 3 jednostek chorobowych: raka płuc, raka jelita grubego oraz chorób sercowo-naczyniowych. 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 nowotworów złośliwych oraz celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (NPZ 2007-2015), tj. zmniejszeniem zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”. W projekcie w sposób mało precyzyjny opisano problem zdrowotny.

W projekcie przedstawiono lokalne dane epidemiologiczne, które wskazują, że w powiecie umieralność z powodu chorób układu krążenia wynosi 1,279, zaś z powodu nowotworów złośliwych 1,161. Danych tych nie odniesiono jednak do ogólnej liczby mieszkańców powiatu oraz ogólnej umieralności, co utrudnia ocenę skali problemu w regionie.

W projekcie przedstawiono również dane pochodzące ze Szpitala Lipsko na przestrzeni lat 2012-2013. Zachorowalność na choroby układu krążenia obniżyła się. W roku 2012 odnotowano 2083 zachorowań, w 2013 r. ich liczba zmniejszyła się do poziomu 1924 zachorowań. Wskaźnik śmiertelności z powodu nowotworów również nieznacznie zmniejszył się: ze 160 osób w 2012 r. do 155 osób w 2013 r. Natomiast zachorowalność na nowotwory miała tendencję wzrostową. W roku 2012 odnotowano 492 przypadki, w 2013 r. – 517 przypadków.

Cele i efekty programu

W projekcie określono cele główne, którymi są poprawa stanu zdrowia mieszkańców powiatu Lipnowskiego oraz zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia, jak również zmniejszenie wskaźnika zachorowalności na nowotwór jelita grubego i raka płuc oraz na choroby układu krążenia. Dodatkowo określono 6 celów szczegółowych, które odnoszą się m.in. do zwiększenia poziomu wiedzy i świadomości oraz kształtowania prawidłowych postaw mieszkańców w odniesieniu do omawianych chorób. Wskazano również, że celem strategicznym jest obniżenie umieralności na najczęstsze nowotwory złośliwe oraz na choroby układu krążenia.

W projekcie określono również oczekiwane efekty, którymi są: wykonanie ankiet w kierunku w/w chorób u określonej liczby osób, wydłużenie przeciętnej oczekiwanej długości życia, zmniejszenie umieralności z powodu chorób nowotworowych i układu krążenia, podniesienie świadomości społecznej, zahamowania wzrostu nowych przypadków chorobowych oraz obniżenia kosztów związanych z leczeniem w/w chorób. Należy wskazać, że wykonanie ankiet nie może być oczekiwanym efektem, jest narzędziem służącym zbadaniu wielkości efektu, a rezultatem są wyniki otrzymane po wypełnieniu kwestionariuszy. W projekcie nie wskazano mierników efektywności.

Przedstawione cele oraz oczekiwane efekty zostały określone w sposób rozległy. Należy pamiętać, że cele stawiane w projekcie powinny mieć swoje odzwierciedlenie w oczekiwanych efektach. Założenia stawiane w projekcie powinny być mierzalne oraz realne. Oczekiwane efekty powinny być ściśle związane z postawionymi celami oraz przedstawiać spodziewane rezultaty w odniesieniu do przeprowadzonych działań. Należy mieć na uwadze, że efekty te powinny być widoczne głównie w populacji objętej programem oraz nie powinny przedstawiać działań możliwych do przeprowadzenia, a jedynie ich spodziewane rezultaty i wpływ na populację. Aby ocenić stopień realizacji celów należy

posłużyć się miernikami efektywności, które powinny w głównym stopniu odnosić się do liczby osób poddanych interwencji, liczby osób u których wykryto dana jednostkę chorobową we wczesnym stadium, liczby osób wykluczonych z programu z powodu przeciwdziałań lekarskich, zachorowalności na daną jednostkę chorobową w populacji osób poddanej badaniom, liczby hospitalizacji oraz wskaźnika umieralności, a także do zgłaszalności na badania profilaktyczne, która jest wynikiem prowadzonych działań edukacyjnych. W związku z tym przedstawione w projekcie cele i oczekiwane efekty powinny zostać przeformułowane, z uwzględnieniem powyższych uwag.

