

Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 98/2011 z dnia [REDACTED]
o programie zdrowotnym
„Profilaktyka w walce z rakiem szyjki macicy i prostaty
w gminie [REDACTED] w latach 2011-2013”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „Profilaktyka w walce z rakiem szyjki macicy i prostaty w gminie [REDACTED] w latach 2011-2013” dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego, jednakże z uwagi na brak budżetu, pokrywanie się świadczeń z Populacyjnym Programem Profilaktyki Raka Szyjki Macicy oraz brakiem dowodów skuteczności przesiewowego badania PSA, nie może być pozytywnie zaopiniowany.

Uważa się, że w etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, human papilloma virus). Niemniej, ze względu na zbyt krótki okres obserwacji (szczepienia wprowadzono w 2002 r. a rak rozwija się w ciągu 14 lat), brak jest dotychczas twardych dowodów, że uniknięcie zakażenia wpływa na uniknięcie powstania nowotworu. Obok zakażenia HPV, do czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy należą: wczesne rozpoczęcie życia płciowego (przed 18 rokiem życia), duża liczba partnerów seksualnych, zakażenie HIV lub inne upośledzające system immunologiczny, palenie tytoniu, niski status ekonomiczny oraz liczne ciążę i porody.

Wyróżnia się wysokoonkogenne i nisko onkogenne typy HPV. Poszczególne typy HPV wykazują zróżnicowane powinowactwo narządowe. W praktyce ginekologicznej istotne znaczenie mają wysoko onkogenne typy wirusa, które występują z różną częstością i są oznaczane jako HPV-16, -18, -45, -31, -33, -52, -58, -35, -59, -56, -39, -51, -73, -68 i -66. W Europie najczęściej rozpoznaje się zakażenie typami 16, 18, 45, 31 wirusa, a najrzadziej typem 66. Zakażenia wirusami wysoko onkogennymi są związane z powstawaniem zmian przednowotworowych i nowotworów narządów płciowych, odbytu, a także pozagenitalnych – głowy i szyi. Do najczęściej występujących nisko onkogennych HPV zalicza się m.in. typy 6 i 11, związane z powstawaniem kłykcin kończystych na narządach płciowych oraz nawrotowej brodawczakowatości dróg oddechowych (RRP).

Transmisja zakażenia HPV odbywa się głównie drogą płciową. Rzadko spotykane jest zakażenie nabyte inną drogą. Powinowactwo do nabłonka narządu płciowego kobiety wykazuje ok. 40 typów HPV. Zakażenie HPV może być jawne klinicznie lub przybrać formę subkliniczną, albo utajoną. Objawy kliniczne zakażenia typami nisko onkogennymi obejmują kłykciny płaskie lub kończyste narządów płciowych o różnym nasileniu. W fazie utajonej zakażenia nie występują objawy. Na każdym z powyższych etapów zakażenie może ulec progresji, samoistnej regresji lub stać się procesem przewlekłym.

Najczęściej zakażenie HPV przebiega bezobjawowo i ulega samowyleczeniu. U kobiet do 25 roku życia większość infekcji ulega regresji w ciągu 12-18 miesięcy. Utrzymywanie się zakażenia powyżej 24 miesięcy jest związane z zakażeniem wirusami wysoko onkogennymi. Liczba nowych zakażeń maleje wraz z wiekiem, ale ryzyko przejścia zakażenia w formę przetrwałą wzrasta wraz z wiekiem osoby zakażonej. Obecny stan wiedzy nie pozwala na zidentyfikowanie wszystkich czynników, które wpływają na przetrwanie infekcji oraz jej progresji do raka szyjki macicy.

Sposób radykalnego leczenia zakażenia HPV nie jest obecnie znany. Natomiast skuteczne metody leczenia zmian przedrakowych (CIN) są ogólnie dostępne.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia wyróżnia się następujące rodzaje profilaktyki raka szyjki macicy: Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.

