



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 164/2016 z dnia 2 września 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Bilans 40 i 50-latka”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Bilans 40 i 50-latka”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy wczesnego wykrywania i profilaktyki nowotworów oraz chorób układu krążenia u osób w wieku 41-60 lat.

Zasadność wskazanych w projekcie badań nie została uzasadniona. W projekcie programu nie odniesiono się do bezpieczeństwa planowanych interwencji oraz nie wskazano dowodów na skuteczność planowanych działań. Rekomendacje towarzystw naukowych wskazują, że badanie RTG klatki piersiowej jest nieefektywną metodę przesiewową w wykrywaniu nowotworów płuc. Wytyczne naukowe wskazują na brak dostępnych danych pochodzących z dobrej jakości badań klinicznych pozwalających uznać za uzasadnione prowadzenie populacyjnego skriningu w kierunku raka stercza u bezobjawowych mężczyzn. W odniesieniu do raka piersi, zdaniem polskich ekspertów rola jednostek samorządów terytorialnych powinna się skupiać na prowadzeniu przez nich działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki raka piersi oraz promujących uczestnictwo w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

Problem zdrowotny został opisany ogólnie. W projekcie programu nie wskazano piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowano program.

Cele programowe nie zostały zaprojektowane zgodnie z regułą SMART, a zaplanowane mierniki efektywności nie odpowiadają celom programu.

Założono, że programem zostanie objętych ok. 200 osób, tj. 1% populacji docelowej co oznacza, że proponowane działania nie pozwolą osiągnąć efektu populacyjnego.

Należy zaznaczyć, że procedury diagnostyczne wymienione w projekcie programu są finansowane ze środków publicznych, co poddaje pod wątpliwość zasadność prowadzonych w ramach programu działań.

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 poszczególne badania diagnostyczne, akcję promocyjną oraz edukację, co jest koniecznym elementem dobrze zaplanowanego programu zdrowotnego.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej powiatu dzierzoniowskiego w zakresie profilaktyki nowotworów oraz chorób układu krążenia, zakładający wykonanie badań:



biochemicznych, takich jak: morfologia, odczyn Biernackiego (OB), poziom glukozy, cholesterolu, trójglicerydów; określenie poziomu kwasu moczowego, magnezu, wapnia całkowitego, hormonu TSH (tyreotropina), badania moczu ogólne, EKG (elektrokardiografia) spoczynkowe, RTG (badanie rentgenowskie) klatki piersiowej z opisem, pomiaru ciśnienia krwi, USG (ultrasonografia) jamy brzusznej z opisem, u mężczyzn badanie PSA (Antygen specyficzny dla prostaty, ang. *prostate specific antigen*), u kobiet USG piersi z opisem, konsultację lekarską oraz działania edukacyjne wśród mieszkańców powiatu dzierzoniowskiego, w wieku od 41 do 60 lat. Realizację programu zaplanowano na 2017 r. Planowane koszty całkowite programu ujęte w budżecie powiatu dzierzoniowskiego zostały określone na 45 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 ważnych problemów zdrowotnych, jakimi są profilaktyka nowotworów oraz profilaktyka chorób układu krążenia w populacji osób dorosłych. Opiniowany projekt programu wpisuje się w jeden z priorytetów zdrowotnych: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: nowotworów złośliwych oraz chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu.

Opis problemu został przedstawiony w sposób ogólny, odniesiono się w nim głównie do czynników ryzyka i umieralności. W projekcie programu skrótowo odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej dot. nowotworów i chorób układu krążenia na świecie. Nie zamieszczono danych specyficznych dla regionu, ani dla Polski. W projekcie programu nie przytoczono referencji ani nie wskazano piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowano program.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest ograniczenie zachorowalności i śmiertelności związanych z chorobami układu krążenia i chorobami nowotworowymi wśród mieszkańców powiatu dzierzoniowskiego. Tak sformułowany cel nie odnosi się do zaproponowanych interwencji, a samo wykrycie zmian/odstępstw od normy w wynikach nie ma wpływu na ograniczenie śmiertelności ze względu na brak działań mających na celu zwiększenie dostępności do leczenia. Działania profilaktyczne mogłyby doprowadzić do tak sformułowanego celu w przypadku gdyby program obejmował duży odsetek osób z populacji docelowej oraz był prowadzony przez długi okres czasu. Wskazano 5 celów szczegółowych, które są mało precyzyjne i które nie są zgodne z regułą SMART, według której 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). Wskazane cele powinny zostać uzupełnione o prognozowaną wartość zmiany (np. zmniejszenie wskaźnika śmiertelności o 10%), a także być określone w czasie. Należy podkreślić, że zaproponowane w projekcie programu cele mogą być niemożliwe do osiągnięcia w określonym okresie trwania programu równemu jeden rok.