Populacja docelowa

Populację docelową w zależności od jednostki chorobowej stanowią:

- w kierunku choroby nowotworowej jelita grubego – mieszkańcy powiatu w wieku 45-70 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego oraz powyżej 25 r. ż należący do grup podwyższonego ryzyka, tj. mający krewnego I stopnia, u którego rozpoznano taka jelita grubego,
- w kierunku raka płuc – mieszkańcy powiatu w wieku 50-70 lat, które do tej pory nie zostały zdiagnozowane pod kątem raka płuc
- w kierunku chorób układu krążenia – mieszkańcy powiatu w wieku 46-65 lat, którzy do tej pory nie zostali zdiagnozowani pod kątem chorób układu krążenia i w wywiadzie długoletni okres palenia papierosów, otyłość.

W projekcie nie oszacowano liczebności populacji, którą planuje się objąć badaniami. Umieszczono jedynie informację na temat ankiety, która ma zostać przeprowadzona u 1 500 osób pod kątem chorób nowotworowych oraz u 1 000 pod kątem chorób układu krążenia. Nie określono jednak, czy ankieta będzie miała charakter kwalifikacji do badań, czy będzie stanowiła część interwencji. Warto byłoby rozważyć określenie liczby uczestników programu proporcjonalnie do liczby zachorowań i zgonów z powodu omawianych chorób rejestrowanych w powiecie.

W projekcie przedstawiono ogólną liczbę mieszkańców powiatu lipnowskiego, która wynosi 67 118 osób. Warto byłoby oszacować liczebność poszczególnych populacji docelowych oraz określić odsetek osób, które planuje się poddać interwencjom.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi profilaktyczne badanie kolonoskopowe powinno być wykonywane co 10 lat począwszy od 50 r. ż. U pacjentów z niskim i średnim ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego badanie kolonoskopii powinno się wykonywać częściej.

Badania przesiewowe w kierunku raka płuca z użyciem niskonapięciowej tomografii komputerowej są rekomendowane przez naukowe towarzystwa amerykańskie, szczególnie dla grupy wysokiego ryzyka, gdzie efekty badania są najbardziej skuteczne. Populację tą stanowią osoby palące w wieku 55-80 lat.

Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych programy przesiewowe w kierunku chorób układu krążenia oraz cukrzycy skierowane powinny być do populacji ogólnej w średnim wieku, w której najczęściej mają swój początek choroby cywilizacyjne.

Wymaga podkreślenia fakt, że grupa chorych dotychczas nie korzystających ze świadczeń poradni kardiologicznej jest grupą, do której w części konieczne będzie dotarcie ścieżkami poza medycznymi. Nie wynika to wprost z programu, ale istotne będzie doprecyzowanie trybu zapraszania do programu.

Interwencja

W projekcie w sposób mało precyzyjny określono planowane interwencje. Nie odniesiono się do liczby zaplanowanych badań oraz sposobu kwalifikacji, zaś informacja o interwencjach została zamieszczona w części poświęconej celom programu. Nie odniesiono się również do znaczenia i specyfiki zaplanowanych interwencji w odniesieniu do problemu zdrowotnego

W ramach diagnostyki nowotworu jelita grubego ma zostać wykonana kolonoskopia, w tym ewentualne usunięcie zmian przedrakowych lub pobranie wycinków. W projekcie nie wskazano, czy będzie możliwe wykonanie kolonoskopii w znieczuleniu. Taka możliwość mogłaby pozytywnie wpłynąć na zgłaszalność do badania. W projekcie nie uwzględniono również, czy pacjent będzie poinformowany o sposobie przygotowania się do badania, co również wymaga uzupełnienia.

W ramach wykrywania raka płuc zaplanowano wykonanie tomografii komputerowej klatki piersiowej oraz badań krwi: OB i morfologii. Nie określono dokładnie czy interwencję będzie stanowić niskodawkowa tomografia komputerowa, czy inna interwencja.