- profilaktyka pierwotna — zapobieganie poprzez informowanie o czynnikach ryzyka zachorowania oraz szczepienia przeciwko onkogennym typom wirusa HPV;
- profilaktyka wtórna — wykrywanie stanów przednowotworowych i wczesnych postaci raka;
- profilaktyka trzeciorzędowa — prawidłowa diagnostyka i leczenie raka.

Najskuteczniejszą metodą unikania czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy jest oświata zdrowotna informująca o czynnikach zwiększonego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i kształtująca zachowania prozdrowotne.

Cele edukacji w zakresie prewencji raka szyjki macicy obejmują: zwiększenie poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka chorób nowotworowych najczęściej występujących u kobiet oraz sposobów ich redukcji, zwiększenie świadomości zdrowotnej i wyrobienie nawyku dbania o własne zdrowie, uświadomienie kobietom, że jedyną możliwością wykrycia choroby są regularne profilaktyczne badania cytologiczne, poprawa wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet nie objętych przesiewem (samodzielne zgłaszanie się na kontrolne badania cytologiczne).

Edukacja powinna dotyczyć różnych grup społeczno-zawodowych, a także środowisk medycznych (wymaga udziału specjalistów). Miejsce do działań edukacyjnych powinno obejmować szkoły, zakłady opieki zdrowotnej, zakłady pracy, domy kultury, świetlice, zakłady karne oraz środki masowego przekazu.

Działania edukacyjne w zakresie prewencji pierwotnej raka szyjki macicy zmierzają do wyeliminowania lub ograniczenia środowiskowych czynników ryzyka związanych z paleniem tytoniu, piciem alkoholu, niewłaściwym odżywianiem, otyłością i brakiem aktywności fizycznej, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi.

Działania edukacyjne w zakresie prewencji wtórnej zmierzają do wykrywania choroby we wczesnym stadium rozwoju poprzez informowanie o badaniach cytologicznych szyjki macicy, zachęcanie do aktywnego udziału w populacyjnych programach badań cytologicznych oraz informowanie o możliwościach leczenia choroby.

W Europie głównym typem onkogennym HPV jest typ HPV 16, którego obecność stwierdza się w 53% przypadków raka i nabłonkowej neoplazji (CIN 1–CIN 3). Drugim co do częstości jest typ 18, występujący w 15% przypadków. W Polsce zarejestrowane są dwie szczepionki: dwuwalentna przeciw HPV 16 i 18 oraz czterowalentna przeciw HPV 6, 11, 16, 18. Szczepionka czterowalentna zapobiega ponadto zmianom dysplastycznym średniego i dużego stopnia (VIN2 i VIN3) oraz brodawkom zewnętrznym narządów płciowych związanych najczęściej z zakażeniem typem 6 lub 11 wirusa brodawczaka ludzkiego.

W szczepieniach populacyjnych zaleca się stosowanie szczepionki u dziewcząt przed rozpoczęciem życia płciowego. W wielu krajach najbardziej rekomendowany jest wiek 11-12 lat. Także starsze kobiety odnoszą korzyści zdrowotne ze szczepienia anty-HPV. Kobiety poddane szczepieniom anty-HPV powinny wykonywać systematyczne badania cytologiczne.

Należy eliminować przekonanie, że szczepienie zastępuje badania przesiewowe i uświadamiać, że szczepionki zapobiegają zakażeniu wywołanemu przez wirusy typu 16 i 18 oraz pokrewne antygenowo typy 45 i 31, odpowiedzialne w sumie za 70-80% przypadków raka szyjki macicy, nie chronią jednak przed zakażeniem pozostałymi typami wirusów onkogennych, dla których nadal najważniejszą metodą profilaktyczną pozostają badania przesiewowe.

