



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 194/2016 z dnia 10 października 2016 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki  
zdrowotnej Miasta i Gminy Buk na lata 2017-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej Miasta i Gminy Buk na lata 2017-2020”

**Uzasadnienie**

Negatywna opinia Prezesa Agencji uwarunkowana jest mnogością braków oraz nieściśłości w przedstawionym projekcie programu polityki zdrowotnej. Nadane dokumenty nie zawierają opisu podstawowych elementów programu, m.in. populacji docelowej, interwencji i budżetu.

W zakresie poszczególnych części programu poniżej wskazano zastrzeżenia do przedstawionych treści.

Projekt nie określa precyzyjnie problemu zdrowotnego, do którego się odnosi, nie wskazano również aktualnych danych epidemiologicznych, które wskazywałyby na potrzebę realizacji danych działań.

Cele programowe zostały określone ogólnie i mogą być niemożliwe do realizacji. Mierniki efektywności natomiast w obecnym kształcie nie spełniają swojej roli.

Opis populacji docelowej nie zawiera oszacowań dotyczących potencjalnej liczby uczestników. Brak jest także wskazania kryteriów kwalifikacji do poszczególnych części programu. Stanowi to poważne ograniczenie projektu, gdyż określenie populacji docelowej jest podstawą do zaplanowania rekomendowanych interwencji oraz zaplanowania budżetu.

W zakresie interwencji zaplanowano badania z zakresu kilku problemów zdrowotnych. Nie wskazano jednak sposobu realizacji tych świadczeń oraz ich liczby. Nie opisano także szczegółów dotyczących planowanej edukacji zdrowotnej.

Należy także wskazać, że zaplanowane w projekcie badania są obecnie finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych oraz częściowo w ramach programów populacyjnych, zatem istnieje ryzyko ich podwójnego finansowania.

Zaplanowane w projekcie monitorowanie jest niepoprawne. Brakuje także opisu ewaluacji programu.

W ramach budżetu przedstawiono jedynie orientacyjny roczny koszt całkowity. Nie wskazano kosztów poszczególnych składowych programu. Stanowi to ograniczenie programu, gdyż niemożliwa jest weryfikacja, czy zaplanowane środki będą wykorzystywane efektywnie.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu choroby gruczołu tarczowego, choroby płuc, układu krążenia, nowotwory gruczołu krokowego, szyjki macicy, piersi, jelita grubego i cukrzycy. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi ok. 100 000 zł rocznie, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.



Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

W projekcie nie określono poszczególnych jednostek chorobowych jakich dotyczą elementy programu. Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób pobieżny i niedokładny. Nie przedstawiono także lokalnych danych epidemiologicznych odnoszących się do poszczególnych zagadnień zawartych w problemie zdrowotnym.

Pobieżne dane krajowe i globalne zawarte w projekcie programu dotyczą jedynie chorób tarczycy i nowotworów piersi. Dodatkowo pobieżnie powołano się na dane badania EUROCARE-3, według którego „odsetek 5-letnich przeżyć względnych (statystycznie utożsamianych z wyleczeniem) Polek, u których raka piersi rozpoznano w latach 1990-1994, wyniósł ok. 63%. Dla porównania, w niektórych krajach europejskich odsetki przeżyć 5-letnich przekraczają 80%, a w Stanach Zjednoczonych są bliskie 90%”. Należy mieć na względzie, że dane epidemiologiczne powinny przedstawiać możliwie najaktualniejszą sytuację w regionie.

Zasadne jest zatem uzupełnienie opisu problemu zdrowotnego o konkretne problemy zdrowotne (choroby) których program będzie dotyczyć oraz wskazanie aktualnych i wiarygodnych danych epidemiologicznych.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia oraz zmniejszenie różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych mieszkańców Miasta i Gminy Buk. Dodatkowo określono 8 celów szczegółowych. Należy wskazać, że cel główny został określony w sposób rozległy i ogólny, co może utrudnić jego realizację. Warto aby cele konstruowane były z zachowaniem zasady SMART, wg której cel powinien być konkretny, mierzalny, osiągalny, realny i określony w czasie.

Poszczególne cele szczegółowe odnoszą się do profilaktyki m.in. chorób tarczycy czy też chorób płuc u osób z grup ryzyka. Niejasnym wydaje się fakt, że w ramach programu planuje prowadzić wczesne wykrywanie głównych czynników ryzyka występowania poszczególnych chorób (np. „wczesne wykrywanie głównych czynników ryzyka chorób płuc dzięki badaniom profilaktycznym” w populacjach, określonych już jako grupy ryzyka). Należałoby tą kwestię wyjaśnić i doprecyzować.

W związku z tym, że nie wiadomo ile osób ma być objętych programem, nie jest możliwe odniesienie się do tego czy zaplanowane w ramach programu działania będą skutkować długofalowymi efektami zdrowotnymi, a także czy czas realizacji pozwoli na uzyskanie efektów, utrzymujących się po zakończeniu.

W projekcie określono mierniki efektywności. Należy jednak stwierdzić, że nie odnoszą się one precyzyjnie do przeprowadzonych interwencji zatem nie jest możliwa obiektywna i dokładna ocena stopnia realizacji celów. Projekt wymaga uzupełnienia w tym zakresie.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy Miasta i Gminy Buk. W projekcie nie określono wielkości populacji oraz wieku osób włączanych do programu osób, co uniemożliwia szczegółowe odniesienie założeń projektu do zaleceń/wytycznych. Jest to szczególnie istotne w przypadku bardzo zróżnicowanych składowych programu. Należy pamiętać, że program ma być wielokomponentowy tj. zawierać w sobie działania profilaktyczne z różnych zakresów m.in. onkologii, diabetologii czy też kardiologii. Należy zatem uzupełnić projekt programu o brakujące elementarne składowe dobrze zaprojektowanego programu polityki zdrowotnej.

