



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 161/2016 z dnia 2 września 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka chorób
nowotworowych jamy brzusznej”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka chorób nowotworowych jamy brzusznej”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy wczesnego wykrywania nowotworów jamy brzusznej: raka trzustki, pęcherza moczowego, wątroby i nerki.

Negatywna opinia Prezesa Agencji jest uwarunkowana tym, że w odnalezionych wytycznych klinicznych zaplanowane interwencje nie są zalecane jako badania przesiewowe w kierunku nowotworów jamy brzusznej. Badania diagnostyczne są zalecane w niektórych grupach ryzyka, ale dotyczy to populacji znacznie węższej niż wskazana w programie. Wytyczne dotyczące raka pęcherza podkreślają, że badania przesiewowe w kierunku nowotworów dróg moczowych spowodowałyby zastosowanie zbędnych procedur diagnostycznych oraz wskazują na ryzyko wyników fałszywie dodatnich, które mogą prowadzić do niepotrzebnego lęku i szkód związanych z nadrozpoznawalnością, wykonywaniem niepotrzebnej diagnostyki i etykietowaniem pacjentów. *European Association of Urology* podkreśla, że rutynowe wykonywanie badań przesiewowych w kierunku raka pęcherza, nie powinno być zalecane nawet w grupach ryzyka.

W odniesieniu do pozostałych elementów projektu programu, to cele programowe warto projektować w zgodzie z regułą SMART. Istotne jest również zaplanowanie mierników efektywności, które odpowiadać będą celom programu.

Należy podkreślić, że USG jest świadczeniem finansowanym ze środków publicznych, a w Polsce funkcjonuje tzw. pakiet onkologiczny, mający na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki w kierunku choroby nowotworowej i jej leczenia. Wprowadzenie obecnie istniejącego programu może doprowadzić do podwójnego finansowania świadczeń.

Istotne jest także poprawne zaplanowanie procesu monitorowania i ewaluacji, który umożliwi zarówno bieżącą ocenę realizacji programu, jak również ocenę wpływu przeprowadzonych działań na zdrowie populacji.

W odniesieniu do zaplanowanego budżetu należy zwrócić uwagę na brak określenia składowych kosztów ponoszonych na badania diagnostyczne i działania informacyjno-edukacyjne oraz brak określenia kosztu jednostkowego, co wymagałoby uzupełnienia.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej powiatu dzierzoniowskiego w zakresie profilaktyki nowotworów jamy brzusznej, zakładający przeprowadzenie badania USG wśród mieszkańców od 40 roku życia. Realizację programu zaplanowano na 2016 r. Planowane koszty całkowite programu ujęte w budżecie Powiatu Dzierżoniowskiego zostały określone na 25 tys. zł.



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

Przedmiotowy program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim jest profilaktyka nowotworów jamy brzusznej u osób dorosłych. Opiniowany projekt programu wpisuje się w jeden z priorytetów zdrowotnych, jakim jest zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób szczegółowy. Odniesiono się do symptomów, czynników ryzyka, a także diagnostyki nowotworów jamy brzusznej: raka trzustki, pęcherza moczowego, wątroby i nerki.

W projekcie programu znajduje się odniesienie do sytuacji epidemiologicznej nowotworów trzustki, pęcherza moczowego, wątroby i nerki na Świecie i w Europie. Przedstawiono również dane dotyczące zachorowalności i umieralności w Polsce oraz zamieszczono informacje dotyczące ilości zachorowań na omawiane nowotwory w woj. dolnośląskim.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest podniesienie wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jamy brzusznej oraz obniżenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów jamy brzusznej. Cel główny należy formułować zgodnie z regułą, zgodnie z którą SMART cel powinien być m. in. szczegółowy (zawierający czytelny przekaz), mierzalny (liczbowe określenie stopnia jego realizacji), realistyczny (możliwy do osiągnięcia), ambitny/atrakcyjny i terminowy (określony w czasie). Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych, ale nie zostały one sformułowane zgodnie z zasadą SMART. Należy podkreślić, że zaproponowane w projekcie programu cele mogą być niemożliwe do osiągnięcia w określonym okresie trwania programu (1 rok) – dotyczy to w szczególności zachorowalności i umieralności na nowotwory jamy brzusznej, ponadto w związku z diagnostycznym charakterem programu należałoby spodziewać się wzrostu wskaźnika zachorowalności w początkowym okresie. Dlatego też cel dotyczący wykrywalności chorób nowotworowych jamy brzusznej, powinien być uzupełniony o prognozowaną wartość wzrostu wykrywalności, a cel dotyczący zmniejszenia umieralności z powodu chorób nowotworowych jamy brzusznej, o prognozowaną wartość spadku umieralności.