Badanie cytologiczne spełnia kryteria Światowej Organizacji Zdrowia dla badań zalecanych w przesiewie (łatwe i tanie do wykonania, akceptowane przez kobiety, skutecznie wykrywające stany przedrakowe, które można wyleczyć), pozwala na wykrycie zmian w obrębie szyjki macicy, zanim nabiorą charakteru nowotworowego, umożliwia wczesne rozpoznanie choroby. Powinno być wykonywane u kobiet od momentu rozpoczęcia aktywności seksualnej lub po ukończeniu 18 roku

życia. Kobiety mające wielu partnerów powinny wykonywać badanie cytologiczne raz w roku. Kobiety z prawidłowym obrazem cytologicznym, pozostające w stałym związku, powinny wykonywać badanie nie rzadziej niż co trzy lata.

Powyższe zalecenia kliniczne oparto na licznych rekomendacjach, w tym: PTG (2009, 2006), PUO (2009), ^{Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.} PTPZ-HPV (2008), WHO (2009), ECDC (2008), ACIP (2009), ACS (2007), CDC (2010), CIC (2007), CPS (2007), Prescrire (2007), ACOG (2010), SOG, SCC, SOGC (2011), ^{Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.} FIGO (2009), HAS (2007).

W Polsce realizowany jest Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, oparty na badaniu cytologicznym. Program realizowany jest w oparciu o Ustawę z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" (Dz.U.05.143.1200) oraz o Uchwałę Nr 24/2011 Rady Ministrów z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" w roku 2011 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2012 i 2015.

Zgodnie z programem szczepień ochronnych na rok 2011, szczepienia przeciwko wirusowi HPV znajdują się na wykazie szczepień zalecanych – niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia.

Pod względem zapadalności kobiet na nowotwory złośliwe w Polsce, w ostatnich latach na pierwszym miejscu znajduje się rak piersi, który stanowi około 22% zachorowań na nowotwory. Rak szyjki macicy stanowi 5% zachorowań i zajmuje szóste miejsce. Wśród przyczyn zgonów Polek z powodu nowotworów złośliwych pierwsze miejsce zajmuje rak płuca, na drugim jest rak piersi, a następnie rak jelita grubego (odcinek okrężnicy), rak szyjki macicy zajmuje ósme miejsce.

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2008 roku liczba przypadków zachorowań na raka szyjki macicy wyniosła 3 270, a współczynnik standaryzowany względem wieku 11,3/100 tys. W tym samym roku zanotowano 1 745 zgony na raka szyjki macicy. Współczynnik zgonów standaryzowany względem wieku wyniósł 5,3/100 tys.

Podsumowując opinie ekspertów:

- Zasadne jest prowadzenie programów profilaktyki raka szyjki macicy, z uwzględnieniem szczepień przeciwko zakażeniom HPV.
- Skuteczność i opłacalność profilaktyki w porównaniu z leczeniem jest szczególnie widoczna w przypadku schorzeń o złym rokowaniu.
- Sytuacja epidemiologiczna raka szyjki macicy w Polsce jest niepokojąca – wysokość wskaźników zachorowalności i umieralności należy do najwyższych wśród krajów UE.
- Szczepienia przeciwko onkogennym typom wirusa HPV, obok oświaty zdrowotnej, kształtującej aktywną postawę wobec zagrożenia chorobą, są istotnym elementem profilaktyki raka szyjki macicy.
- Wprowadzenie do programu profilaktyki prewencji pierwotnej, opartej na masowych szczepieniach przeciwwirusowych, nie stanowi podstawy do zmian zasad prowadzenia przesiewowych badań cytologicznych i nie zwalnia kobiet zaszczepionych z obowiązku korzystania z bezpłatnych, wykonywanych co trzy lata badań cytologicznych.
- Zjawisko częściowej lub całkowitej refundacji szczepień przeciwko HPV ze środków publicznych w większości krajów Unii Europejskiej, potwierdza, że szczepienia przeciwko onkogennym typom wirusa HPV są istotnym elementem profilaktyki raka szyjki macicy - obok oświaty zdrowotnej, kształtującej aktywną postawę wobec zagrożenia chorobą.