W projekcie programu nie określono również kryteriów włączenia. Nie jest zatem jasne na podstawie czego będą kwalifikowani uczestnicy programu.

### Interwencja

Projekt programu przewiduje działania w obrębie kilku problemów zdrowotnych, w tym profilaktykę:

1. chorób układu krążenia (m.in. EKG, lipidogram, cholesterol, trójglicerydy),
2. nowotworów prostaty (m.in. PSA, USG, badanie per rectum)
3. chorób płuc (m.in. RTG płuc, marker CA 125),
4. cukrzycy (m.in. oznaczanie cukru we krwi, cukru w moczu, hemoglobina glikowana Hb1Ac),
5. chorób tarczycy (m.in. oznaczenie we krwi poziomu hormonu TSH),
6. nowotworów piersi (m.in. badanie mammograficzne),
7. nowotworów jelita grubego (m.in. test na obecność krwi utajonej w kale, kolonoskopia),
8. nowotworów szyjki macicy (m.in. badanie cytologiczne).

W ramach weryfikacji programu odniesiono zaplanowane interwencje do zaleceń i rekomendacji klinicznych. Część z zaplanowanych działań znajduje swoje potwierdzenie w odnalezionych dokumentach (m.in. w zakresie raka jelita grubego, raka piersi, raka szyjki macicy). Należy jednak podkreślić, że ze względu na brak informacji o sposobie (liczby i rodzaju badań u poszczególnych uczestników) prowadzenia działań oraz populacji (wiek, czynniki ryzyka), która kwalifikować się będzie do poszczególnych części programu niemożliwe jest jednoznaczne stwierdzenie poprawności tych działań.

Należy również wskazać, że zaplanowane badania stanowią świadczenia gwarantowane, finansowane ze środków publicznych (w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej), w związku z czym istnieje ryzyko ich podwójnego finansowania. Ponadto dla części wskazanych problemów zdrowotnych prowadzone są ogólnopolskie programy populacyjne. Należy również podkreślić, że działania w ramach programów polityki zdrowotnej powinny wspierać świadczenia już dostępne i stanowić ich uzupełnienie.

Projekt zakłada również prowadzenie działań edukacyjnych, jednak kwestia ta nie została doprecyzowana. Brakuje szczegółów dot. m.in. zakresu tematycznego, formy edukacji oraz osoby odpowiedzialnej za jej przeprowadzenie.

### Ad. 1

Eksperti kliniczni wskazują na brak zasadności wykonania badania EKG w populacji osób bezobjawowych w ramach oceny ryzyka chorób sercowo naczyniowych. Wytyczne kliniczne dodatkowo wskazują, że badanie EKG powinno być powiązane z próbą wysiłkową.

Należy wskazać, że problem chorób układu krążenia jest problemem szerokim i istotne jest podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie zachorowań i umieralności oraz ograniczanie występowania czynników ryzyka. Ważne jest jednak, aby działania na szczeblach samorządowych nie powielają działań realizowanych w skali krajowych, a stanowiły dla nich wsparcie. Ważne jest zatem edukowanie lokalnej społeczności, informowanie o dostępnych świadczeniach oraz podnoszenie wagi zmiany stylu życia oraz dbania o zdrowie.

### Ad.2

Wszystkie odnalezione wytyczne wskazują na brak dostępnych danych pozwalających uznać za uzasadnione prowadzenie populacyjnego skriningu w kierunku raka stercza u bezobjawowych mężczyzn.

W wytycznych zwraca się uwagę na istotność przedstawiania pacjentom rzetelnych informacji w zakresie korzyści oraz ryzyka związanego z udziałem w badaniu przesiewowym w kierunku raka stercza. Na podstawie tych informacji oraz rozmowy z lekarzem pacjent powinien osobiście podejmować świadomą decyzję co do udziału w badaniu.

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia istnieją dwa kluczowe czynniki wczesnego wykrywania nowotworu, mianowicie edukacja w zakresie promocji wczesnej diagnostyki oraz badania przesiewowe. Edukacja zdrowotna wielokrotnie, w opiniach Prezesa Agencji, wskazywana jest jako wartość dodana dla realizacji programu polityki zdrowotnej przy niewielkim nakładzie finansowym. W związku z powyższym, działania te w ramach kampanii informacyjnej w projekcie programu są jak najbardziej uzasadnione. Należy mieć jednak na uwadze, aby działania edukacyjne skierowane były do całej populacji mężczyzn.

#### Ad.3

Następną grupę interwencji przewidzianych w ramach programu stanowią edukacja oraz RTG płuc oraz oznaczanie markera CA 125 w ramach wczesnego wykrywania chorób płuc. W projekcie nie określono jakich chorób płuc będą dotyczyć interwencje zawarte w ramach programu.

Jak wskazują wytyczne Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dot. gruźlicy, wskazaniem do wykonania zdjęcia radiologicznego jest kaszel trwający powyżej 3 tygodni. Zaznacza się też, że badania przesiewowe w kierunku gruźlicy powinny skupiać się na grupach wysokiego ryzyka: osoby bezdomne, imigranci z terenów o wysokiej zapadalności na gruźlicę lub osoby będące w bliskim kontakcie z osobami chorymi bądź osoby z poważnymi chorobami immunologicznymi, jak np. HIV.

