



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 110/2017 z dnia 26 maja 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wygoń raka z miasta” realizowany przez miasto Nowy Sącz

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wygoń raka z miasta”.

Uzasadnienie

Na negatywną opinię Prezesa Agencji składają się m.in. braki kluczowych informacji w zakresie planowanych interwencji (zakres tematyczny, czas planowanej edukacji, osoba odpowiedzialna za jej realizację), brak uzasadnienia dla tak wybranych populacji docelowych oraz brak informacji o ich liczebności, które nie pozwalają zweryfikować, czy możliwe będzie uzyskanie widocznych efektów zdrowotnych w populacji.

Cele programowe zostały sformułowane niepoprawnie i należy je przeformułować. Również mierniki efektywności wymagają dostosowania do celów.

Populacja docelowa została określona w zależności od danego zagadnienia. Należy jednak wskazać, że brak jest uzasadnienia dla tak przyjętych kryteriów wiekowych. W zakresie działań edukacyjnych należy podkreślić, że aby zaobserwować ich pozytywny skutek konieczne jest objęcie działaniami możliwie największej populacji. Ponadto im wcześniej wdrożona edukacja, tym większe prawdopodobieństwo zmiany zachowań zdrowotnych społeczeństwa. Niezasadne jest zatem ograniczanie kryterium wieku do przedziałów wskazywanych w wytycznych dla badań przesiewowych. Podkreślenia wymaga fakt, że nie oszacowano precyzyjnie liczby uczestników dla poszczególnych działań programowych, co stanowi duże ograniczenie projektu i wymaga uzupełnienia.

Zaplanowane interwencje skupiają się głównie na działaniach edukacyjnych w formie warsztatów z zakresu chorób nowotworowych. W projekcie nie wskazano jednak jakie zakresy tematyczne będą poruszane w ramach programu oraz kto będzie odpowiedzialny za ich przygotowanie. Brak jest także wskazania jak długo trwać będzie edukacja. Zagadnienia te są kluczowe w zakresie poprawnego zaplanowania edukacji, zaś ich brak uniemożliwia odpowiednią weryfikację założeń programowych.

Monitorowanie programu nie budzi zastrzeżeń. Ewaluacja natomiast wymaga poprawy, gdyż w obecnym kształcie może nie spełnić swojej roli.

W budżecie wskazuje się kwotę przeznaczoną na wynagrodzenie koordynatora projektu. Funkcja ta nie została jednak opisana w żadnej z części projektu, zatem niejasne jest jej uwzględnienie w oszacowaniach kosztowych. Z uwagi na brak oszacowania liczby uczestników programu niemożliwa jest weryfikacja, czy zaplanowane środki są wystarczające na realizację działań programowych. Wobec powyższego konieczne przeprojektowanie kosztorysu z uwzględnieniem liczebności populacji docelowej.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki nowotworowej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 50 000 PLN, zaś okres realizacji to lata 2017-2021.

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

Opiniowany projekt programu wpisuje się w jeden z priorytetów zdrowotnych: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Jednym z celów operacyjnych Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 jest rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce

Przedmiotowy projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do problemu chorób nowotworowych, w szczególności raka piersi, szyjki macicy, gruczołu krokowego, czerniaka, żołądka, jelita grubego oraz płuc. W projekcie nie przedstawiono szczegółowego opisu wybranych problemów zdrowotnych.