Rak gruczołu krokowego (stercza, C 61) – jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Ponadto jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w krajach wysokorozwiniętych.

Czynnikami ryzyka jest 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. W rozwoju nowotworu istotną rolę odgrywają androgeny. Kastraci oraz mężczyźni z niedoczynnością przysadki rzadko chorują na raka stercza. Istnieją dowody, iż na zmianę ryzyka zachorowania wpływa sposób odżywiania. Dodatkowym czynnikiem ryzyka zachorowania może być pochodzenie etniczne. W Stanach Zjednoczonych standaryzowany współczynnik zapadalności na raka stercza wśród mężczyzn pochodzenia afrykańskiego w 2004 roku był o około 60% wyższy (165,8/100 tys.) niż u osób rasy kaukaskiej (105,5/100 tys.). Rak gruczołu krokowego jest drugim nowotworem u mężczyzn pod względem częstości rozpoznawania. Rocznie diagnozuje się około 900 tys. nowych przypadków zachorowań z czego około 75% wykrywa się w państwach uprzemysłowionych.

W Polsce co roku odnotowuje się około 7 tys. nowych zachorowań. Z powodu raka gruczołu krokowego każdego roku umiera ponad 3,5 tys. mężczyzn. Pod względem zachorowalności jak i umieralności z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn, rak gruczołu krokowego zajmuje w Polsce 2 miejsce, za nowotworem złośliwym oskrzela i płuca. W 2007 r. Rak gruczołu krokowego stanowił 11,8% wszystkich nowo diagnozowanych nowotworów u mężczyzn.

Chorzy z miejscowym lub regionalnym zaawansowaniem raka gruczołu krokowego zazwyczaj nie mają objawów lub mają objawy typowe dla łagodnego przerostu prostaty (częstomocz, nykturia, naglące parcie na mocz, pieczenie w czasie mikcji, uczucie niepełnego wypróżnienia, wąski strumień moczu). Sporadycznie objawem jest krwinkomocz. W zaawansowanym stadium choroby mogą wystąpić: ból kostny (m.in. w okolicy lędźwiowego odcinka kręgosłupa), utrata masy ciała, rzadziej objawy ucisku na rdzeń kręgowy. Podczas badania *per rectum* możliwe jest wykrycie guza zlokalizowanego w tylnej i bocznych częściach stercza (25-30% guzów jest niewyczuwalnych palpacyjnie); typowo wyczuwa się niesymetryczne obszary stwardnień lub guzki (w odróżnieniu od symetrycznego powiększenia i gładkiej powierzchni gruczołu w łagodnym rozroście). Stosunkowo często rak stercza stwierdza się w badaniu histologicznym materiału sekcyjnego, co wskazuje na istnienie postaci utajonych, niepowodujących objawów klinicznych, a więc niezagrażających życiu i niewymagających leczenia.