Badanie RTG klatki piersiowej oraz oznaczenie markeru nowotworowego CA-125 znano za nieefektywną metodę przesiewową w wykrywaniu nowotworów płuc.

#### Ad. 4

Kolejną grupę interwencji w ramach programu mają stanowić działania edukacyjne oraz badania określające stężenie cukru we krwi, w moczu, oznaczanie hemoglobiny glikowanej Hb1Ac w ramach wczesnego wykrywania cukrzycy.

Według wytycznych UPSTF rekomenduje się skryning w kierunku nieprawidłowego stężenia glukozy we krwi w ramach oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u osób w wieku 40-70 lat z nadwagą lub otyłością. Należy zwrócić uwagę, że zaplanowane postępowanie może powielać świadczenia już finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych.

Obecnie (2016 r.) PTD nie zaleca stosowania oznaczenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) do diagnostyki cukrzycy, ze względu na brak wystarczającej kontroli jakości metod laboratoryjnych w Polsce oraz niestaloną wartość decyzyjną (odcinka) HbA1c w rozpoznaniu cukrzycy dla polskiej populacji.

W kierunku cukrzycy 2 typu, badanie przesiewowe należy przeprowadzać za pomocą oznaczania glikemii na czczo (FPG, fasting plasma glucose) lub testu tolerancji (OGTT) z użyciem 75 glukozy.

#### Ad. 5

W zakresie chorób tarczycy planuje się oznaczenie we krwi poziomu hormonu TSH w ramach wczesnego wykrywania chorób tarczycy.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami brak jest wystarczających dowodów, by zarekomendować populacyjne badania przesiewowe w kierunku chorób tarczycy. Podkreśla się znaczenie rutynowego badania poziomu TSH, które w projekcie programu zostało uwzględnione jako element kwalifikacji do udziału.

#### Ad.6

W projekcie planuje się przeprowadzenie badań mammograficznych w kierunku raka piersi.

Większość odnalezionych zaleceń odnosi się pozytywnie do prowadzenia mammograficznych badań przesiewowych u kobiet, pod warunkiem, że programy w ramach których są one realizowane spełniają odpowiednie kryteria jakości. Wiek, w których rekomendowana jest przesiewowa mammografia waha się od 50-74 r.ż. włącznie. Niektóre z odnalezionych wytycznych dopuszczają prowadzenie przesiewowej mammografii także u kobiet między 40-49 r.ż., jednak dowody na podstawie których podjęto taką decyzję są dowodami o niskiej jakości. Rekomendowana częstość wykonywania mammograficznych badań przesiewowych waha się od 1 roku do 3 lat.

#### Ad. 7

Według zaleceń Światowej Organizacji Gastroenterologii wśród metod przesiewowych powinno brać się pod uwagę: kolonoskopię, badanie na obecność krwi utajonej w kale oraz wlew doodbytniczy cieniujący z barytu. Podobnie wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologii podkreślają, że można stosować coroczne badanie krwi utajonej w kale, jednak jest to metoda alternatywna i o niskiej czułości, w związku z czym nie powinno się jej używać jako metody pierwszej linii.

Za złoty standard wciąż uznaje się badanie kolonoskopowe lub sigmoidioskopię.

#### Ad. 8

Wczesne wykrywanie raka szyjki macicy rekomendowane jest w szczególności przy pomocy badań cytologicznych. Metoda ta stanowi złoty standard postępowania. Zarówno wytyczne polskie jak i zagraniczne potwierdzają, że cytologia jest aktualnie najpowszechniejszym sposobem skryningu w kierunku raka szyjki macicy. Powtarzanie cytologii powinno odbywać się zgodnie z lokalnymi standardami, jednak nie rzadziej niż raz na 5 lat u kobiet do 60 r. ż. (FIGO 2009). Wytyczne WHO z 2006 r. stwierdzają, że cytologia jest rekomendowaną metodą skryningową w badaniach przesiewowych na szeroką skalę, jeżeli są dostępne wystarczające środki. USPSTF zaleca badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy u kobiet w wieku od 21 do 65 lat co 3 lata (cytologia), natomiast dla kobiet w wieku od 30 do 65 lat badanie przesiewowe stanowiące połączenie cytologii orz testu HPV (co 5 lat).

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie nie opisano prawidłowo sposobu monitorowania programu. Należy mieć na uwadze, że powinno ono odnosić się do czasu w jakim realizowany jest program i jest procesem zbierania danych o realizacji, zaśsłużu kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Monitorowanie uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu.

W projekcie zaplanowano określenie m.in: liczby osób uczestniczących w akcjach edukacyjnych, liczby przeprowadzonych badań oraz liczby osób z wykrytymi nieprawidłowościami. Wszystkie ww. wskaźniki odnieść można jedynie do oceny zgłaszalności. Nie wskazano oceny jakości programu.

Warto podkreślić, że ważna jest także funkcja monitorowania przeprowadzanych działań w programie. Monitorowanie realizacji programu powinno się odbywać na każdym jego etapie. Zasadnym jest powołanie do ww. funkcji osoby kompetentnej i tworzącej rzetelne sprawozdania. Można również zastosować: karty uczestnictwa w programie (lub listy obecności), ankiety dot. ewentualnej poprawy jakości programu (dzięki którym możliwa będzie bieżąca poprawa uchybień, niedociągnięć w jego realizacji), sprawozdania pracownicze (w przypadku personelu zatrudnionego do realizacji programu), raporty finansowe etc.