W projekcie programu zostały zawarte dokładne dane epidemiologiczne, które nie budzą zastrzeżeń i uzasadniają konieczność podejmowania działań mających na celu zmniejszenie zachorowalności.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „edukacja i podniesienie świadomości społecznej u co najmniej 2500 osób w zakresie profilaktyki nowotworów, wczesnego wykrywania nowotworów tj. rak szyjki macicy, nowotwór złośliwy piersi, nowotworu gruczołu krokowego, nowotwory żołądka, nowotworu złośliwego jelita grubego, nowotworu opłucnej i płuc, nowotworu złośliwego skóry - czerniaka („podniesienie poziomu świadomości i wiedzy zdiagnozowanej na podstawie testów ewaluacyjnych”). Dodatkowo sformułowano 5 celów szczegółowych. Należy zaznaczyć, że edukacja stanowi działanie, które może być realizowane, nie zaś cele programowe. Należy zatem przeformułować cel główny. Należy również zauważyć, że cele szczegółowe również przedstawiają możliwe do podjęcia działania oraz powielają cel główny, zatem konieczne jest ich przeformułowanie. Określając cele należy zwrócić uwagę, by były zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie programu odniesiono się do mierników efektywności, jednak wymagają one poprawy. Nie określono wskaźników, które powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie i powinny być wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych wysiłków. Należy mieć na uwadze, że celem określenia mierników efektywności jest umożliwienie oceny stopnia realizacji celów. Istotne jest aby mierniki efektywności były spójne z celami, zatem zasadne jest w ocenianym projekcie programu określić mierniki, które umożliwią zbadanie: czy zaszła zmiana w świadomości uczestników programu, czy zmianie uległ ich styl życia, czy zmniejszyła się liczba zachorowań na nowotwory, czy zmieniła się liczba wykonywanych badań profilaktycznych.

Populacja docelowa

Projekt programu będzie skierowany do populacji Nowego Sącza. Łącznie przez 5 lat trwania do programu ma zostać włączonych co najmniej 2500 osób. W projekcie wskazano poszczególne kryteria kwalifikacji uczestników w zależności od kierowanych do nich interwencji:

1. Nowotwory piersi i szyjki macicy: kobiety w wieku 18-69 la;
2. Nowotwory skóry oraz gruczołu krokowego: osoby w wieku 45-64 lata;

3. Nowotwory żołądka oraz jelita grubego: osoby w wieku 50-79 lat;
4. Nowotwory gardła, oskrzeli i płuc: osoby w wieku 50-74 lata.

Według danych GUS z 20168 roku (dane za 2015 r.), Miasto Nowy Sącz liczyło ogółem 82 877 mieszkańców, w tym 39 435 mężczyzn i 43 442 kobiet. Należy podkreślić, że wskazanie minimalnej liczby uczestników programu nie jest wystarczające. Wymagane było dokładne oszacowanie liczebności populacji zarówno łącznej jak i dla poszczególnych bloków tematycznych.

W odniesieniu do badań diagnostycznych ze względu na brak informacji o liczebności uczestników nie możliwe jest określenie czy zostanie spełniona rola badań przesiewowych, które ma na celu szerokie przebadanie żeby wyłonić z populacji ogólnej osoby chore/z grupy ryzyka.

Ponadto należy wskazać, że działania edukacyjne w zakresie poszczególnych nowotworów powinny być kierowane do szerokiego grona odbiorców, również bez większego ograniczenia wiekowego, gdyż głównym celem działań edukacyjnych jest zapobieganie chorobom jeszcze na etapie, zanim mają one szansę się rozwinąć.

Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie działań edukacyjnych w 4 różnych blokach tematycznych:

1. Nowotwory piersi i szyjki macicy;
2. Nowotwory skóry oraz gruczołu krokowego;
3. Nowotwory żołądka oraz jelita grubego;
4. Nowotwory gardła, oskrzeli i płuc.

W projekcie programu przedstawiono ogólny zakres tematyczny jedynie dla nowotworów piersi i szyjki macicy. Dla pozostałych bloków tematycznych nie opisano zakresu merytorycznego zaplanowanych spotkań edukacyjnych, co uniemożliwia weryfikację tej części projektu.

Należy podkreślić, że edukacja zdrowotna była wielokrotnie wskazywana w opiniach Prezesa Agencji jako wartość dodana dla realizacji programu polityki zdrowotnej przy niewielkim nakładzie finansowym. Wątpliwości budzi jednak fakt ograniczenia działań edukacyjnych jedynie do wybranych i zawężonych wiekiem grup. Pamiętać należy, że największe korzyści odnosić będą osoby, które jak najwcześniej wdrożą zachowania prozdrowotne.

Warto także wspomnieć o prowadzonym w latach 2016-2024 Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych, którego jednym z priorytetów będzie promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów. W ramach tego priorytetu zakłada się, że cele programu w tym obszarze będą osiągnięte dzięki realizacji szeregu działań ukierunkowanych w szczególności na rozwój profilaktyki wczesnej nowotworów złośliwych. Celem zwiększenia świadomości społeczeństwa i jego edukacji będą realizowane działania zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym polegające w głównej mierze na działaniach informacyjnych, promocyjnych, edukacyjnych przeciwdziałających zachorowaniom na nowotwory.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu zostało przygotowane poprawnie. Uwzględnia ono dane, które mogą pozwolić na bieżącą ocenę realizacji programu. Uwzględniono zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń.