Spośród wymienionych efektów jedynie wzrost świadomości społecznej na temat czynników ryzyka jest efektem możliwym do uzyskania. Pozostałe efekty są nieosiągalne w krótkim czasie trwania programu lub nieadekwatne w stosunku do zaplanowanych działań

Wskazano sześć mierników efektywności, ale nie odnoszą się one do celów. Mierniki efektywności mogą obejmować odsetek wykrytych chorób nowotworowych i kardiologicznych, dane dotyczące liczby wykonanych badań diagnostycznych, wydanych skierowań do dalszej diagnostyki, liczby hospitalizacji związanych z leczeniem zaawansowanych stadiów choroby, liczby zgonów spowodowanych nowotworami lub chorobami sercowymi oraz liczby osób zgłaszających się na

badania profilaktyczne z odniesieniem do liczby osób objętych programem oraz liczby osób, które potencjalnie kwalifikują się do programu.

Nie wskazano miernika odnoszącego się do działań edukacyjnych.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców powiatu dzierzoniowskiego, którzy ukończyli 41 rok życia i nie przekroczyli 60 roku życia z wykluczeniem osób, które w danym roku kalendarzowym są w 45, 50 lub 55 roku życia, dla których świadczenie dotyczące profilaktyki chorób układu krążenia finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia.

Program skierowany jest do osób, u których występują czynniki ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia takie jak: nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, brak aktywności fizycznej (siedzący tryb życia), otyłość, zaburzenia rytmu serca, nadmierny stres, obciążenie genetyczne chorobami nowotworowymi, obciążenie genetyczne chorobami serca i układu krążenia, obciążenia genetyczne chorobami układu oddechowego, oraz u osób, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w ostatnim okresie 3 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w takim programie. Kwalifikacja do programu odbywać się będzie na podstawie ankiety kwalifikacyjnej. W programie będą mogły wziąć udział tylko te osoby, u których wystąpiły, co najmniej trzy czynniki ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe.

Przyjęto, że działaniami programu zostanie objętych ok. 200 osób, u których wystąpiły, co najmniej trzy czynniki ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe. Zgodnie z danymi GUS interwencja dotyczyłaby <1% populacji docelowej. Nie wskazano kryterium selekcji jakie będzie zastosowane w przypadku, gdy do programu zgłosi się większa liczba osób.

Interwencja

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie badań biochemicznych (morfologia, OB, poziom glukozy, lipodogram (LDL, HDL, trój glicerydy), badania poziomu kwasu moczowego, badania poziomu magnezu, badania poziomu wapnia całkowitego, badania poziomu hormonu TSH, badania moczu ogólnego, EKG spoczynkowego, RTG klatki piersiowej z opisem, pomiaru ciśnienia krwi, USG jamy brzusznej z opisem, badanie PSA u mężczyzn, USG piersi u kobiet wraz opisem. Badania mają być poprzedzone akcją informacyjną (ulotki, plakaty, reklama w radio i TV itp.). Uczestnicy programu, u których rozpoznano choroby układu krążenia lub chorobę nowotworową otrzymają zalecenia dotyczące zmiany trybu życia lub zostaną skierowani na dalszą diagnostykę i leczenie, które odbywać się będzie poza programem.

Należy podkreślić, że zasadność wskazanych w projekcie badań nie została w żaden sposób uzasadniona.

Należy zaznaczyć, że procedury diagnostyczne wymienione w projekcie programu są finansowane ze środków publicznych - znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ponadto, w Polsce funkcjonuje tzw. pakiet onkologiczny, mający na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia w kierunku choroby nowotworowej.