Ewaluacja programu nie została w projekcie określona. Należy pamiętać, że ewaluacja jest procesem długoterminowym i powinna trwać np. kilka lat po zakończeniu programu. Wskaźniki zastosowane w ewaluacji mogłyby obejmować np. częstość występowania poszczególnych schorzeń, odsetek populacji, które poddały się profilaktycznym badaniom przesiewowym, wskaźniki przeżywalności chorych w odniesieniu do poszczególnych nowotworów.

#### Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono pobieżnie części składowe programu. Nie zaplanowano akcji informacyjnej. Brakuje informacji na temat kwalifikowania poszczególnych uczestników, zakończenia programu i ewentualnego kontynuowania świadczeń. Nie odniesiono się również do powiązania świadczeń w programie ze świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych.

W projekcie nie określono również wymagań kadrowych, sprzętowych oraz lokalowych dotyczących realizatora programu. Wskazano, że realizator programu zostanie wybrany w drodze otwartego konkursu ofert.

W projekcie przedstawiono jedynie koszt całkowity programu wynoszący ok 100 000 zł rocznie. Stwierdzenie użyte w oszacowaniach „nie mniej niż 100 tys. zł rocznie” jest mało precyzyjne.

Dodatkowo wydaje się zasadnym, biorąc pod uwagę złożoność projektu programu, żeby dla każdego z problemów zdrowotnych przygotować odrębny budżet wraz z określeniem poszczególnych badań diagnostycznych oraz liczby osób poddawanych interwencji. Zapewne przyczyniłoby się to do poprawienia przejrzystości projektu.

Brakuje określenia kosztów poszczególnych interwencji m.in. działań edukacyjnych, badań, promocji programu, kosztu na 1 jednego uczestnika programu. Nie oszacowano liczebności populacji docelowej ani jaki jej odsetek zamierza się objąć programem, przez co koszt na jednego uczestnika jest niemożliwy do oszacowania, a budżet mało wiarygodny.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

#### *Choroby układu krążenia*

Choroby układu sercowo-naczyniowego obejmują chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną. Choroby te stanowią jeden głównych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Choroby sercowo-naczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, ponadto prowadzą do inwalidztwa.

Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga otyłość. Ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia, takie jak: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, stres.

#### *Rak gruczołu krokowego*

Rak gruczołu krokowego jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w krajach wysokorozwiniętych. Obserwowany w ostatnich latach wzrost wykrywalności tego nowotworu tłumaczy się częściowo zwiększeniem dostępności badań diagnostycznych, zwłaszcza oznaczeń antygenu gruczołu krokowego.

Chorzy z miejscowo lub regionalnie zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego zazwyczaj nie mają objawów lub mają objawy typowe dla łagodnego przerostu prostaty (częstomocz, nykturia, nagłace parcie na mocz, pieczenie w czasie mikcji, uczucie niepełnego wypróżnienia, wąski strumień moczu). Sporadycznie objawem jest krwiomocz. W zaawansowanym stadium choroby mogą wystąpić: ból kostny (m.in. w okolicy lędźwiowego odcinka kręgosłupa), utrata masy ciała, rzadziej objawy ucisku na rdzeń kręgowy.

#### *Choroby płuc*

Rak płuc jest to oskrzelopochodny nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka dróg oddechowych. Stanowi on zdecydowaną większość nowotworów płuc i jest najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce. 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.

Gruźlica jest to choroba wywoływana przez prątki z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex* – *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*. Źródłem prątków gruźlicy jest chory wydalający prątki podczas oddychania, mówienia oraz kaszlu. Prątki mogą przez długi czas pozostawać w organizmie człowieka i nawet po wielu latach dawać początek gruźlicy płuc i gruźlicy pozapłucnej. Rozwój choroby zależy od liczby komórek bakteryjnych, które dostały się do płuc, od ich zjadliwości oraz sprawności układu immunologicznego. Do grupy dużego ryzyka zakażenia prątkiem gruźlicy i zachorowania na gruźlicę należą: osoby zakażone HIV, osoby, które miały kontakt z chorymi wydalającymi prątki gruźlicy wykrywane metodą rozmazu, osoby ze zmianami „minimalnymi” w

płucach (widocznymi w RTG klatki piersiowej), osoby nadużywające alkoholu lub zażywające narkotyki, bezdomni, imigranci z obszarów o dużej zapadalności na gruźlicę, chorzy na choroby przewlekłe, takie jak: cukrzyca, nowotwory złośliwe, niewydolność serca, przewlekła niewydolność nerek i wątroby, niedobory odporności (również na skutek leczenia immunosupresyjnego).

#### *Cukrzyca*

Cukrzyca należy do chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania/działania insuliny. Stanowi ona istotny problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. W skali globalnej cukrzyca typu 2 stanowi ok. 90% wszystkich przypadków zachorowań na świecie. Zgodnie Międzynarodową Federacją Diabetologiczną, na cukrzycę choruje obecnie ok. 350 mln osób, a w dalszej perspektywie przewiduje się blisko dwukrotny wzrost zachorowań. W Polsce odnotowuje się ok. 3 mln przypadków ww. choroby.

Cukrzyca typu 2 jest nie tylko jednostką chorobową, ale również czynnikiem ryzyka powstania innych chorób, jak np. chorób sercowo-naczyniowych. Dlatego oba te aspekty powinny być uwzględniane przy formułowaniu zaleceń oraz podejmowaniu decyzji dotyczących strategii aktywnego wykrywania niezdiagnozowanej cukrzycy typu 2.