Badania stosowane w rozpoznawaniu raka gruczołu krokowego obejmują: badania laboratoryjne (stężenie PSA – swoisty antygen gruczołu krokowego, odsetek wolnego PSA), badania obrazowe (przezodbytnicza ultrasonografia) oraz badania mikroskopowe. Rozpoznanie ustala się na podstawie wyniku badania cytologicznego lub histologicznego. Złotym standardem jest badanie histologiczne wycinków pobranych w biopsji gruboigłowej rdzeniowej, wykonanej pod kontrolą przezodbytniczego USG. Należy pobrać nie mniej niż 6 wycinków w celu zwiększenia prawdopodobieństwa znalezienia komórek nowotworowych i ustalenia stopnia złośliwości. Rzadziej pobiera się wycinki operacyjnie. W stadium bezobjawowym wskazaniem do badania mikroskopowego jest najczęściej stwierdzenie zwiększonego stężenia PSA w surowicy. W niektórych przypadkach nowotwór prostaty może być wykryty z wykorzystaniem badania *per rectum*. Jednakże przydatność tego badania jest ograniczona i zależy w dużej mierze od doświadczenia wykonującego je lekarza. Pomimo to zalecane jest regularne badanie *per rectum* mężczyzn po 50 roku życia. Czynniki takie jak: podwyższone stężenie PSA, obciążenie rodzinne, nieprawidłowe wyniki badania *per rectum* wskazują na podwyższone ryzyko wykrycia raka stercza w badaniu biopsyjnym, podczas gdy uprzednio uzyskane wyniki negatywne badania biopsyjnego świadczą o zmniejszonym ryzyku wykrycia raka stercza. Metody diagnostyczne stosowane do rozpoznawania raka gruczołu krokowego, pomimo zdolności do wykrywania wczesnych etapów choroby, nie pozwalają odróżnić nowotworu prowadzącego do zgonu od zmian stanowiących niewielkie zagrożenie dla życia. W badaniu laboratoryjnym oznacza się podwyższenie stężenia PSA oraz zwiększony odsetek wolnego PSA. W 85% przypadków raka gruczołu krokowego stężenie PSA ≥ 4 ng/ml oraz wolny PSA stanowi $\geq 25\%$ całkowitego PSA. Należy zaznaczyć, że badanie to nie jest swoiste dla raka stercza.

Wybór metody leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby, stanu ogólnego pacjenta oraz jego wieku. Leczenie radykalne (operacyjne) lub radioterapia jest wskazana w przypadku raka ograniczonego do gruczołu krokowego, przy spodziewanym czasie przeżycia naturalnego nie mniejszym niż 10 lat. Leczenie radykalne związane jest z częstymi powikłaniami, takimi jak nietrzymanie moczu i impotencja, które występują u odpowiednio, 1/3 do 2/3 chorych.

Przeżycie chorych zależy od stopnia zaawansowania choroby oraz zastosowanego sposobu leczenia. Po leczeniu radykalnym odsetek przeżyć 5-letnich wynosi 70-85%, zaś odsetek przeżyć 10-letnich 50-75%. U mężczyzn z miejscowym lub lokalnym zaawansowaniem raka gruczołu krokowego przeżycie 5-letnie wynosi około 100%. W przypadku chorych niekwalifikujących się do leczenia radykalnego progresję choroby można zauważyć w chwili rozpoczęcia hormonoterapii, ale zwykle w ciągu 18-36 miesięcy od rozpoczęcia leczenia. Chorzy z nowotworem zaawansowanym miejscowo przeżywają zazwyczaj około 4,5 roku, zaś chorzy z przerzutami – około 1-3 lat.

Wśród metod zapobiegania raka gruczołu krokowego wyróżnia się: profilaktykę pierwotną, polegającą na eliminowaniu narażenia na czynniki ryzyka zachorowania, takie jak: palenie tytoniu, nadmierna ekspozycja na promieniowanie słoneczne czy nieprawidłowa dieta; profilaktykę wtórną – badania przesiewowe, oparte na: oznaczaniu PSA, badaniu *per rectum* oraz transrektalnym badaniu USG, których celem jest wykrywanie stanów przednowotworowych i nowotworów w fazie przedklinicznej lub we wczesnych stadiach klinicznych, co może prowadzić do zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów.

Powyższe zalecenia kliniczne oparto na licznych rekomendacjach, w tym: PUO (2010), WHO (2007), EAU (2010), Prescrire (2009), UKNSC (2010), NICE (2008), ACS (2010), ICSI (2010), AUA (2009), ^{Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.} PSTF (2008), ACPM (2008).

