



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 228/2017 z dnia 5 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka
kobięcych chorób nowotworowych wśród mieszkanek gminy Ujazd
w wieku 18+”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka kobiecych chorób nowotworowych wśród mieszkanek gminy Ujazd w wieku 18+” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie gminy Ujazd. Należy mieć jednak na uwadze, że w celu zachowania wysokiej jakości programu, warto doprecyzować poszczególne jego elementy.

Zaplanowane cele programowe należy przeformułować zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności określono poprawnie.

W zakresie populacji docelowej należy określić kryteria kwalifikacji do programu, które pozwolą skierować działania do grupy najbardziej potrzebującej oraz wyeliminować ryzyko podwójnego finansowania danych świadczeń.

W ramach interwencji zaplanowano działania stanowiące standardowe postępowanie diagnostyczne z zakresu ginekologii. Biorąc jednak po uwagę, że na terenie gminy Ujazd nie działa żaden podmiot świadczący wskazane badania, które są finansowane ze środków NFZ, program może stanowić próbę zaspokojenia potrzeb mieszkańców.

Wskazać jednak należy, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować, dla mieszkańców tej wspólnoty, świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się jednak, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

W projekcie zaplanowano także spotkania instruktażowe w zakresie samobadania piersi. Jest to działanie poprawne, jednak edukacja zdrowotna powinna być skierowana do całej populacji docelowej, tak aby jej wpływ na zachowania zdrowotne mieszkanek był zauważalny.

Monitorowanie zaplanowano poprawnie. Ewaluacja programu powinna natomiast zostać uzupełniona o wskaźniki, które pozwolą przeprowadzić ten proces w pełnym zakresie.

Budżet nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej profilaktyki raka piersi. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 222 650 zł, 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz. 1126): „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: nowotworów złośliwych”.

W projekcie opisano problem zdrowotny związany z nowotworami piersi i narządu rodno u kobiet. Odniesiono się też do danych epidemiologicznych. Na podstawie danych pochodzących z map potrzeb zdrowotnych, opracowanych w ostatnim czasie przez MZ, wnioskować można, iż prognozowana 5-letnia chorobowość onkologiczna w województwie łódzkim wzrośnie w latach 2016-2029 o 3 tys. przypadków (tj. z poziomu 31 tys. do 34 tys.; +10%). Największa chorobowość 5-letnia w województwie będzie dotyczyć nowotworów złośliwych piersi i w roku 2016 będzie wynosić 5 860 przypadków.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie wykrywalności chorób nowotworowych typowych dla kobiet w populacji mieszkanki gminy Ujazd powyżej 18 r.ż.”. Sformułowano także 4 cele szczegółowe, które powinny stanowić uzupełnienie głównego założenia programu. Przedstawione cele nie są zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W sposób prawidłowy przedstawiono mierniki efektywności programu.

Populacja docelowa

Populację docelową ocenianego projektu stanowią kobiety powyżej 18 r.ż. Zgodnie z informacjami przedstawionymi w projekcie, opracowanymi na podstawie danych z ewidencji ludności Urzędu Gminy Ujazd, ww. gmina zamieszkiwana jest przez 7,8 tys. osób, w tym 3347 kobiet w wieku powyżej 18 r.ż. Dane przedstawione w projekcie można uznać za zbieżne z informacjami pozyskanymi z GUS. Niemniej jednak, do udziału w programie zaproszonych zostanie rocznie jedynie 16% możliwych do włączenia kobiet, tj. 500-550 osób, co spowodowane jest względami finansowymi.

W projekcie nie określono kryteriów kwalifikacji do programu. Biorąc pod uwagę możliwości jednostki co do liczby uczestników programu, warto w tym zakresie określić kryteria, które spowodowałyby skierowanie programu do najbardziej potrzebujących mieszkanki. Mogą to być np. osoby z grup ryzyka wystąpienia nowotworu oraz osoby o niskim statusie socjo-ekonomicznym, które zagrożone są wykluczeniem społecznym.

Interwencja

W ramach programu planuje się przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej (w tym instruktaż samobadania piersi) oraz ginekologicznych świadczeń diagnostycznych: badania ginekologicznego, badania cytologicznego, badania USG narządu rodno.

Planowane działania w zakresie ginekologicznych świadczeń diagnostycznych są świadczeniami gwarantowanymi oferowanymi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Istnieje zatem ryzyko ich podwójnego finansowania. Warto w tym celu zaplanować kryteria wykluczenia z programu, np. dla kobiet, które w ostatnim roku wykonywały ww. badania diagnostyczne.