#### *Choroby tarczycy*

Choroby gruczołu tarczowego są bardzo rozpowszechnione w populacji. Częściej dotyczą one kobiet, nawet kilkukrotnie przewyższając liczbę zachorowań u mężczyzn. Występujące patologie mogą dotyczyć zarówno budowy gruczołu, jak i zaburzeń jego czynności. Najczęstsze schorzenia tego narządu to: wole obojętne, nadczynność i niedoczynność tarczycy, zapalenie tarczycy, nowotwory złośliwe tarczycy. Objawy towarzyszące tym schorzeniom nie są charakterystyczne. Często uznawane są za objawy starzenia się organizmu, nieprawidłowej diety lub przemęczenia. Jednak rozwój współczesnych technik diagnostycznych umożliwia szybką i precyzyjną diagnozę.

#### *Rak piersi*

Rak piersi jest to nowotwór złośliwy powstający z komórek gruczołu piersiowego, który rozwija się miejscowo w piersi oraz daje przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych (np. do płuc, wątroby, kości i mózgu). Jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet w Polsce. Stanowi ok. 20% wszystkich nowotworów diagnozowanych u kobiet. Z powodu raka piersi każdego roku umiera ok. 5 tys. kobiet.

#### *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, czynniki 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”.

#### *Rak szyjki macicy*

Zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce jest na średnim poziomie wobec innych krajów na świecie. Współczynniki zachorowalności i umieralności spowodowanych w Polsce przez raka szyjki macicy od lat 80-tych XX wieku powoli się obniżają i wynoszą rocznie, odpowiednio, około 3300 zachorowań (standaryzowany współczynnik - około 11/10 oraz około 1750 zgonów (standaryzowany współczynnik - około 5/10). Polska należy do krajów europejskich o najniższym odsetku 5-letnich przeżyć względnych w raku szyjki macicy (około 54% wobec 67% dla Europy).

W etiologii raka szyjki macicy ważną rolę odgrywa zakażenie HPV (HPV, human papilloma virus). Obok zakażenia HPV, do czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy należą m. in. wczesne rozpoczęcie życia płciowego (przed 18 rokiem życia), duża liczba partnerów seksualnych, partnerzy „wysokiego ryzyka”, zakażenie HIV lub inne zakażenie upośledzające system immunologiczny, palenie tytoniu, niski status ekonomiczny oraz liczne ciążę i porody

### Alternatywne świadczenia

Wszystkie świadczenia określone w programie są świadczeniami gwarantowanymi dostępnymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto w Polsce realizowany są:

- Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PPCHUK) finansowany ze środków NFZ, którego głównym celem jest obniżenie o ok. 20 % zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania natężenia czynników ryzyka. Dostępne w ramach PPCHUK świadczenia obejmują: badania biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójglicerydów i stężenia glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (BMI), kwalifikacja świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości według klasyfikacji SCORE. W ramach wykonywanego przez NFZ programu nie jest wykonywane EKG spoczynkowe.
- Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, w ramach którego realizowane są badania mammograficzne co 2 lata u kobiet w wieku między 50-69 r.ż. Na mammografię poza w/w programem mogą być kierowane kobiety, jeśli lekarz pierwszego kontaktu uzna to za konieczne (dotyczy to przede wszystkim niepokojących objawów mogących wskazywać na wystąpienie choroby nowotworowej, a także kobiet będących w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi). U kobiet młodszych zazwyczaj wykonuje się jednak badanie USG piersi, ze względu na charakterystyczną dla młodszego wieku budowę tkanki piersiowej.
- 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.
- Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, oparty o skrining cytologiczny. Programem profilaktyki objęte zostały Polki między 25. a 59 rokiem życia, które w ciągu 3 ostatnich lat nie miały wykonanego wymazu cytologicznego w ramach ubezpieczenia w NFZ. Ponadto w ramach świadczeń gwarantowanych finansowane jest badanie USG..

### Ocena technologii medycznej

#### *Choroby układu krążenia*

Odnalezione dowody naukowe (m.in. *World Health Organization 2007, European Society of Cardiology 2007, National Institute for Health and Clinical Excellence 2008*) 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 budowanie populacyjnej świadomości w temacie ryzyka występowania chorób układu krążenia.

W związku z narastającymi problemami zdrowotnymi wśród coraz młodszej populacji zasadne wydaje się rozważenie przez samorządy 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 małej aktywności fizycznej. Warto to wykorzystać przy planowaniu populacji docelowej w programach polityki zdrowotnej.

Z odnalezionych dowód naukowych (m. in. AHA 2010) wynika, że w przypadku osób bezobjawowych ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej powinno się 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.

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

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych można stwierdzić, że badania przesiewowe w kierunku chorób sercowo naczyniowych powinny być prowadzone u jak największej liczby osób.

Zgodnie z wytycznymi USPSTF z 2012 r., nie zaleca się badań przesiewowych z wykorzystaniem spoczynkowego lub wysiłkowego EKG u bezobjawowych dorosłych z niskim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych. Natomiast zalecenia AHA 2010 uzasadniają przeprowadzenie badania EKG w spoczynku, w przypadku oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą, jednak może być rozważone również w przypadku bezobjawowych dorosłych bez nadciśnienia czy cukrzycy.

#### *Rak gruczołu krokowego*

Odnalezione dowody naukowe oraz wytyczne (m.in. Polska Unia Onkologii 2009/2010, Światowa Organizacja Zdrowia, European Association of Urology 2010) wskazują, że oznaczenie PSA oraz badanie *per rectum* jest standardową metodą diagnostyczną w badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania raka prostaty. Podkreślają jednak, że żadna z dostępnych metod nie jest doskonała. Z powodu niewystarczającej liczby badań klinicznych nie można w pełni uzasadnić prowadzenia populacyjnego skriningu w kierunku raka stercza u bezobjawowych mężczyzn.