Podsumowując opinie ekspertów:

- Wyniki leczenia raka gruczołu krokowego w Polsce są niezadawalające i u większości chorych nowotwór rozpoznawany jest w późnych stadiach zaawansowania.
- Z uwagi na częstość występowania, rak gruczołu krokowego stanowi duży problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny.
- Poprawa wyników może być uzyskana przez prowadzenie badań profilaktycznych i zapewnienie dostępu do leczenia zgodnego ze współczesnym stanem wiedzy.
- W obecnej sytuacji dostępność badań diagnostycznych w kierunku raka gruczołu krokowego (oznaczenia stężenia PSA, przezodbytniczego badania ultrasonograficznego i biopsji wykonywanej pod kontrolą USG) jest ograniczona - lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) pozbawieni są możliwości kierowania pacjentów na oznaczenie stężenia PSA.
- Wszelkie działania związane z promocją badań przesiewowych, ułatwieniem dostępu do nich, finansowania i wykonania, mogą przynieść zakładane korzyści jedynie wówczas, gdy mają charakter stały.
- W przypadku programów zakładających oznaczenie PSA oraz konsultacje lekarskie z badaniem palpacyjnym stercza jednego dnia, należy zapewnić, by krew do badania PSA pobrana była przed badaniem *per rectum*; w innym razie stężenie PSA w surowicy krwi należy określić przynajmniej po 7 dniach od badania *per rectum*. Nieprzestrzeganie tych zasad może prowadzić do podwyższenia stężenia PSA i niepotrzebnie włączać pacjentów do dalszych badań, generując tym samym niepotrzebne koszty.

Celem głównym omawianego projektu jest zmniejszenie liczby zachorowań z powodu raka szyjki macicy i raka gruczołu krokowego. Cel szczegółowy obejmuje zwiększenie świadomości społecznej w kwestii badań profilaktycznych. Program będzie realizowany w latach 2011-2013. Populację docelową stanowią dziewczęta w wieku 13 lat (szczepienie przeciwko wirusowi HPV w latach 2011, 2012, 2013), kobiety >18 roku życia (badania cytologiczne dla 1/3 populacji kobiet w każdym roku trwania programu) oraz mężczyźni >50 roku życia (badanie poziomu PSA w latach 2012 i 2013). Profilaktyka raka szyjki macicy polegać będzie na przeprowadzeniu akcji informacyjnej (prelekcje, ulotki, informacje zamieszczone na gminnej stronie internetowej).

Komentarz:

Rozpatrywany program dotyczy istotnych problemów zdrowotnych i społecznych, należących do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21.08.2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Cele projektu (zmniejszenie zachorowalności z powodu wirusa HPV, a także wczesne wykrywanie raka gruczołu krokowego, poprzez oznaczenie poziomu PSA) wpisują się w cele Narodowego

Programu Zdrowia, określającego priorytety działań w obszarze zdrowia w Polsce w latach 2007-2015 (cel strategiczny 2: „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych”, cel operacyjny: „Usprawnienie wczesnej diagnostyki nad osobami zagrożonymi m.in. nowotworami”).

Tytuł programu powinien być zmieniony, gdyż dotychczas nie ma dowodów na zapobieganie rakowi szyjki macicy przez szczepienia, a najważniejszą metodą zmniejszenia śmiertelności z tego powodu są regularnie powtarzane badania przesiewowe.

Populacja docelowa została dobrana prawidłowo. Nie określono natomiast górnych wartości wieku dla których kobiety nie będą kwalifikowały się do badań cytologicznych, a mężczyźni do oznaczenia poziomu PSA – wytyczne precyzują górny wiek w obydwu przypadkach. Dodatkowo należy zaznaczyć, że badania cytologiczne dla kobiet w wieku 25-59 lat uwzględnione w projekcie, prawdopodobnie będą nakładały się z interwencjami prowadzonymi w ramach narodowego Populacyjnego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. W związku z tym logiczne wydaje się propagowanie wśród wymienionej populacji kobiet zgłaszalność do programu narodowego.

Program dotyczący raka gruczołu krokowego przewiduje jedynie oznaczenie PSA. Brak jest informacji o planowanych działaniach edukacyjnych u mężczyzn i dalszym losie pacjentów z podwyższonym stężeniem PSA.

W programie nie zaplanowano budżetu (brak kosztów jednostkowych i ogólnych) i nie określono sposobu monitorowania.