Warto podkreślić, że na terenie gminy nie funkcjonuje żaden podmiot leczniczy, który miałby podpisaną umowę z NFZ w zakresie ww. świadczeń. Zaplanowane w programie działania mogą stanowić próbę zwiększenia dostępu do opieki zdrowotnej dla kobiet w wieku 18 lat i więcej.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować, dla mieszkańców tej wspólnoty, świadczenia gwarantowane, na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania, w tym zakresie, programu polityki zdrowotnej. Projekt zakłada także prowadzenie edukacji zdrowotnej z zakresu samobadania piersi, co jest działaniem rekomendowanym. Instruktaże mają być realizowane indywidualnie przez położną.

Zgodnie z rekomendacjami/wytycznymi w przedmiotowym zakresie, zaleca się przeprowadzanie edukacji zdrowotnej kobiet dotyczącej przede wszystkim wczesnego rozpoznawania u siebie oznak mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej. Kobiety, które zdecydują się na wykonywanie regularnego samobadania piersi powinny zostać w tym zakresie przeszkolone, a technika badania powinna być sprawdzana pod względem jej prawidłowości w badaniach okresowych. Wyniki odnalezionych badań dla skuteczności klinicznej samobadania piersi wykazują z kolei, iż wykonywanie samobadania piersi zależy od przekonań zdrowotnych kobiet, w związku z czym w planowanych działaniach edukacyjnych należy wziąć pod uwagę przede wszystkim motywację kobiet do wykonywania tego badania. Warto wskazać, że edukacja stanowi istotne działanie, które może być realizowane przy niskim nakładzie finansowym. Jednak, aby efekty jej były widoczne w populacji, konieczne jest skierowanie działań do całej populacji docelowej.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu zaplanowano poprawnie, uwzględniając zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń.

Ewaluacja programu opiera się głównie na wskaźnikach dotyczących zgłaszalności do programu. Brakuje określenia poszczególnych wskaźników oceny efektów przeprowadzonych działań, np. zapadalność na poszczególne nowotwory w populacji objętej programem, czy wskaźniki umieralności. W kontekście działań edukacyjnych wartym uwzględnienia byłoby wykorzystanie wskaźników, np. liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworowej z podziałem na poszczególne grupy odbiorców oraz jak wygląda zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne oraz jaki odsetek kobiet i jak często wykonuje samobadanie piersi.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z wymogami ustawowymi w omawianym zakresie. W projekcie programu odniesiono się w sposób właściwy do wymaganych kompetencji i warunków niezbędnych do realizacji programu.

W treści projektu zaznaczono, że uczestniczki programu, u których w trakcie badania stwierdzone zostaną zmiany (wymagające, w ocenie lekarza, dalszych konsultacji), będą objęte opieką w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

Uczestnictwo w programie jest dobrowolne i jego zakończenie będzie możliwe na każdym etapie jego trwania.

Oceniany projekt programu zawiera zestawienie kosztów jednostkowych, a także oszacowanie kosztów całkowitych realizacji programu. Łączny koszt realizacji programu został oszacowany na kwotę 222 650 zł. Oszacowanie kosztów nie budzi zastrzeżeń, jednak należy mieć na uwadze, że w przypadku naniesienia zmian w programie koszty wymagać mogą aktualizacji.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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 jajnika to nowotwór złośliwy powstający z komórek nowotworowych obecnych w jednym lub obu jajnikach, którego dalszy rozwój może zagrażać innym tkankom i doprowadzać do przerzutów. Obecnie nie ma skutecznej metody wczesnego wykrywania raka jajnika, diagnozuje się go zazwyczaj w stadium zaawansowanym. Rak jajnika stanowi 6 miejsce wśród nowotworów u kobiet pod względem zachorowalności.

W etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie HPV (HPV, human papilloma virus). Częstość zakażeń HPV w krajach o wysokiej zachorowalności na raka szyjki macicy mieści się w granicach 10–20%, a w krajach o niskiej zachorowalności wynosi 5–10%. W Polsce liczba zachorowań na raka szyjki macicy wynosi ok. 3300 rocznie zaś liczba zgonów z powodu tego nowotworu to ok. 1750 rocznie.