W projekcie programu uwzględniono prowadzenie działań edukacyjnych. Edukacja będzie prowadzona indywidualnie przez lekarza w trakcie omawiania wyników oraz będą prowadzone działania edukacyjne propagujące zdrowy styl życia i redukcję czynników ryzyka. W projekcie programu w sposób niewystarczający opisano działania edukacyjne. Z treści wynika, że będzie osoba odpowiedzialna za oświatę zdrowotną i kampanię promocyjną, jednak nie opisano w sposób dokładny prowadzenia kampanii edukacyjnej. Zaznaczono jedynie, że będą dystrybuowane ulotki i informacje. 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. Wytyczne naukowe wskazują na istotne znaczenie działań edukacyjnych w prewencji chorób nowotworowych oraz kardiologicznych.

Monitorowanie i ewaluacja

Autorzy projektu zakładają jego ewaluację i monitorowanie. Należy jednak zauważyć, że w projekcie opis tej części jest mało precyzyjny i wymaga uzupełnień.

Wskazano, że realizator po zakończeniu programu przygotowuje „Sprawozdanie z realizacji programu” zawierające, m.in. liczbę osób, które wzięły udział w programie. W ramach oceny zgłaszalności należałoby dokonać porównania do liczby osób w powiecie, którym program jest dedykowany.

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

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 przed wprowadzeniem programu. Nie odniesiono się do oceny wpływu działań edukacyjnych, co należałoby uzupełnić.

Warunki realizacji

Realizację programu zaplanowano na 2017 r.

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

Nie odniesiono się do kwestii wyrażenia zgody pacjenta na udział w programie. Nie odniesiono się również do możliwości rezygnacji pacjenta z programu na każdym etapie jego trwania, co wymaga uzupełnienia.

Całkowitą kwotę budżetu przeznaczoną na realizację programu, oszacowano na 45 tys. zł. Nie wyszczególniono kosztów poszczególnych interwencji, kosztów akcji informacyjnej, akcji edukacyjnej ani kosztów organizacyjnych, co jest koniecznym elementem dobrze zaplanowanego programu zdrowotnego. Nie wskazano kosztu jednostkowego, ale biorąc pod uwagę zakładany udział ok. 200 osób przyjęto, że koszt jednostkowy wyniesie około 225 zł. Nie określono ile osób skorzysta z poszczególnych świadczeń.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby układu krążenia i choroby nowotworowe należą do chorób cywilizacyjnych, które od lat są głównymi problemami zdrowotnymi w Polsce. Choroby układu krążenia stanowią w Polsce przyczynę ponad 50% zgonów, a choroby nowotworowe ponad 25% zgonów.

Do głównych czynników ryzyka chorób nowotworowych należą te związane z niewłaściwym stylem życia, m.in. paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu, niewłaściwą dietą. Do najważniejszych czynników ryzyka chorób układu krążenia należą nadwaga, otyłość, nadciśnienie, wysoki poziom cholesterolu, cukrzyca, palenie tytoniu, brak regularnego wysiłku fizycznego, nadużywanie alkoholu i stres.

Alternatywne świadczenia

Procedury diagnostyczne wymienione w projekcie programu znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ponadto, w Polsce funkcjonuje tzw. pakiet onkologiczny, mający na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia w kierunku choroby nowotworowej.

Należy zauważyć że w Polsce został ustanowiony „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych na lata 2016-2024”. W ramach działań uwzględnionych w programie szczególną wagę przykładac się będzie do wczesnego wykrywania nowotworów piersi, płuca, jelita grubego i szyjki macicy.

Ocena technologii medycznej

Prowadzenie działań edukacyjnych ukierunkowanych na zdrowy styl życia jest zasadniczo zbieżne z wytycznymi (m. in. *American Heart Association, AHA 2010*). Zaleca się edukację w kierunku zmiany nawyków żywieniowych oraz odpowiedniej aktywności fizycznej. Zgodnie z zaleceniami Komisji Europejskiej z 2008 sektor zdrowia publicznego powinien zastosować działania interwencyjne lub wdrożyć programy mające na celu zwiększenie aktywności fizycznej w celach zdrowotnych. Zaleca się także stosowanie strategii zindywidualizowanych.