Wśród wymienionych efektów doprecyzowania wymaga zapis „szybka diagnostyka”.

Wskazano siedem mierników efektywności, ale nie odnoszą się one bezpośrednio do celów. Miernik w postaci „liczby osób zakwalifikowanych do podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory jamy brzusznej” jest nieprawidłowo sformułowany. Należy mieć na względzie, że mierniki te powinny zawierać wskaźniki, które będą określać stopień realizacji celów, a zapis "rodzaje wykrytych nieprawidłowości" nie spełniają kryterium miernika efektywności. Mierniki efektywności mogą obejmować odsetek wykrytych chorób nowotworowych, dane dotyczące liczby wykonanych badań diagnostycznych, wydanych skierowań do dalszej diagnostyki, liczby hospitalizacji związanych z leczeniem zaawansowanych stadiów choroby, liczby zgonów spowodowanych nowotworem oraz liczby osób zgłaszających się na badania profilaktyczne z odniesieniem do liczby osób objętych programem oraz liczby osób, które potencjalnie kwalifikują się do programu.

Populacja docelowa

Program dotyczy mieszkańców powiatu dzierżoniowskiego w wieku od 40 r.ż., którzy nie uczestniczyli w tego typu programie finansowanym ze środków powiatu w ciągu 3 ostatnich lat. W projekcie zapisano, że w programie będą mogły wziąć udział tylko te osoby, u których wystąpiły co najmniej trzy czynniki ryzyka zachorowania na „raka żołądka i przetyku” co wydaje się błędnym zapisem, ponieważ program ma odnosić się do nowotworów wątroby, trzustki, nerek oraz pęcherza moczowego.

Program ma być skierowany w szczególności do osób, u których występują czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory jamy brzusznej, takie jak: palenie tytoniu, utrata apetytu, nadwaga, cukrzyca, brak aktywności fizycznej, przewlekłe przyjmowanie leków, narażenie na czynniki chemiczne, zachorowania na nowotwory złośliwe w rodzinie lub przewlekły stan zapalny dróg moczowych. Należy zauważyć, że wskazane czynniki ryzyka są mało specyficzne do ocenianego zagadnienia. Stwierdzenie użyte przez wnioskodawcę („w szczególności”) nie odnosi się jedynie do osób z czynnikami ryzyka, ale również może odnosić się do ogólnej, bezobjawowej populacji.

Nie określono liczby osób, której wzięcie udziału w programie jest planowane.

Interwencja

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie u każdego uczestnika badania USG wraz z opisem, a w przypadku wykrycia nieprawidłowości, skierowanie na dodatkową konsultację specjalistyczną, która ma się odbywać już poza programem.

Ponadto zaplanowano przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dla wszystkich uczestników programu. Działania te mają obejmować propagowanie zdrowego stylu życia, eliminację czynników ryzyka, które mogą przyczynić się do rozwoju nowotworów jamy brzusznej, a także mają zachęcać do wykonywania badań profilaktycznych. Edukowanie ma odbywać się przy pomocy broszur informacyjnych oraz pogadarek. Nie określono szczegółów tych działań, ani nie określono kiedy działania te będą prowadzone. W przypadku wczesnego wykrywania chorób nowotworowych edukacja zdrowotna jest istotnym elementem, który może przyczynić się do zwiększenia zgłaszalności na badania profilaktyczne oraz zmiany stylu życia wśród uczestników. Wytyczne naukowe wskazują na istotne znaczenie działań edukacyjnych w prewencji chorób nowotworowych dotyczących informacji takich jak odpowiednia dieta i aktywność fizyczna. Należy podkreślić, że działania edukacyjne powinny być prowadzone w taki sposób, aby możliwe było objęcie nimi jak największej grupy osób, a nie tylko uczestników programu.