Diagnostyka chorób układu krążenia opierać się będzie na badaniach krwi (oznaczenie poziomu cholesterolu LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy), pomiarze ciśnienia krwi, EKG, Holterze i określeniu wskaźnika BMI.

Przedstawione w programie interwencje są świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych, co może powodować dublowanie się świadczeń. Wskazane byłoby określenie jasnych kryteriów kwalifikacji do badań oraz próba dotarcia do osób, dla których korzystanie z w/w badań może być ograniczone oraz zasady odstąpienia od badania, jeśli uczestnik programu posiada aktualny wynik badania. Prawidłowo zaplanowane działania powinny skupiać się na zwiększaniu dostępności do wymienionych badań przesiewowych. Dlatego też istotnym elementem jest odpowiednio przeprowadzona kampania informacyjna, która pozwoli na objęcie badaniem jak największą liczbę osób.

Dodatkowo należy pamiętać o odpowiednim zakończeniu uczestnictwa pacjenta w programie i ewentualnej kontynuacji świadczeń. W przypadku podejrzenia zmian o charakterze nowotworowym warto dołożyć starań, aby właściwie poinformować pacjenta o dalszych działaniach, które należy podjąć celem uzyskania leczenia. Pozostawienie pacjenta z wynikiem badania, ale bez dalszych instrukcji może budzić wątpliwości natury etycznej. Należy także zaplanować postępowania w przypadku postawienia diagnozy u pacjenta, który nie zgłosił się po wynik badania, a potencjalnie będzie wymagać dalszej diagnostyki lub leczenia.

W ramach programu warto byłoby rozważyć prowadzenie odrębnych działań z zakresu profilaktyki pierwszej fazy, polegające na zorganizowaniu spotkań edukacyjnych na temat w/w chorób z osobami z danych populacji. Działania te powinny skupiać się w głównym stopniu na przekazaniu informacji na temat zapobiegania zachorowaniom na określone choroby oraz propagowaniu zdrowego stylu życia. Prowadzenie działań edukacyjnych może przyczynić się do znacznej poprawy stanu zdrowia w populacji oraz zwiększyć zgłaszalność na badania profilaktyczne.

Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do programu ma zostać oparta o liczbę osób objętych działaniami programu oraz liczbę osób, które zgłosiły się do programu. Warto byłoby również określić liczbę osób, które nie wzięły udziału w badaniach z powodu przeciwwskazań lekarskich. I odnieść te wartości do liczby osób, które planuje się objąć programem.

Ocena jakości udzielonych świadczeń zostanie określona na podstawie wyników ankiety dotyczącej poziomu zadowolenia z przeprowadzonych świadczeń.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie liczby wykonanych badań, liczby osób z prawidłowymi wynikami badań oraz liczby osób wymagających dalszych procedur diagnostycznych. Dodatkowo warto byłoby określić wskaźniki m.in. osiągalność kątnicy, wskaźnik wykrywania gruczolaków – ADR, liczby wykonanych polipektomii, liczby wykrytych i potwierdzonych nowotworów, liczby osób skierowanych do dalszej diagnostyki i/lub leczenia, liczby hospitalizacji z powodu w/w chorób, umieralność oraz zgłaszalność do badań profilaktycznych.

Istotnym elementem jest również ewaluacja programu w późniejszych latach, która pozwoli na sprawdzenie oddziaływania podjętych działań na zdrowie mieszkańców oraz umożliwi obiektywną ocenę programu i skorygowanie ewentualnych błędów w kolejnych latach.

Warunki realizacji

Program uwzględnia 3 różne problemy zdrowotne wymagające różnego zaopatrzenia. Należałoby się zastanowić nad organizacją programu, która pozwoli na jego sprawną realizację.