Polskie Forum Profilaktyki podkreśla także zasadność wykonywania pomiaru ciśnienia tętniczego u wszystkich osób bez rozpoznanego nadciśnienia tętniczego. Podobnie wytyczne *US Preventive Services Task Force (USPSTF)* rekomendują pomiar ciśnienia krwi w ramach badań przesiewowych populacji po 18 r.ż. Natomiast określenie wskaźnika masy ciała (BMI) należy określać u pacjentów z widoczną nadwagą (co 2 lata) i tym samym dostosować do nich indywidualną edukację w zakresie zmiany stylu życia i treningu umiejętności.

Wytyczne AHA 2010 rekomendują by w przypadku bezobjawowych osób ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wykorzystujące tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, HDL-C, ciśnienie krwi, status palenia.

Nie ma zgodności w kwestii wieku, w którym powinno rozpocząć się ocenę globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego, niektóre wytyczne (np. AHA 2010) zalecają by ocenę tę prowadzić co najmniej raz na pięć lat począwszy od 18 roku życia inne (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2002; National Health and Medical Research Council, NHMRC 2010*) proponują rozpoczęcie oceny w wieku 40 lub 45 lat w przypadku osób bez stwierdzonej choroby sercowo-naczyniowej (ChSN) czy bez czynników ryzyka ChSN lub niezależnie od wieku w przypadku występowania w najbliższej rodzinie przedwczesnego zgonu z powodu ChSN na tle miażdżycowym lub rodzinnej dyslipidemii.

Wśród odnalezionych wytycznych nie ma zgodności w kwestii zastosowania badania EKG w spoczynku jako badania przesiewowego w kierunku choroby wieńcowej wśród bezobjawowych osób. Według niektórych wytycznych (np. AHA 2010) przeprowadzenie badania EKG w spoczynku jest uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą, może być rozważone również w przypadku bezobjawowych dorosłych bez nadciśnienia czy cukrzycy.

Zgodni z AHA 2010 badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii może być uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą oraz w bezobjawowych dorosłych z umiarkowanym ryzykiem ChSN bez nadciśnienia czy cukrzycy. Podejmowane przez jednostki samorządów terytorialnych programy wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych znajdują duże poparcie ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami klinicznymi. W opinii ekspertów tego typu programy stanowią pozytywny przykład wspólnych działań na rzecz umacniania zdrowia lokalnej społeczności. Zdaniem ekspertów klinicznych czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych jak cukrzyca typu 2 jest istotne z uwagi na fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo. Konieczne jest więc w procesie skriningu i profilaktyki zaangażowanie m.in. samorządów lokalnych. Badania przesiewowe muszą być procesem długofalowym, a nie jedynie jednorazowym przedsięwzięciem.

Wyniki przeglądu polskich (Kodeks Walki z Rakiem, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej 2014) i światowych rekomendacji (*National Health Service, National Screening Committee, NCCN 2017; American Lung Association, ALA 2016; USPSTF*) dotyczących wczesnego wykrywania raka płuc wskazują, że badanie RTG klatki piersiowej uznano za nieefektywne metody przesiewowe w wykrywaniu nowotworów płuc. Polscy eksperci nie są zgodni co do zasadności prowadzenia badania przesiewowych. Pojawiały się zarówno głosy poparcia jak i sprzeciwu. Eksperci nie rekomendują stosowania w przesiewie badania RTG klatki piersiowej. 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.

W odniesieniu do wczesnej diagnostyki raka prostaty, należy podkreślić, że wszystkie odnalezione wytyczne wskazują na brak dostępnych danych pochodzących z dobrej jakości badań klinicznych pozwalających uznać za uzasadnione prowadzenie populacyjnego skriningu w kierunku raka stercza u bezobjawowych mężczyzn. Każdorazowo decydując o uruchomieniu programu przesiewowego w kierunku wczesnego wykrywania raka stercza, należy rozważyć potencjalne korzyści oraz ryzyko związane z udziałem w skriningu, przy czym nie należy się w tych rozważaniach ograniczać wyłącznie do samego testu, ale uwzględnić też korzyści oraz negatywne skutki interwencji medycznych będących następstwem testu.