Nie odnaleziono rekomendacji wskazujących na zasadność stosowania USG w kierunku wykrywania nowotworów jamy brzusznej w populacji bezobjawowej.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu przewidziano jego monitorowanie i ewaluację, jednak zaplanowany proces wymaga poprawy. W celu oceny zgłaszalności, oprócz określenia liczby osób, które wzięły udział w programie, należałoby dokonać porównania do liczby osób w powiecie, którym program jest dedykowany.

Ocena jakości udzielanych świadczeń ma być dokonana na podstawie ankiety satysfakcji z udziału w programie, przeprowadzonej po zakończeniu programu.

Ocena efektywności powinna określać w jaki sposób przeprowadzone działania wpłynęły na zdrowie populacji docelowej i jej zachowania prozdrowotne. Wskazano, że w ramach oceny efektywności programu oceniona ma być liczba przebadanych osób, liczba wykrytych nieprawidłowości z podziałem na ich rodzaje, liczba dodatkowych konsultacji oraz liczba osób, które wzięły udział w kampanii informacyjno-edukacyjnej. Należy zauważyć, że liczba przebadanych osób ani liczba dodatkowych konsultacji jest są wskaźnikami efektywności programu, a jedynie jego zgłaszalności. Dane dotyczące liczby wykrytych nieprawidłowości powinny być odniesione do analogicznych danych sprzed wprowadzenia programu. W ramach oceny efektywności można by określić liczbę przebadanych osób, u których nie wykryto istniejącego procesu nowotworowego oraz liczbę osób z fałszywie dodatnimi wynikami badań. Dodatkowo warto byłoby określić współczynnik umieralności z powodu nowotworu oraz stopnie zaawansowania histopatologicznego nowotworu w momencie wykrycia. Prawidłowym wskaźnikiem dotyczącym edukacji nie jest liczba osób, które wzięły udział w kampanii informacyjno-edukacyjnej, gdyż nie musi to mieć wpływu na podniesienie poziomu wiedzy, ale np. wyniki testu sprawdzającego wiedzę uczestników programu przed i po jego realizacji.

Warunki realizacji

Realizację programu zaplanowano na 2016 r. Przewiduje się jego kontynuację w zależności od jego efektywności.

Realizator programu zostanie wybrany na zasadach konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Przedstawiono kompetencje personelu medycznego i niezbędne wymagania do realizacji programu.

W ankiecie kwalifikacyjnej do udziału w programie wskazano na konieczność wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych. Należałoby również zamieścić informacje na temat zgody pacjenta na udział w programie. Nie odniesiono się również do możliwości rezygnacji pacjenta z programu na każdym etapie jego trwania, co wymaga uzupełnienia.

Nie wskazano czy kwalifikacja do programu będzie odbywała się na podstawie kolejności zgłoszeń. Nie określono również toku postępowania w przypadku zgłoszenia się do programu większej niż planowana liczby osób.

W projekcie programu nie odniesiono się do sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych. Jest to istotne ograniczenie proponowanego programu biorąc pod uwagę fakt, że USG jamy brzusznej jest świadczeniem gwarantowanym finansowanym ze środków publicznych.

Całkowitą kwotę budżetu przeznaczoną na realizację programu, oszacowano na 25 tys. zł. Nie wyszczególniono składowych kosztów ponoszonych na badania diagnostyczne i działania informacyjno-edukacyjne oraz nie określono kosztu jednostkowego, co wymagałoby uzupełnienia. Wskazano, że powiat dopuszcza możliwość współfinansowania programu z innych źródeł, jednak nie wskazano z jakich, a także nie przedstawiono szczegółów tego działania tj. np. wielkości współfinansowania.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Nowotwory trzustki