W zakresie ewaluacji nie opisano szczegółowo w jaki sposób planuje się ją przeprowadzić. Wskazano zakresy danych jakie będą zbierane, jednak nie określono sposobu ich analizy. Należy mieć na uwadze, że celem ewaluacji jest określenie wpływu prowadzonych działań na zdrowie populacji. Kluczowymi wskaźnikami ewaluacyjnymi w przypadku programów edukacyjnych jest m.in. określenie czy zaszła zmiana w zachowaniach zdrowotnych mieszkańców, czy odnotowano wzrost zgłaszalności na profilaktyczne badania diagnostyczne. Efektywność programu powinna być oceniana w odniesieniu do sytuacji sprzed programu.

Warunki realizacji

W opiniowanym projekcie zawarto informację, że realizator projektu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert. Postępowanie takie jest zgodne z zapisami ustawowymi. Przedstawiono także warunki niezbędne do realizacji programu.

Całkowity koszt projektu programu w latach 2017-2020 został oszacowany na kwotę 50 000 zł, przy koszcie jednostkowym wynoszącym 20zł. Wskazano także koszty poszczególnych składowych programu. W budżecie programu pojawia się pozycja dotycząca wynagrodzenia koordynatora programu. W projekcie brak jest odniesienia do tej funkcji. Należy zatem uzupełnić projekt o stosowne informacje dotyczące obowiązków koordynatora programu. Z uwagi na brak oszacowania liczby uczestników programu niemożliwa jest weryfikacja, czy zaplanowane środki są wystarczające na realizację działań programowych. Wobec powyższego konieczne przeprojektowanie kosztorysu z uwzględnieniem liczebności populacji docelowej.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet w Polsce. Stanowi ok. 20% wszystkich nowotworów diagnozowanych u kobiet. Co roku w Polsce odnotowuje się około 11 tys. nowych zachorowań (30 zachorowań na 100 tys. mieszkańców). Z powodu raka piersi każdego roku umiera ok. 5 tys. kobiet.

Nowotwory jelita grubego są istotnym coraz bardziej powszechnym problemem współczesnej medycyny. Rak jelita grubego rozwija się ze zmian łagodnych (tj. polipów), a tego typu przemiana może trwać nawet kilkanaście lat.. Im wcześniej wykryte zmiany chorobowe, tym częściej rak jelita grubego jest wyleczalny.

W etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (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 upośledzające system immunologiczny, palenie tytoniu, niski status ekonomiczny oraz liczne ciążę i porody.

Czerniak jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z melanocytów skóry, błon śluzowych lub błony naczyniowej gałki ocznej. Nowotwór ten stanowi 5-7% wszystkich nowotworów skóry. Mediana wieku zachorowania wynosi 51 lat. W Polsce zachorowalność, jak również umieralność rosną szybko (odpowiednio 10% i 8% rocznie).

Rak żołądka nadal jest jedną z najważniejszych chorób nowotworowych z istotnych geograficznych, etnicznych i socjoekonomicznych różnic w dystrybucji. Najczęstszym nowotworem złośliwym żołądka, bo występującym aż w 95% przypadków, jest gruczolakorak. Wywodzi się on z komórek błony śluzowej wyściełającej żołądek.

Rak gruczołu krokowego jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Ponadto jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w krajach wysokorozwiniętych. Czynnikiem ryzyka są wiek oraz obciążenie genetyczne. Ryzyko zachorowania wzrasta dwukrotnie, jeżeli w rodzinie chorował krewny 1 stopnia pokrewieństwa, oraz 5–11 krotnie, jeżeli chorowało 2 i więcej krewnych 1 stopnia pokrewieństwa. Nowotwór rzadko pojawia się przed 40 rokiem życia, zaś średni wiek zachorowania to 70 lat.