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Nie określono jednak jakie kompetencje powinien posiadać realizator oraz jakie są niezbędne warunki do udzielania zaplanowanych świadczeń, co wymaga uzupełnienia. W projekcie nie określono również sposobu w jaki mieszkańcy będą mogli zgłaszać się do programu oraz sposobu zakończenia udziału.

W programie zaplanowano przeprowadzenie kampanii promocyjno-informacyjnej dotyczącej realizacji programu. Przeprowadzenie w/w akcji stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie. Działania te mają polegać na informacjach zamieszczonych w lokalnych mediach, na stronie internetowej starostwa powiatowego. Dobrym rozwiązaniem wydaje się również poinformowanie zakładów pracy oraz propagowanie programu na lokalnych imprezach kulturalnych.

Nie określono również w programie sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych. Nie jest jasne czy i w jaki sposób działania, które są przewidziane w programie będą uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych. Jeśli program ma na celu zwiększenie dostępności do świadczeń, to warto upewnić się, że realizacja programu nie prowadzi do udzielania świadczenia osobom, które ich aktualnie nie wymagają.

Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 350 000 zł z podziałem na poszczególne lata. Nie wskazano kosztów jednostkowych przypadających na jednego uczestnika programu, co powinno zostać uzupełnione. Przedstawiony kosztorys nie przedstawia również kosztów związanych z poszczególnymi badaniami, w związku z tym utrudnione jest sprawdzenie, czy budżet jest wystarczający na realizację zaplanowanych działań. W projekcie budżetu zaplanowano środki niezbędne na promocję programu w postaci broszurek. W przypadku rozszerzenia działań programu o akcję edukacyjną należałoby również w kosztorysie ująć dodatkowo tę pozycję. Z opisu projektu programu wynika, że planuje się informowanie mieszkańców powiatu lipnowskiego poprzez chociażby media lokalne. Na ten cel również należałoby oszacować koszty i włączyć do całości budżetu.

Program jest przewidziany łącznie na 5 lat. Należy jednak zaznaczyć, że w latach 2015-2017 program będzie dotyczył wszystkich zagadnień tj. raka płuc, jelita grubego oraz chorób układu krążenia, natomiast w latach 2017-2019 jest już tylko przewidziana akcja dla wykrywania chorób układu krążenia.

W przypadku prób obniżenia poziomu zachorowalności oraz umieralności sugeruje się tworzenie wieloletnich programów profilaktyki z uwagi na fakt, że tylko długofalowe działania w tym zakresie są w stanie przynieść efekty populacyjne w postaci obniżenia współczynników umieralności lub też zachorowalności.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rak jelita grubego

Rak jelita grubego jest nowotworem, którego czynniki etiologiczne nie zostały do końca poznane. Do najczęstszych czynników ryzyka zalicza się polipy gruczołowe jelita grubego, choroby zapalne jelita grubego, czynnik środowiskowe (dieta i brak aktywności fizycznej) oraz wiek (powyżej 50 r.ż). Rozpoznanie nowotworu jelita grubego opiera się na badaniu podmiotowym, przedmiotowym oraz badaniach dodatkowych. W przypadkach nowotworu odbytnicy często zgłaszaną dolegliwością jest odczuwanie uciążliwego parcia na stolec i kilkakrotne w ciągu doby oddawanie niewielkich objętości stolca z domieszką śluzu lub krwi, co niekiedy nazywane jest „pseudobiegunką”. Celem ustalenia rozpoznania, należy wykonać:

- badanie przedmiotowe jamy brzusznej,
- badanie *per rectum*,
- badania endoskopowe (rektoskopia, fibroskopia – FS, kolonoskopia),
- badanie materiału biopsyjnego pobranego podczas endoskopii

Rak jelita grubego zajmuje obecnie 2 miejsce w Polsce wśród przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Zapadalność i umieralność na ten nowotwór nadal rośnie. W 2012 roku liczba zgonów na nowotwór złośliwy jelita grubego wynosiła 7 386, zaś liczba zachorowań wynosiła 9 755. W tym samym roku standaryzowane współczynniki zachorowalności wynosiły 28/100 000/rok dla kobiet i 44,7/100 000/rok dla mężczyzn. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe występuje i osób po 50 r.ż (94%) przy czym ponad 75% zachorowań u obu płci przypada na populację osób starszych po 60 r.ż.