Nowotwory trzustki to najczęściej guzy lite, rzadziej mogą mieć postać zmian torbielowatych, zawierających przestrzenie płynowe. Większość nowotworów trzustki jest wybitnie złośliwa, rozrasta się w miejscu powstania i daje przerzuty. Tylko niektóre z nich, przede wszystkim nowotwory neuroendokrynne i nowotwory torbielowate, mogą być łagodne, jednak część z nich może z czasem ulegać zezłośliwieniu. Czynnikiem ryzyka raka trzustki nazywamy wszystkie stany, które zwiększają szansę na rozwój raka trzustki u danej osoby. Czynniki ryzyka dzielimy na poddające się wpływowi i modyfikowalne, np. palenie tytoniu, oraz niepodlegające zmianom i niemodyfikowalne, np. wiek. Objawy raka trzustki występują zazwyczaj późno, gdy nowotwór jest już zaawansowany. Symptomy raka trzustki wynikają zarówno z miejscowego działania guza (np. ucisku na sąsiednie struktury), powstania odległych przerzutów, jak i ogólnego wpływu choroby nowotworowej na organizm. Nie ma również ustalonego sposobu skriningu wśród osób szczególnie zagrożonych rozwojem raka. Badania obrazowe wykorzystywane w diagnostyce nowotworów trzustki to: USG, tomografia komputerowa jamy brzusznej z kontrastem dożylnym, rezonans magnetyczny jamy brzusznej, endosonografia, endoskopowa pankreatografia wsteczna, scyntygrafia receptorowa, laparoscopia, biopsja.

Nowotwory pęcherza moczowego

Rak pęcherza moczowego należy do częściej występujących nowotworów u starszych osób – jest czwarty pod tym względem wśród mężczyzn i ósmy wśród kobiet. Nowotwory pęcherza moczowego rozpoznawane są głównie u mężczyzn po 45. roku życia. Zachorowalność na raka pęcherza moczowego jest związana z długością palenia oraz ilością papierosów wypalanych dziennie. Ryzyko zachorowania wzrasta prawie trzykrotnie u nałogowych palaczy. Kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka jest niebezpieczna ekspozycja na pochodne składników chemicznych i dotyczy pracowników przemysłu tekstylnego, gumowego, skórzanego, drukarskiego i chemicznego. Najczęstszym objawem raka pęcherza moczowego jest krwimocz. W części przypadków ilość krwi w moczu jest na tyle mała,

że nie powoduje zmiany koloru moczu i jest możliwa do wykrycia w analizie moczu (tzw. krwimocz mikroskopowy). Najpopularniejszym badaniem diagnostycznym wykorzystywanym przy podejrzeniu guza pęcherza moczowego jest cystoskopia, czyli wziernikowanie pęcherza. Przy zmianach o niejednoznacznym charakterze pobiera się wycinek do badania za pomocą specjalnych kleszczyków. Kiedy w innych badaniach obrazowych (np. USG przez ścianę brzucha) widoczny jest jednoznaczny obraz zmiany nowotworowej w pęcherzu moczowym, można ominąć wykonanie diagnostycznej cystoskopii i zakwalifikować pacjenta bezpośrednio do zabiegu elektroresekcji przezcewkowej guza (TURBT – ang. *transurethral resection of bladder tumor*), czyli zabiegu wycinającego zmianę w pęcherzu moczowym.

Nowotwory wątroby

Rak wątroby stanowi ponad 90% pierwotnych raków wątroby. Częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet (2,5:1). Największa zachorowalność na ten nowotwór obserwowana jest w 6-7. dekadzie życia. W ostatnich latach w krajach rozwiniętych, szczególnie w Europie i USA, obserwuje się znaczny wzrost zachorowań na raka wątroby. Spośród wszystkich znanych czynników ryzyka najważniejszym jest marskość wątroby, niezależnie od jej przyczyny. Niektóre z wymienionych czynników onkogennych są również czynnikami prowadzącymi do marskości. W takich przypadkach ryzyko powstania nowotworu jest większe. Przykładowo: osoba zakażona HBV ma ryzyko raka wątroby wynikające z onkogennej działalności wirusa i ryzyko to znacznie rośnie, gdy u pacjenta dojdzie do marskości na tle przewlekłego zakażenia tym wirusem. Podstawą wczesnego rozpoznania raka wątroby jest prawidłowe zróżnicowanie „podejrzanego” guzka wykrytego w badaniu USG – czy jest to jedynie guzek regeneracyjny, zbudowany z prawidłowych hepatocytów, czy jest to guzek dysplastyczny (zbite, upakowane komórki o innej niż prawidłowa budowie), ale jeszcze nienowotworowy, czy jest to już guzek prowadzący do rozwoju raka wątroby.