Rak trzonu macicy (rak endometrium) związany jest z nadmiernym pobudzeniem przez estrogeny bez przeciwstawnego działania progestagenów i jest zaliczany do najlepiej rokujących nowotworów złośliwych narządu płciowego kobiety (przeżycie 5-letnie wynosi ogółem ok. 65%). Częstość zachorowań w Polsce wynosi ok. 4800 nowych zachorowań rocznie. Każdego roku w Polsce na raka trzonu macicy umiera około 950 chorych.

Alternatywne świadczenia

Obecnie w Polsce finansowany ze środków publicznych jest „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 mammografii, poza ww. 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).

W ramach badań ultrasonograficznych występujących jako świadczenia gwarantowane AOS (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), wskazuje się między innymi na możliwość wykonania w ramach opieki ambulatoryjnej badania USG piersi.

W Polsce realizowany jest również „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.

Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe realizowany jest w ramach „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006 – 2015”. Celem programu jest prewencja oraz znaczne zwiększenie odsetka wczesnych rozpoznań i dzięki temu wyleczeń raka piersi i raka jajnika poprzez identyfikowanie – na podstawie ankiet wśród osób zdrowych lub dokładnych wywiadów rodzinnych wśród osób chorych – kobiet, u których występuje wysokie ryzyko zachorowania. Ponadto, program obejmuje badanie nosicielstwa mutacji genu BRCA1, objęcie kobiet z grupy wysokiego ryzyka programem corocznych badań ukierunkowanych na wczesne rozpoznanie raka piersi i wyodrębnienie grupy kobiet najwyższego ryzyka, u których należy rozważyć opcje postępowania profilaktycznego.

W ramach „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” MZ prowadzi program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe. Jednym z jego modułów jest ten dotyczący trzonu macicy. Grupę najwyższego ryzyka tworzą rodziny z trzema zachorowaniami na raka trzonu macicy, jajnika, żołądka i/lub nerki wśród krewnych I i II stopnia.

Ocena technologii medycznej

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 lat (wraz na 1-3 lata) i że programy, w ramach których są one realizowane, spełniają odpowiednie kryteria jakości.

Prescrire International 2015 stwierdza, że o udziale w ww. badaniach powinny decydować wyłącznie kobiety, po podjęciu wraz z lekarzem świadomego wyboru (uwzględniając bilans korzyści i szkód). Sociedad Española de Oncología Médica 2014 wskazuje, że kobiety w wieku 40-49 lat mogą mieć wykonywaną mammografię ze wskazań indywidualnych co 2 lata. Centers for Disease Control and Prevention wskazuje, że kobiety mające 40 - 49 lat powinny skonsultować się z lekarzem lub pracownikiem służby zdrowia w celu oszacowania potrzeby wykonania badania mammograficznego. Kobiety powinny być powiadomione o korzyściach i zagrożeniach wiążących się z tym badaniem. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2011, The National Comprehensive Cancer Network 2011, American College of Radiology 2011 rekomendują coroczne badanie mammograficzne piersi u kobiet powyżej 40 r.ż. National Cancer Institute (NCI) 2010 zaleca, aby w tej grupie kobiet badanie mammograficzne było wykonywane corocznie lub co 2 lata. The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2016 i American Academy of Family Physicians 2016 wskazują, że wykonywanie badań mammograficznych u kobiet w wieku 40-49 lat powinno być decyzją indywidualną, poprzedzoną edukacją odnośnie korzyści i wad samego badania. American Cancer Society 2015 wskazuje, że kobiety w wieku 45-49 lat powinny mieć wykonany raz w roku badanie mammograficzne. International Agency for Research on Cancer 2015 wskazuje, że nie ma wystarczających dowodów na prowadzenie badań przesiewowych za pomocą badania mammograficznego.

Ponadto, odnalezione wytyczne rekomendują wykonywanie testów genetycznych, rezonansu mammograficznego oraz dodatkowej ultrasonografii wyłącznie u tych kobiet, u których występuje wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi. Zarówno diagnostyka, jak i leczenie raka piersi powinno odbywać się 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 badań 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, 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 The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) wczesna diagnoza chorób nowotworowych oraz wybór optymalnej drogi leczenia prowadzi do mniejszej śmiertelności oraz zwiększa przeżywalność u pacjentów cierpiących na raka piersi.

Eksperti 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 jajnika

Wytyczne The Association of Community Cancer Centers 2009 stwierdzają, że jedynie kobiety z wysokim dziedzicznym ryzykiem zachorowania na raka jajnika są corocznie badane przy użyciu badania ginekologicznego, przezpochwowej USG oraz badania poziomu CA-125 w surowicy krwi.