Rak płuc

Rak płuc jest to oskrzelopochodny nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka dróg oddechowych. Stanowi on zdecydowaną większość nowotworów płuca i jest najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce zarówno pod względem liczby zachorowań. Dominującym czynnikiem etiologicznym w rozwoju raka są rakotwórcze substancje zawarte w dymie tytoniowym. 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 jest najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce, zarówno pod względem liczby zachorowań jak i liczby zgonów. Nowotwory złośliwe płuca stanowią około 21% zachorowań u mężczyzn i 9% u kobiet. W roku 2012 liczba zachorowań wynosiła 21 000. Ryzyko zachorowania jest około 3 razy większe u mężczyzn niż u kobiet, zaś większość przypadków występuje po 50r. ż. Nowotwory złośliwe płuca powodują u mężczyzn około 31% zgonów, u kobiet 15% zgonów nowotworowych, wyprzedzając tym samym raka piersi. Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych płuca wynosiła w 2010 roku ponad 22 000, z czego ponad 16 000 u mężczyzn i ponad 6 100 u kobiet

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. W kolejnych fazach mogą pojawić się objawy zależne od guza pierwotnego takie jak: kaszel, duszność, krwioplucie, bóle w klatce piersiowej, chrypka, nawrotowe i przedłużające się zapalenia płuc. Ponadto objawom tym mogą towarzyszyć symptomy związane z ogólnym stanem organizmu takie jak: bóle stawowe, ogólne osłabienie, utrata masy ciała.

Głównymi metodami diagnostycznymi jest badanie radiologiczne, badanie płwociny i tomografia komputerowa.

Choroby układu sercowo-naczyniowego

Choroby układu sercowo-naczyniowego są obecnie jedną z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych oraz są jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów. Choroby te obejmują chorobę niedokrwinną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną.

Nadciśnienie tętnicze charakteryzuje się stałym lub okresowym podwyższeniem ciśnienia tętniczego krwi. Wyróżnia się dwa stopnie nadciśnienia tętniczego. I stopień określa się, gdy ciśnienie skurczowe wynosi 140-159 mmHg, a rozkurczowe 90-99 mmHg. Stopień II natomiast przyjmuje wartości dla ciśnienia skurczowego >160 mmHg, a rozkurczowego >100 mmHg.

We wczesnym okresie nadciśnienia tętniczego u większości chorych nie występują żadne objawy związane ze zwiększonym ciśnieniem tętniczym krwi, jednak taki długotrwały stan prowadzi do nadciśnieniowej choroby serca oraz innych powikłań.

Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga otyłość

Badania epidemiologiczne wskazują na wciąż niezadawalającą wykrywalność i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego. Dlatego w ostatnich latach podkreśla się konieczność edukacji chorych na nadciśnienie tętnicze, która powinna stanowić element terapii nadciśnienia tętniczego.

Alternatywne świadczenia

Rak jelita grubego

Badania diagnostyczne wykonywane w celu wczesnego wykrycia raka jelita grubego (badanie przedmiotowe, badanie *per rectum*. Badania endoskopowe, badania laboratoryjne i histopatologiczne) są świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków publicznych.

Dodatkowo w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych istnieje Program Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego (PBP), w ramach którego od 2000 roku wykonywana jest bezpłatna profilaktyczna kolonoskopia. Od 2012 roku w ramach PBP wysyłane są imienne, jednokrotne zaproszenia na kolonoskopię do osób w wieku 55–64 lata.