Nowotwory nerki

Nowotwory nerki stanowią około 3% nowotworów u ludzi dorosłych, nieco częściej występują u mężczyzn niż u kobiet. Najczęściej rozwijają się między 50. a 70. rokiem życia, chociaż pewna odmiana raka nerki dotyczy małych dzieci, w wieku nawet 6 miesięcy. Palenie papierosów okazało się czynnikiem związanym z wyższą częstością zachorowania na raka nerki u obu płci, z wyraźnie zaznaczonym efektem ilości wypalanych papierosów i długości trwania nałogu. Szacuje się, że około 30% nowotworów nerki u mężczyzn i około 24% u kobiet ma związek z paleniem tytoniu. Innymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na raka nerki jest otyłość, nadciśnienie tętnicze oraz stosowanie dużej ilości popularnych leków przeciwbólowych zawierających fenacetynę. Pewne czynniki środowiskowe, w tym szczególnie długotrwała zawodowa ekspozycja na takie substancje, jak: rozpuszczalniki trójchloroetylenowe, barwniki, garbniki do skóry, azbest czy przetwórstwo ropy naftowej, są wskazywane jako czynniki podwyższające ryzyko zachorowań na raka nerki. Wstępne podejrzenie guza nerki stawiane jest współcześnie zazwyczaj na podstawie badania ultrasonograficznego (USG) jamy brzusznej, które w wykonaniu doświadczonego lekarza może wskazać na wielkość i zaawansowanie choroby nowotworowej. Kolejnym krokiem diagnostycznym potwierdzającym rozpoznanie nowotworu jest tomografia komputerowa z podaniem kontrastu dożylnego. U części chorych korzystne może być wykonanie badania rezonansem magnetycznym. Zakres tzw. badań obrazowych dotyczy zwykle jamy brzusznej i miednicy, choć celowa jest również ocena narządów klatki piersiowej, czyli wykonanie minimum RTG klatki piersiowej.

Alternatywne świadczenia

W Polsce nie ma aktualnie żadnego programu polityki zdrowotnej/programu zdrowotnego realizowanego w ramach profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów jamy brzusznej. Od 1 stycznia 2015 r. funkcjonuje w Polsce tzw. pakiet onkologiczny, w ramach którego lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz poradnictwa ambulatoryjnego/opieki szpitalnej zobowiązani są do kierowania pacjentów z podejrzeniami nowotworów do szybkiej terapii onkologicznej. W ramach POZ możliwe jest wykonanie USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, a także USG nerek i pęcherza moczowego w ramach diagnostyki ultrasonograficznej. W ramach badań ultrasonograficznych występujących jako świadczenia gwarantowane ambulatoryjnej opieki

specjalistycznej (AOS), wskazuje się między innymi na możliwość wykonania w USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, nerek, a także pęcherza moczowego.

Ocena technologii medycznej

Rak trzustki

Według *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF 2004) i *American Academy of Family Physicians* (AAFP 2015) nie ma dowodów wskazujących, że badania przesiewowe ukierunkowane na raka trzustki są efektywne w redukowaniu śmiertelności. Odradza się przeprowadzania badania palpacyjnego brzucha, USG, a także oznaczania markerów serologicznych. USPSTF 2004 nie odnosi się do efektywności badań przesiewowych u osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia raka trzustki. *American Academy of Family Physicians* (CAPS 2012) również nie zaleca rutynowych badań przesiewowych w całej populacji, ale rekomenduje badania przesiewowe przy pomocy ultrasonografii endoskopowej (EUS, ang. *endoscopic ultrasound*) i/lub rezonansu magnetycznego (MRI, ang. *magnetic resonance imaging*) / cholangiopankreatografia metodą rezonansu magnetycznego (MRCP, ang. *magnetic resonance cholangiopancreatography*) w niektórych grupach ryzyka, takich jak: osoby z ≥ 2 węzłami krwi i co najmniej z pokrewieństwem pierwszego stopnia z chorymi na raka trzustki, u osób z mutacjami genów p16, PALB2 lub BRCA2 z pokrewieństwem pierwszego stopnia z chorymi na raka trzustki, u osób z zespołem Peutza-Jeghersa oraz u osób z zespołem Lyncha z pokrewieństwem pierwszego stopnia z chorymi na raka trzustki. Według *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE 2015) należy rozważyć pilne skierowanie na tomografię komputerową lub badanie USG (w wypadku gdy tomografia komputerowa nie jest dostępna), aby dokonać oceny w kierunku raka trzustki u osób w wieku ≥ 60 lat, które tracą na wadze i mają jakiegokolwiek z poniższych objawów: biegunka, ból pleców, ból brzucha, nudności, wymioty, zaparcia. W przypadku osób w wieku ≥ 40 lat, którzy mają żółtaczkę należy skierować pacjenta na badania w kierunku raka trzustki.