Rak płuc to jeden z najczęściej występujących i najgorzej rokujących nowotworów złośliwych na świecie. Stanowi najczęstszą przyczynę zgonów z powodu raka u mężczyzn i jest na drugim miejscu u kobiet. W 2012 roku rak płuca był przyczyną śmierci 1,6 mln osób. Głównym czynnikiem ryzyka jest narażenie na wdychane karcynogeny, a zwłaszcza dym tytoniowy – aż 70% zgonów jest spowodowanych paleniem tytoniu (które jest jednym z pięciu głównych czynników ryzyka w zachorowaniu na raka, powodując w Europie, co 5 taki przypadek).

Za nowotwory górnych dróg oddechowych uznaje się raki: gardła (gardła dolnego, gardła środkowego, części nosowej gardła, jamy ustnej), krtani, nosa i zatok przynosowych. Rak krtani jest najczęściej występującym nowotworem w obrębie głowy i szyi. Nowotwory narządów głowy i szyi są

istotnym problemem epidemiologicznym i klinicznym. W Polsce stanowią ok. 6% wszystkich nowotworów złośliwych. Raki narządów głowy i szyi są najczęstsze u osób po 45. roku życia (wyjątek: rak nosowej części gardła z większą zachorowalnością między 15. a 35. rokiem życia oraz powyżej 50. roku życia). Zachorowalność jest prawie 5-krotnie wyższa wśród mężczyzn niż u kobiet. 3

Alternatywne świadczenia

W zakresie edukacji zdrowotnej brak jest obecnie świadczeń alternatywnych finansowanych ze środków publicznych. Należy jednak podkreślić, że w zakresie wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób nowotworowych prowadzone są obecnie działania mające na celu zmniejszenie zachorowalności, m.in. programy populacyjne. Ponadto w kwestii działań diagnostycznych badania mające na celu wykrycie chorób nowotworowych są obecnie dostępne w katalogu świadczeń gwarantowanych.

W zakresie szczepień p/HPV brak jest świadczeń alternatywnych.

Ocena technologii medycznej

Rak piersi

W zakresie profilaktyki raka piersi odnalezione wytyczne rekomendują wykonywanie testów genetycznych oraz rezonansu mammograficznego, czy 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.

Zgodnie z rekomendacjami American Cancer Society 2015 samobadanie piersi mogą wykonywać kobiety już od 20 r.ż. Podobne zalecenia wydało Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w 2005 r. Podczas badania ginekologicznego pacjentkom w wieku powyżej 20. roku życia zaleca się badanie przedmiotowe i podmiotowe sutków, wykonywane przez lekarza, oraz prowadzenie działań edukacyjnych w kierunku samobadania sutków oraz wczesnego zgłaszania wykrytych zmian.

Dwie amerykańskie organizacje (American Academy of Family Physicians 2009; The U.S. Preventive Services Task Force 2009) oraz jedna hiszpańska (SEOM 2014) wydały negatywne rekomendacje dotyczące samobadania piersi. Niemniej jednak większość rekomendacji pozostaje zgodna w twierdzeniu, iż decyzja o samobadaniu piersi powinno należeć do kobiet. Zwraca się natomiast uwagę na konieczność edukacji zdrowotnej kobiet w zakresie wczesnego rozpoznawania u siebie oznak mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej. Na podstawie wytycznych i rekomendacji The European Society of Breast Cancer Specialists z 2012 r. stwierdza się, że regularne samobadanie piersi oraz badanie piersi przez klinicystę powinno być rekomendowane dla wszystkich kobiet w wieku 40 lat oraz młodszych, u których występuje umiarkowane (średnie dla populacji) ryzyko zachorowania na raka piersi. Jednocześnie kobiety muszą być świadome ograniczeń, jak i korzyści związanych z wykonywaniem samobadania piersi. Wytyczne National Comprehensive Cancer Network 2011 rekomendują zachęcanie kobiet do samobadania piersi w ramach zwiększania świadomości o własnym zdrowiu

Rak szyjki macicy

Edukacja zdrowotna jest istotnym elementem profilaktyki zakażeń HPV. Obniżenie wieku inicjacji seksualnej i liberalizacja kontaktów erotycznych stwarzają potrzebę intensyfikowania edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodzieży, szczególnie że jest to obszar pomijany najczęściej w edukacji rodzicielskiej. Z punktu widzenia profilaktyki raka szyjki macicy niezbędne są oddziaływania mające na celu wzrost świadomości dotyczącej czynników ryzyka i odpowiedzialności młodych ludzi za swoje zdrowie i życie.