W zakresie Programu wykonywane są badania kolonoskopowe w 2 systemach:

- oportunistycznym (badanie wykonywane raz na 10 lat), skierowanym do osób bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego oraz osób w wieku 40-65 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego, osób w wieku 25-65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego nie związanego z polipowatością); dodatkową zaletą programu jest wykonywanie badania raz na 10 lat oraz fakt, że wcześniej wykryte zmiany mają szansę być usunięte już podczas badania (polipy).
- zapraszania (raz na całe życie), skierowanym do osób bez objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego w wieku 55-64 lat oraz osób z objawami choroby, jeśli otrzymały na nie zaproszenie¹³.

Rak płuc

Jedynymi zalecanymi świadczeniami, które są rekomendowane przez towarzystwa naukowe to profilaktyka pierwszorzędowa czyli uświadamianie osób, promowanie prozdrowotnego trybu życia oraz prowadzenie akcji związanych chociażby z zaprzestaniem palenia tytoniu (w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych). RTG klatki piersiowej, na podstawie rekomendacji, należy uznać za metodę nieskuteczną w przypadku wykrywania raka płuc.

Choroby układu sercowo-naczyniowego

W Polsce realizowany jest Program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK), który adresowany jest do osób w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu. W trakcie wizyty lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje: badanie biochemiczne krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu glukozy), pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz określa BMI. Osoby u których rozpoznano chorobę układu krążenia, w zależności od wskazań medycznych, zostają skierowani (poza Programem) na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z NFZ umowę o udzielanie odpowiednich rodzajów świadczeń.

Ocena technologii medycznej

Rak jelita grubego

Głównym celem prowadzenia badań przesiewowych jest częstsze wykrywanie nowotworów złośliwych we wczesnych stadiach zaawansowania oraz obniżenie umieralności z powodu raka jelita grubego.

Z odnalezionych rekomendacji i opinii eksperckich wynika, że najlepszą metodą wykrywania raka jelita grubego jest kolonoskopia. Jako alternatywne metody diagnostyczne zaleca się wykonywanie testu na krew utajoną w kale, sigmoidfiberoskopię oraz wlewu doodbytniczego z barytu. Profilaktyczne badanie kolonoskopowe powinno być wykonywane co 10 lat począwszy od 50 r.ż. U pacjentów z niskim i średnim ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego badanie kolonoskopii powinno się wykonywać częściej.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej swoich zaleceniach z 2013 r. określiło, że standardem postępowania w przypadku prowadzenia badań przesiewowych jest wykonanie badania kału na krew utajoną co 12 miesięcy: 2 próbki z 3 kolejnych stolców (wynik pozytywny 1 na 6 jest wskazaniem do kolonoskopii); przeprowadzenie sigmoidoskopii co 5 lat; przeprowadzenie kolonoskopii co 10 lat — w przypadku wykrycia zmiany polipowatej

należy wykonywać kontrolną kolonoskopię po 12 miesiącach oraz ewentualnie badanie jelita z podwójnym kontrastem co 5–10 lat. Wskazaniem do wykonania badania przesiewowego jest osiągnięcie 50 r.ż. oraz obciążenie rodzinne.

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego powinny być prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, zaś czas prowadzenia programów powinien być możliwie jak najdłuższy.

Programy przesiewowe w kierunku wykrywania raka jelita grubego powinny być skierowane do osób w wieku 55-64 lata w populacji ogólnej; u osób z ryzykiem wystąpienia dziedzicznego nowotworu zaleca się wykonywania badań już od 40 r.ż., a u osób z zespołem Lyncha w wieku od 25 do 65 lat.

Budżet przeznaczony na realizację takich programów powinien zapewniać realizację na poziomie minimum 500 kolonoskopii przesiewowych w miastach <200 000 mieszkańców i minimum 1 000 kolonoskopii w miastach >200 000 mieszkańców.