Przeprowadzając w/w badania jako badania przesiewowe należy mieć na uwadze możliwość uzyskania wyników fałszywie dodatnich, a co za tym idzie - podejrzenia raka, tam, gdzie faktycznie on nie występuje. Może mieć to niekorzystny wpływ na zdrowie pacjenta, gdyż naraża go na wysoki, niepotrzebny stres i niekorzystne skutki stosowanych metod terapeutycznych. Dlatego należy pamiętać, aby przed przystąpieniem do badań przedstawić pacjentowi rzetelne informacje na temat korzyści oraz ryzyka, jakie są związane z zastosowaniem danych metod diagnostycznych.

W odnalezionych wytycznych (m.in. European Association of Urology, American Urological Association) nie ma jednogłośnej zgody co do wieku rozpoczęcia prowadzenia badań przesiewowych. Zdecydowana większość zaleca jednak, by w przypadku bezobjawowych mężczyzn oznaczenie PSA wykonywać od 50 r. ż. w przypadku mężczyzn z wysokim ryzykiem choroby. Wytyczne wskazują wiek 75 lat lub oczekiwany czas przeżycia wynoszący 10–15 lat jako moment, w którym powinno się zaprzestać udziału w badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania raka stercza.

Istotnym elementem jest zapewnienie uczestnikom dostępu do dalszych świadczeń medycznych po uzyskaniu przez nich nieprawidłowego wyniku badania. Wskazane byłoby prowadzenie takich działań w ramach programu, jednak jeśli nie jest to możliwe należałoby zapewnić pacjentom jak najszybszy dostęp do świadczenia w ramach NFZ.

W zwiększeniu odsetka pacjentów poddających się badaniom przesiewowym znaczenie ma odpowiednio prowadzona edukacja zdrowotna. Powinna przedstawiać głównie korzyści płynące z poddawania się badaniom, tak aby zachęcić jak największą liczbę osób do uczestnictwa w programach. Edukacja powinna kształtować odpowiednie postawy w społeczeństwie, które wpłyną na zwiększenie odsetka osób poddających się badaniom poza programami polityki zdrowotnej.

#### *Choroby 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. Należy zaznaczyć, że rekomendacje kliniczne nie są zgodne co do stosowania LDCT w ramach scriningu raka płuca. Amerykańskie i szwedzkie wytyczne (m.in. NCCN, The American Association for Thoracic Surgery, American Lung Association, Swedish Thoracic Surgery Service), zalecają wykonywanie w/w badań w określonych grupach ryzyka u osób w wieku od 55 r.ż. Natomiast polskie wytyczne zamieszczone w Kodeksie Walki z Rakiem wskazują, że najskuteczniejszym sposobem zwalczania nowotworu płuca jest ograniczenie palenia papierosów. Również wytyczne kanadyjskie (Canadian Coordination Office for Health Technology Assessment, 2003) oraz Wielkiej Brytanii (National Health Service, National Screening Committee), nie rekomendują wykonywania scriningu w kierunku raka płuc do czasu uzyskania dodatkowych wyników badań na temat skuteczności omawianej interwencji w skriningu.

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

Zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, osoby, które zauważą u siebie wystąpienie i utrzymywanie się specyficznych objawów – szczególnie kaszel utrzymujący się co najmniej 3 tygodnie, powinny zwrócić się do lekarza rodzinnego w celu wykonania badania RTG klatki piersiowej, badania plwociny oraz wykonania testu tuberkulinowego.

Kanadyjska Agencja Zdrowia Publicznego nie zaleca badań przesiewowych w kierunku utajonej gruźlicy u osób lub grup, które są zdrowe i mają niskie ryzyko rozwoju aktywnej choroby.

#### *Cukrzyca*

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na 2015 r. w prewencji i opóźnieniu rozwoju cukrzycy typu 2 zaleca się przeprowadzanie badań przesiewowych za pomocą oznaczania glikemii na czczo (FPG) lub testu tolerancji (OGTT) z użyciem 75g glukozy. Sugerowana jest również możliwość wykorzystania oznaczenia odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) do badań przesiewowych w kierunku zaburzeń tolerancji węglowodanów. Jednak PTD nie zaleca stosowania ww. metody przesiewowej ze względu na brak wystarczającej kontroli jakości metod laboratoryjnych w Polsce oraz nieustaloną wartość diagnostyczną (decyzyjną, odcięcia) HbA1c w rozpoznaniu cukrzycy dla polskiej populacji.

PTD zaznacza, że skrining w kierunku cukrzycy konieczny jest w grupach podwyższonego ryzyka. W populacji powyżej 45 r.ż. zaleca się ww. badania przesiewowe raz na trzy lata. Z kolei, w populacji ogólnej należy rokrocznie przeprowadzić skrining w kierunku cukrzycy w poszczególnych grupach ryzyka:

- osoby z nadwagą lub otyłością (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup> i/lub obwód w talii > 80 cm (kobiety); obwód w talii > 94 cm (mężczyźni)),
- osoby z cukrzycą w historii chorób rodziny (rodzice/rodzeństwo),
- mało aktywni fizycznie,
- osoby z grupy środowiskowej/etnicznej częściej narażonej na cukrzycę,
- osoby, u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy,
- kobiety z przebytą cukrzycą ciążową,
- kobiety, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg,
- osoby z nadciśnieniem tętniczym ( $\geq$  140/90 mm Hg),

- osoby z dyslipidemią (stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów >150 mg/dl (>1,7 mmol/l)),
- kobiety z zespołem policystycznych jajników,
- osoby z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