Rekomendacje USPSTF (2012), *American Urological Association* (AUA 2013), *European Association of Urology* (EAU 2013), *American College of Physicians* (ACP 2013), *Prostate Cancer Foundation of Australia* (PCF 2016) dotyczące wykonywania badań przesiewowych w kierunku raka gruczołu krokowego jednoznacznie wskazują, że nie ma podstaw (korzyści/szkód) do oznaczania PSA w populacji mężczyzn bezobjawowych. ACP 2013 zaznacza, że przeciwwskazany jest skrining z wykorzystaniem oznaczenia stężenia PSA u pacjentów z szacowanym przeżyciem krótszym niż 10-15 lat i będących w wieku poniżej 50 lat i powyżej 69 lat.

Ponadto, na podstawie wytycznych *The Royal Australian College of General Practitioners* z 2009 r. stwierdza się, że populacyjny skrining w kierunku raka stercza nie jest zalecane, a pacjenci powinni samodzielnie podejmować decyzję o poddaniu się badaniom przesiewowym po dokładnym poinformowaniu o potencjalnych korzyściach, ryzyku oraz niepewności związanej ze skriningiem. U pacjentów, którzy zdecydują się na wykonanie badań przesiewowych w kierunku raka stercza należy wykonać oznaczenie PSA oraz badanie *per rectum*. Do podobnych wniosków doszli eksperci NCCN (2016). Ww. panel ekspertów informuje też, że wczesna diagnostyka (w postaci oznaczenia PSA oraz dodatkowo badania stercza palcem przez odbytnicę (DRE)) może być wykonywana u osób zdrowych i dobrze poinformowanych nt. ww. badań w wieku 45- 75 lat. Również *American Cancer Society* (2010) podkreśla, że potencjalny uczestnik programu badań przesiewowych w kierunku raka prostaty powinien mieć możliwość podjęcia świadomej decyzji o uczestnictwie w wyniku wstępnej dyskusji lekarza z pacjentem nt. korzyści i ryzyka płynącego ze skriningu. Wskazuje się na zasadność udostępnienia niezbędnych materiałów informacyjnych populacji powyżej 50 r. ż. (a u osób podwyższonego ryzyka już od 40 r.ż.) umożliwiających podjęcie określonej decyzji. ACS zaznacza też, że oznaczenie PSA, czy badanie *per rectum* mogą dawać wyniki fałszywie dodatnie/ujemne, co też przekłada się na wdrożenie niepotrzebnych badań diagnostycznych u mężczyzn w populacji bezobjawowej lub nierozpoznanie istotnego klinicznie nowotworu mimo przeprowadzonego skriningu. Ponadto, wyniki fałszywie dodatnie mogą wywoływać dodatkowy lęk i nieustanne poczucie zagrożenia nowotworem.

Obecnie nie odnajduje się także wystarczających dowodów naukowych, które w sposób jednoznaczny mogłyby stwierdzić zasadność stosowania ultrasonografii jako dodatkowo stosowanej metody przesiewu w raku piersi u kobiet z gęsto utkaną tkanką piersiową.

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 samorządów terytorialnych powinna się skupiać na prowadzeniu przez nich działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki raka piersi oraz promujących uczestnictwo w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

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.441.148.2016 „„Bilans 40 i 50-latka” realizowany przez: Powiat Dzierżoniowski (ocena projektu programu polityki zdrowotnej), Aneksów do raportów szczegółowych: „Profilaktyka i wczesne wykrywanie raka żołądka - wspólne podstawy oceny” (czerwiec, 2014) „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny” z lutego 2013r., „Programy wczesnego wykrywania raka płuca – wspólne podstawy oceny” z maja 2014 r., „Programy wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego – wspólne podstawy oceny” z maja 2014 r., „Programy profilaktyki raka piersi – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 256/2016 z dnia 29 sierpnia 2016 roku o projekcie programu „Bilans 40 i 50-latka” powiatu dzierżoniowskiego.