Rak płuc

Z odnalezionych przeglądów systematycznych dotyczących wczesnej diagnostyki raka płuca wynika, że badanie radiologiczne klatki piersiowej oraz badanie cytologiczne płwociny uznano za nieefektywną metodę przesiewową. Wykrycie wczesnego stadium raka płuc jest możliwe dzięki zastosowaniu tomografii komputerowej o niskich dawkach promieniowania. Badania przesiewowe w kierunku raka płuca z użyciem niskonapięciowej tomografii komputerowej są rekomendowane przez naukowe towarzystwa amerykańskie, szczególnie dla grupy wysokiego ryzyka, gdzie efekty badania są najbardziej skuteczne. Populację tą stanowią osoby w wieku 55-80 lat, z statusem palenia co najmniej 30 paczkolet, bez objawów choroby nowotworowej, obecnie palący lub byli palacze z przerwą nie większą niż 15 lat od zaprzestania palenia. Zastosowanie niskodawkowej TK może wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności w danej populacji nawet o 20% w porównaniu do interwencji RTG klatki piersiowej, gdzie takich zmian się nie wskazuje.

Różnorodność wyników badań dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa stosowania tomografii jako metody przesiewowej może budzić wiele wątpliwości. Dlatego też decyzja o tej metodzie diagnostyki powinna być świadomą decyzją pacjenta podjęta w porozumieniu z lekarzem. Dlatego też duże znaczenie przypisuje się rozwojowi poradnictwa w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc. W większości badań podkreśla się, że programy przesiewowe w kierunku raka płuc powinny zawierać zaplanowaną edukację czy doradztwo dot. zaprzestania palenia tytoniu wśród osób narażonych na raka płuc dla zwiększenia efektywności kosztowej

Według szacunków amerykańskich analiz ekonomicznych, aby uniknąć jednego przedwczesnego zgonu z powodu raka płuc i tym samym poprawić jego jakość, koszt badań przesiewowych może wynosić od 50 tys. do ponad 2 mln dolarów za QALY.

Choroby układu sercowo-naczyniowego

Choroby sercowo-naczyniowe są jedną z głównych przyczyn zgonów w Polsce. Badania epidemiologiczne i socjomedyczne pokazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia. Są to: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, stres.

Realizacja działań mających na celu wczesne wykrywanie chorób sercowo-naczyniowych wpisuje się w priorytet zdrowotny „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej

umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”, określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r.

Odnalezione dowody naukowe jednoznacznie wskazują, że zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym jest ściśle związane z prowadzeniem zdrowego i aktywnego trybu życia. W związku z tym istotnym elementem samorządowych programów polityki zdrowotnej jest prowadzenie działań edukacyjnych, mających na celu uświadomienie populacji na temat ryzyka występowania chorób układu krążenia.

W związku z narastającymi problemami zdrowotnymi wśród coraz młodszej populacji zasadne wydaje się rozważenie przez samorzady i władze szkolne skierowania działań kształtujących zdrowy styl życia również do młodszego pokolenia.

Badania przesiewowe powinny być realizowane u osób z grup ryzyka, do których należą m.in. osoby palące papierosy, z otyłością, o malej aktywności fizycznej.

Z odnalezionych dowód naukowych wynika, że w przypadku osób bezobjawowych ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wykorzystujące tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, HDL-C, ciśnienie krwi, status palenia.

Z opinii ekspertów wynika, że prowadzenie działań profilaktycznych mających na celu zmniejszenie zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe ma kluczowe znaczenie dla poprawy zdrowia populacji. Zdaniem ekspertów klinicznych czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych jest bardzo istotne z uwagi na fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo.

Programu profilaktyczne wymagają też dobrze skonstruowanego systemu monitorowania, który określi efektywność działań jak również wskaże istotne błędy wymagające korekty w kolejnych edycjach programów profilaktycznych.

Wytyczne zgodnie wskazują, że badania przesiewowe powinny być procesem długofalowym obejmującym jak najszerszą część populacji.

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-441-111/2015, „Program zdrowotny powiatu lipnowskiego na lata 2015/2019”, Warszawa, czerwiec 2015r. oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, luty 2013; „Programy wczesnego wykrywania raka płuca – wspólne podstawy oceny”, maj 2014, „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, maj 2015