Rak pęcherza moczowego

Rekomendacje/wytyczne postępowania medycznego wskazują, że nie zaleca się skriningu w kierunku raka pęcherza moczowego w populacji bezobjawowej. Większość wytycznych rekomenduje jednak badania przesiewowe w kierunku ww. jednostki chorobowej w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia choroby (tj. m.in. wśród osób narażonych na trwałą ekspozycję kancerogenów np. w pracy zawodowej, wśród osób z problemami związanymi z układem moczowo-płciowym lub z przebyłym nowotworem pęcherza moczowego w przeszłości, wśród nałogowych palaczy tytoniu). *European Association of Urology* (EAU 2015) podkreśla, że rutynowe wykonywanie badań przesiewowych w kierunku raka pęcherza, nie powinno być zalecane nawet w grupach ryzyka. Amerykańskie wytyczne (USPSTF 2011) nie wskazują zasadności skriningu w kierunku raka pęcherza moczowego w populacji bezobjawowej. Wskazują na stosowanie wczesnej diagnostyki w grupach ryzyka (mikroskopowe badania moczu, cytologia moczu, oznaczenie biomarkerów w osadzie) ale podkreślają, że należy zdawać sobie sprawę z wysokiego ryzyka wyników fałszywie dodatnich, które mogą prowadzić do niepotrzebnego lęku i szkód związanych z nadrozpoznawalnością, wykonywaniem niepotrzebnej diagnostyki, dodatkowych cystoskopii i biopsji, etykietowaniem pacjentów. *National Cancer Institute* (NCI 2016) podkreśla, że badania przesiewowe w kierunku raka pęcherza i innych nowotworów dróg moczowych spowodowałyby zastosowanie zbędnych procedur diagnostycznych.

Rak wątroby

Odnalezione wytyczne/rekomendacje dotyczące nowotworów wątroby jasno wskazują, że nie rekomenduje się stosowania USG w populacji bezobjawowej. Zalecenia *European Association for the Study of the Liver* (EASL 2012) i *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC 2012) wskazują, że przeprowadzanie regularne (co 6 miesięcy) USG jest zasadne u osób, u których stwierdzono zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworu wątroby, tzn. u chorych z marskością wątroby w stopniu A i B wg Child-Pugha, chorych z marskością w stopniu C według Child-Pugha oczekujących na przeszczepienie wątroby, zakażonych HBV z zapaleniem wątroby bez

marskości lub z rakiem wątroby w rodzinie, chorych z zapaleniem wątroby C i zaawansowanym włóknieniem (F3), bez marskości.

Rak nerki

Informacje zawarte na stronie Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, że w przypadku nowotworów nerki na świecie nie prowadzi się badań przesiewowych w kierunku wykrywania wczesnego raka nerki, gdyż nie ma do tego podstaw naukowych. Na podstawie kanadyjskich wytycznych BC *Cancer Agency* z 2007 r. zaleca się przeprowadzenie co roku badania USG u pacjentów z dziedzicznym zespołem Hippel-Lindau, mogącego powodować w konsekwencji raka nerkowokomórkowego (RCC).

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.441.146.2016 „Profilaktyka chorób nowotworowych jamy brzusznej” realizowany przez: Powiat Dzierżoniowski, Warszawa, sierpień 2016 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 253/2016 z dnia 29 sierpnia 2016 roku o projekcie programu „Profilaktyka chorób nowotworowych jamy brzusznej” powiatu dzierżoniowskiego.