Przegląd zaleceń PTD 2015 podkreśla również, że:

- osoby obciążone wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2 należy poddać odpowiedniej edukacji na temat zasad zdrowego stylu życia (korzyści zdrowotne związane z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała i regularną aktywnością fizyczną);
- pacjentom charakteryzującym się obecnością stanu przedcukrzycowego (IFG/IGT) należy zalecać zmniejszenie masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej;
- u osób z dużym ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2, zwłaszcza przy współistniejących IFG i IGT, należy rozważyć prewencję farmakologiczną cukrzycy w postaci stosowania metforminy;
- powtarzanie porad dotyczących zmian stylu życia ma decydujące znaczenie w skuteczności prewencji;
- zaleca się obserwację pacjentów pod kątem występowania innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (np. palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe) oraz ich leczenia;
- należy unikać leków o działaniu diabetogennym.

Należy podkreślić, że podejmowane przez jednostki samorządów terytorialnych programy profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy znajdują duże poparcie ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami. Istotne jest jednak, aby badania przesiewowe były procesem długofalowym, a nie jedynie jednorazowym przedsięwzięciem.

Planując przesiewowe badania populacji należy dążyć do tego, aby w pierwszej kolejności objąć programem grupę największego ryzyka. Źle zaplanowany program może objąć również grupę niskiego ryzyka (the worried well — zdrowi nadmiernie troszczący się o swe zdrowie), a nawet osoby już zdiagnozowane.

W odniesieniu do działań edukacyjnych w rekomendacjach podkreśla się potrzebę łączenia działań medycznych (skrining, wykrywanie i leczenie) z działaniami z zakresu zdrowia publicznego (zmiana zachowań oraz ryzyka w populacji dzięki takim środkom jak promocja zdrowej diety i aktywności fizycznej).

Strategia populacyjna profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób sercowo-naczyniowych powinna skupiać się na diecie oraz zwiększonej aktywności fizycznej w celu redukcji czynników ryzyka we wszystkich grupach wiekowych.

Mając na uwadze narastające problemy zdrowotne wśród coraz młodszej populacji, zasadne wydaje się rozważenie przez samorządy i władze szkolne oraz inne organizacje zajmujące się dziećmi i młodzieżą skierowania działań kształtujących zdrowy styl życia również do młodego pokolenia.

#### *Choroby tarczycy*

Większość odnalezionych wytycznych wskazuje, że badanie TSH jest uznane za skuteczną metodę wykrywania chorób tarczycy. Zgodnie z rekomendacjami American Association of Clinical Endocrinologists z 2002 roku pomiar poziomu TSH powinien być rutynowo wykonywany u kobiet chcących zajść w ciążę lub podczas badań przesiewowych w kierunku wykrywania dysfunkcji tarczycy w pierwszym trymestrze ciąży.

Natomiast wytyczne Brytyjskiego Towarzystwa Tarczycowego – British Thyroid Association, Royal College of Physicians z 2007 roku, wskazują, że badania przesiewowe są możliwe u osób z historią raka rdzeniastego tarczycy w rodzinie związanego ze specyficznymi onkogennymi mutacjami.

Zgodnie z zaleceniami American Thyroid Association, American Association of Clinical Endocrinologists z 2011 roku, pomiar poziomu TSH ma największą czułość i specyficzność wśród testów stosowanych w przypadku wykrywania nadczynności tarczycy i powinien być używany jako wstępny test przesiewowy, jednak dokładność diagnostyczna zwiększa się przy oznaczaniu TSH dodatkowo z wolną tyroksyną – FT4.

Endocrine Society w 2007 roku stwierdziło, że korzyści z powszechnych badań przesiewowych w kierunku zaburzeń czynności tarczycy (głównie niedoczynności) nie mogą być poparte obecnymi dowodami, zatem rekomenduje się diagnostykę wśród grup ryzyka wystąpienia chorób tarczycy poprzez badanie poziomu TSH u kobiet: z historią nadczynności lub niedoczynności, poporodowym zapaleniem gruczołu tarczowego lub z lobektomią tarczycy, z chorobami tarczycy w rodzinie, z wolem, z przeciwciałami przeciw tarczycowymi, z anemią, podwyższonym poziomem cholesterolu i hiponatremią, z cukrzycą typu I, z chorobami autoimmunologicznymi, bezpłodnych, u których napromieniana była głowa lub szyja, które poroniły lub urodziły przedterminowo.

The American Academy of Family Physicians rekomenduje badania po 60 roku życia. The American College of Physicians zaleca badania kobietom po 50 roku życia, jeśli występuje choć jeden z ewentualnych objawów choroby tarczycy. Konsensus nie zarekomendował rutynowych badań przesiewowych kobietom w ciąży, uznał jednak, że badanie poziomu TSH może zostać wykonane

### *Rak piersi*

Większość odnalezionych zaleceń odnosi się pozytywnie do prowadzenia mammograficznych badań przesiewowych u kobiet, ale pod warunkiem, że prowadzone są w grupie kobiet w wieku 50-74 lata (w raz na 1-3 lata) i że programy, w ramach których są one realizowane spełniają odpowiednie kryteria jakości.

Ponadto, odnalezione wytyczne rekomendują wykonywanie testów genetycznych oraz rezonansu mammograficznego, dodatkowej ultrasonografii wyłącznie u tych kobiet, u których występuje wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi. Zarówno diagnostyka, jak i leczenie raka piersi powinno się odbywać w specjalnie przeznaczonych do tego Zespołach Chorób Piersi. W przypadku podejrzenia raka piersi zaleca się wykonywanie biopsji (cienkoigłowej lub gruboigłowej) w celu potwierdzenia nowotworu.