Podstawę do działań edukacyjnych mających na celu zapobieganie nowotworom złośliwym w Polsce, w tym RSM, stanowi Europejski Kodeks Walki z Rakiem. Młode kobiety muszą być świadome zarówno zalet i jak i potencjalnych zagrożeń wynikających z prowadzonych akcji szczepiennych czy badań przesiewowych. Należy również pamiętać, że prócz profilaktycznych szczepień ochronnych w celu zminimalizowania ryzyka zakażeniem wirusem HPV należy wykonywać okresowe badania

cytologiczne w późniejszym wieku (od 21-25 r.ż. lub od momentu rozpoczęcia współżycia, co 3 lata). Zgodnie z aktualnymi wytycznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych rutynowe szczepienia p/HPV zalecane są szczególnie w krajach, gdzie rak szyjki macicy stanowi priorytet w zakresie zdrowia publicznego. Podstawową grupą docelową do zaszczepienia są kobiety w wieku 9-26 lat. Jednak coraz częściej wskazuje się na znaczący wpływ szczepień ochronnych p/HPV u młodych mężczyzn. Wśród obu płci podkreśla się, że interwencje w postaci szczepień zasadne są przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej. W Polsce, zgodnie z aktualnym PSO, szczepienia te należą do zalecanych w w/w grupie osób, ale niefinansowanych interwencji z budżetu MZ.

Rak skóry

Rekomendacje podkreślają, że powinno dążyć się w ramach edukacji do zwiększania świadomości na temat ryzyka ekspozycji na promienie UV i formy ochrony przed nim. Kampanie edukacyjne powinny być prowadzone regularnie. Zwraca się uwagę aby ich czas trwania był w okresie wiosny i lata. Główną grupą docelową powyższej edukacji powinny być dzieci w wieku szkolnym. Uczula się, aby edukacja mająca na celu ochronę przed słońcem była skierowana także do rodziców.

W publikacji Guenther 2015 dotyczącej nowotworów skóry w Kanadzie podkreśla się znaczenie wczesnego wprowadzenia edukacji dotyczącej ochrony skóry oraz jej kontynuacji przez całe życie. W związku z powyższym sugeruje się prowadzenie zajęć edukacyjnych dla wszystkich chętnych, w tym wartym rozważenia byłoby przeprowadzenie działań na terenie szkół dla dzieci w wieku szkolnym. Wytyczne nie są zgodne w zakresie prowadzenia badań przesiewowych w populacji ogólnej.

Część z wytycznych (np. rekomendacje australijskie, CCO, NICE 2016) wskazuje na potrzebę prowadzenia badań u osób z grupy ryzyka: osoby z jasną skórą, dzieci (są bardziej narażone na oparzenia skórne), młodzież, osoby pracujące na zewnątrz, osoby poddane immunosupresji, osoby z występowaniem nowotworów skóry w wywiadzie rodzinnym, osoby, które mają dużą liczbę znamion (>50), osoby narażone na ekspozycję na promienie UV poprzez korzystanie z solarium. Wnioskodawca nie zawarł ww. informacji w treści projektu. Z kolei USPSTF 2016 wskazuje, że dostępne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i negatywnych efektów badań przesiewowych w kierunku raka skóry. Natomiast MDDS 2014 zaleca prowadzenie badania przesiewowego w kierunku wykrycia nowotworów skóry co 3 lata u osób w wieku 20-39 lat oraz corocznie u osób w wieku 40 lat i więcej.

Rak gruczołu krokowego

W opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie urologii zasadnym wydaje się prowadzenie działań edukacyjnych. Edukacja powinna podkreślać, że: PSA nie jest swoistym badaniem dla RGK, nie wszystkie rozpoznane biopsją raki stercza wymagają leczenia. 1/3 chorych z rakiem stercza nie odniesie korzyści z jakiegokolwiek leczenia (overdiagnosis i overtreatment), ocenę ryzyka lekarz prowadzący oceni na podstawie kilku parametrów mężczyzny – wiek, PSA, objętość stercza, wywiad, brak uzasadnienia do oznaczania PSA (i biopsji) u mężczyzn z negatywnym DRE po 75 roku życia.