U kobiet z potwierdzonym nosicielstwem mutacji genów BRCA1 lub BRCA2 zaleca się przeprowadzanie testów przesiewowych polegających na okresowym badaniu stężenia markera CA-125 w surowicy krwi oraz przezpochwowego badania USG począwszy od wieku 30-35 lat lub 5-10 lat przed datą najwcześniejszej diagnozy raka jajnika w rodzinie (ACOG 2009).

Wytyczne NICE 2011 określają, że należy wykonać USG jamy brzusznej oraz miednicy u kobiet z podejrzeniem raka jajnika w ramach opieki specjalistycznej, jeżeli nie zostało wykonane w ramach opieki podstawowej (jeżeli kobieta wcześniej zgłosiła lekarzowi zachodzenie objawów sugerujących możliwość występowania raka jajnika).

Badanie pacjentów zgłaszających występowanie objawów powinno polegać na badaniu fizykalnym i dodatkowo może włączać przezpochwowe USG oraz pomiar poziomu markera CA-125 w surowicy krwi (ACOG 2011).

The National Breast and Ovarian Cancer Centre 2004 stwierdza, że brakuje jakiegokolwiek badania, w którym rekomendowano by rutynowe wykonywanie skriningu w kierunku raka jajnika, w generalnej populacji.

Coroczny skrining z wykorzystaniem USG przezpochwowego oraz oznaczeniem poziomu markera CA125 nie zmniejsza ryzyka zachorowania na raka jajnika. Skrining w kierunku jajnika może doprowadzić do znaczących szkód, włączając w to duże zabiegi chirurgiczne wśród kobiet, które nie mają raka. Z tego względu szkody płynące ze skriningu przewyższają korzyści (USPSTF 2012).

Rak szyjki macicy

Wczesne wykrywanie raka szyjki macicy (RSzM) 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 skriningu w kierunku RSzM. Wg International Federation of Gynecology and Obstetrics 2009 powtarzanie cytologii powinno odbywać się zgodnie z lokalnymi standardami, jednak nie rzadziej niż raz na 5 lat u kobiet do 60 r. ż. Wytyczne World Health Organization z 2006 r. stwierdzają, że cytologia jest rekomendowaną metodą skriningową 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 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 skuteczne w celu zmniejszenia śmiertelności u bezobjawowych kobiet. Odniesiono się również do populacji kobiet przyjmujących tamoksyfen. 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.

Raka trzonu macicy

Badania przesiewowe w kierunku raka trzonu macicy nie są zalecane zarówno w populacji ogólnej, jak i u kobiet ze zwiększonym ryzykiem zachorowania związanym z otyłością, bezdiętnością, cukrzycą lub zażywaniem tamoksyfenu.

Obecnie screening jest zalecany w populacji kobiet znajdujących się w grupie wysokiego ryzyka zachorowania, tj. z predyspozycjami genetycznymi (zespół Lyncha - dziedzicznym rakiem jelita grubego niezwiązanym z polipowatością). Ryzyko zachorowania w tej grupie wynosi 40 – 60%.

Kobiety przyjmujące tamoksyfen znajdują się w grupie wyższego ryzyka zachorowania na raka trzonu macicy i o każdym krwawieniu (plamieniu) powinny informować lekarza. Jednak USG jako badanie przesiewowe nie jest zalecane wśród kobiet bezobjawowych przyjmujących tamoksyfen.

Ponieważ nie ma dowodów uzasadniających rutynowe badanie przesiewowe w kierunku raka trzonu macicy wysiłki powinny być kierowane na edukację kobiet po menopauzie. Powinno zwracać się szczególną uwagę na konieczność zgłaszania lekarzowi jakiegokolwiek krwawienia (plamienia) z pochwy.

Najczęściej stosowanym badaniem przesiewowym w grupie kobiet wysokiego ryzyka jest coroczne badanie USG transwaginalne.

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.441.231.2017 „Profilaktyka kobiecych chorób nowotworowych wśród mieszkanki gminy Ujazd w wieku 18+” realizowany przez: Gminę Ujazd, Warszawa, sierpień 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki raka piersi – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 268/2017 z dnia 28 sierpnia 2017 roku o projekcie programu „Profilaktyka kobiecych chorób nowotworowych wśród mieszkanki gminy Ujazd w wieku 18+”