Innymi istotnymi aspektami wczesnego wykrywania nowotworu piersi jest wykonywanie badania USG, badań fizykalnych oraz samobadania piersi. Pomimo nieudowodnionej skuteczności prowadzenia tych działań w formie badań przesiewowych są one zalecane przez towarzystwa naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, The European Society of Breast Cancer Specialists, American Cancer Society).

Zgodnie z odnalezionymi badaniami dotyczącymi efektywności kosztowej mammografia cyfrowa jest bardziej kosztowna niż mammografia analogowa. Opłacalność stosowania mammografii cyfrowej zależy od ewentualnie uzyskanych lat życia i lat życia skorygowanych o jakość (QALY) uzyskanych dzięki wczesnemu rozpoznaniu nowotworu.

Warto jednocześnie przytoczyć wnioski z badania Nesser 2007. Wyniki analizy przeprowadzonej w oparciu o konserwatywne założenia wskazują, że prowadzenie zorganizowanych mammograficznych programów przesiewowych w kierunku raka piersi, w porównaniu ze strategią skryningu okazjonalnego, pozwala uzyskać istotną redukcję umieralności z powodu raka piersi, przy dodatkowych kosztach pozostających na umiarkowanym poziomie.

Zgodnie z raportem NICE wczesna diagnoza chorób nowotworowych oraz wybór optymalnej drogi leczenia prowadzi do mniejszej śmiertelności oraz zwiększa przeżywalność u pacjentów cierpiących na raka piersi.

Eksperci kliniczni uważają za zasadne prowadzenie w kraju działań z zakresu profilaktyki raka piersi. Głównym argumentem ekspertów przemawiającym za ich finansowaniem ze środków publicznych jest fakt wysokiej zachorowalności oraz umieralności kobiet w Polsce z powodu raka piersi. Niemniej jednak, eksperci zauważają, że rola jednostek samorządu terytorialnego powinna się skupiać na

prowadzeniu przez nich działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki raka piersi oraz promujących uczestnictwo w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

#### *Rak jelita grubego*

Głównym celem prowadzenia badań przesiewowych w kierunku nowotworu jelita grubego 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 dziedziczenia 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 szyjki macicy*

W odniesieniu do raka szyjki macicy, jego wczesne wykrywanie rekomendowane jest w szczególności przy pomocy badań cytologicznych. Metoda ta stanowi złoty standard postępowania. Zarówno wytyczne polskie jak i zagraniczne potwierdzają, że cytologia jest aktualnie najpowszechniejszym sposobem skringingu w kierunku RSzM. Powtarzanie cytologii powinno odbywać się zgodnie z lokalnymi standardami, jednak nie rzadziej niż raz na 5 lat u kobiet do 60 r. ż. (The International Federation of Gynecology and Obstetrics 2009). Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia z 2006 r. stwierdzają, że cytologia jest rekomendowaną metodą skringingową w badaniach przesiewowych na szeroką skalę, jeżeli są dostępne wystarczające środki.

U.S. Preventive Services Task Force zaleca badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy u kobiet w wieku od 21 do 65 lat co 3 lata (cytologia), natomiast dla kobiet w wieku od 30 do 65 lat badanie przesiewowe stanowiące połączenie cytologii oraz testu HPV (co 5 lat).

National Cancer Institute w swoich zaleceniach określiło, że badanie USG w populacji kobiet bez objawów krwawień z pochwy nie jest skuteczna w celu zmniejszenia śmiertelności u bezobjawowych kobiet. Odniesiono się również do populacji kobiet przyjmujących tamoksifen. Rutynowe USG u bezobjawowych kobiet stosujących tamoksyfen nie jest użyteczne ze względu na niską specyficzność i niską wartość predykcyjną dodatnią. Ocena endometrium u kobiet stosujących tamoksyfen powinna być ograniczona do kobiet z objawami krwawień. Można zatem stwierdzić, że stosowanie USG nie jest rekomendowaną metodą w bezobjawowej populacji w celu wykrycia nowotworów trzonu macicy.

W zwiększeniu odsetka pacjentów poddających się badaniom przesiewowym znaczenie ma odpowiednio prowadzona edukacja zdrowotna. Powinna przedstawiać głównie korzyści płynące

z poddawania się badaniom, tak aby zachęcić jak największą liczbę osób do uczestnictwa w programach. Edukacja powinna kształtować odpowiednie postawy w społeczeństwie, które wpłyną na zwiększenie odsetka osób poddających się badaniom poza programami polityki zdrowotnej.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.177.2016 „Program polityki zdrowotnej Miasta i Gminy Buk na lata 2017-2020” realizowany przez: gminę Buk, Warszawa październik 2016 oraz Aneksami do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny” luty 2013, „Programy wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego – wspólne podstawy oceny”, maj 2014, „Programy wczesnego wykrywania raka płuca – wspólne podstawy oceny”, maj 2014 r., „Programy zdrowotne z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 r., „Programy z zakresu wykrywania chorób tarczycy – wspólne podstawy oceny”, listopad 2012 r., „Programy profilaktyki raka piersi – wspólne podstawy oceny” czerwiec 2015 r., „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego – wspólne podstawy oceny”, maj 2015 r., „Programy z zakresu profilaktyki nowotworów narządów rodnych – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2015r., „Programy z zakresu wczesnego wykrywania gruźlicy – wspólne podstawy oceny” czerwiec 2016, oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 298/2016 z dnia 10 października 2016 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej miasta i gminy Buk na lata 2017-2020”