Na podstawie wytycznych NCCN z 2016 r.16 można stwierdzić, że większość mężczyzn chcących wziąć udział w programach wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego (RGK), może mieć od łagodnych do ciężkich objawów chorób dolnych dróg moczowych, spowodowanych łagodnym przerostem gruczołu prostaty. Podczas rozmowy na temat ryzyka i korzyści związanych z wczesnym wykrywaniem RGK, lekarz powinien edukować pacjentów w zakresie odróżniania tych dwóch chorób. Pacjent z historią wcześniej wykonywanych już badań per rectum, PSA, biopsji prostaty, powinien zostać poddany ocenie jeśli rozważa się wczesne wykrywanie RGK. Rozmowa na temat zalet i wad badań w kierunku wykrywania RGK powinna być przeprowadzona między lekarzem, a potencjalnym uczestnikiem. Potencjalni pacjenci powinni być informowani o tym, że celem badań przesiewowych jest wykrycie agresywnych postaci nowotworu, w ramach badań przesiewowych często wykrywane są nowotwory o niskim ryzyku, oraz że nowotwory te mogą nie wymagać leczenia i mogą być poddane regularnej obserwacji.

Rak żołądka i jelita grubego

Na podstawie zaleceń National Cancer Institute 201517 można stwierdzić, że w ramach działań związanych z profilaktyką pierwotną należy ograniczać ekspozycję na czynniki ryzyka oraz zwiększać ochronę poprzez czynniki zabezpieczające przed wystąpieniem nowotworu. W ramach edukacji zaleca się informowanie pacjenta żeby zwracał uwagę na następujące czynniki: przebyte choroby lub choroby obecnie przebiegające, które mogą mieć wpływ na rozwój nowotworu w przyszłości, czynniki genetyczne, niewłaściwa dieta czy też negatywny wpływ środowiska. Czynniki, które pozytywnie wpływają na zmniejszenie ryzyka wystąpienia nowotworu żołądka to: zaprzestanie palenia tytoniu czy też poddanie się leczeniu zakażenia *Helicobacter pylori*.

Z kolei Autorzy publikacji Pasechnikov 201418 stwierdzili, że w ramach profilaktyki pierwotnej (edukacji) warto informować pacjenta o czynnikach ryzyka oraz wzmocnieniu ochrony własnego zdrowia, zmianie stylu życia oraz szeroko rozumianej chemoprewencji.

Na podstawie rekomendacji American Association for Clinical Chemistry 2010 stwierdza się, że stosowanie antygenu rakowo-płodowego CEA jako metody służącej wczesnemu wykryciu nowotworu żołądka nie jest metodą zalecaną gdyż jego stężenie może wzrastać w innych nowotworach, np. trzustki, jelita grubego, wątroby i chorobach nienowotworowych, takich jak marskość wątroby, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zapalenie trzustki. Marker ten nie ma zastosowania w badaniach przesiewowych. Brak jest również dużych randomizowanych badań na zastosowanie CEA jako metody przesiewowej w populacji bezobjawowej. Sugeruje się prowadzenie dalszych badań w tym zakresie.

Rak płuc

Na podstawie publikacji Field 2013 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 (nawet o 20-45%), np. w postaci tzw. interwencji tytoniowych.

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.441.88.2017 „Wygoń raka z miasta” realizowany przez: Miasto Nowy Sącz, Warszawa, maj 2017 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki raka piersi – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2015 r., „Programy przeciwdziałania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz rakowi szyjki macicy – wspólne podstawy oceny” z listopada 2015 r., „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów skóry – wspólne podstawy oceny” z września 2012 r., „Programy wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego – wspólne podstawy oceny” z listopada 2016 r., „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego – wspólne podstawy oceny” z maja 2015 r., „Wykrywanie wczesnych zmian nowotworowych górnych dróg oddechowych – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2013 r., „Programy wczesnego wykrywania raka płuca – wspólne podstawy oceny” z maja 2014 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 131/2017 z dnia 22 maja 2017 roku o projekcie programu „Wygoń raka z miasta” (m. Nowy Sącz)