



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 144/2017 z dnia 18 lipca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
profilaktyczny wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego
u mężczyzn w wieku 50 - 75 lat na terenie Powiatu
Częstochowskiego w latach 2018 - 2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego u mężczyzn w wieku 50 - 75 lat na terenie Powiatu Częstochowskiego w latach 2018 - 2022”.

Uzasadnienie

Główną przesłanką negatywnej opinii Prezesa Agencji jest fakt, że zgodnie z rekomendacjami i wytycznymi brak jest dostępnych danych pozwalających uzasadnić prowadzenie populacyjnego skryningu w kierunku raka stercza u bezobjawowych mężczyzn. Najnowsze zalecenia wskazują, że możliwe jest przeprowadzanie skryningu oportunistycznego, tj. skierowanego do grup ryzyka, z jednoczesnym informowaniem pacjentów o możliwych wynikach fałszywie dodatnich. Uwagi do pozostałych elementów programu przedstawiono poniżej oraz szczegółowo w poszczególnych częściach opinii.

Niektóre cele programowe wymagają przeformułowania. Zasadne wydaje się także uzupełnienie projektu w zakresie mierników efektywności.

Poza brakiem rekomendacji zalecających przesiew w populacji bezobjawowej w kierunku wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego, należy wskazać, że zaplanowane w programie badanie PSA, USG oraz konsultacja specjalisty są świadczeniami finansowanymi w ramach świadczeń gwarantowanych.

W projekcie doprecyzowania wymaga monitorowanie i ewaluacja, szczególnie w zakresie oceny zgłaszalności i oceny świadczeń udzielanych w ramach programu.

Budżet nie budzi większych zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu dotyczący wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 1 157 990 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2022.

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 problemu zdrowotnego, jakim są choroby nowotworowe. W projekcie przedstawiono sytuację epidemiologiczną w skali ogólnopolskiej i lokalnej.

W projekcie przedstawiono dane pochodzące z Krajowego Rejestru Nowotworów, zgodnie z którymi w 2013 r. w powiecie częstochowskim na raka gruczołu krokowego zachorowało 25 mężczyzn (23 – w 2014 r.), a zmarło 19. Natomiast według danych Centrum Onkologicznego w latach 2013-2014 z powodu tego nowotworu w powiecie częstochowskim zmarło 45 mężczyzn.

Dane zawarte w Mapach Potrzeb Zdrowotnych wskazują, że w 2012 r. województwo śląskie charakteryzowało się drugą największą liczbą nowych przypadków nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (2 120) oraz, że współczynnik zapadalności w tym województwie był drugim najwyższym w kraju – 95,15/100 tys. mężczyzn (ponad 20% powyżej średniej w Polsce). Najwyższe wartości współczynnika 3-letniej zapadalności (w odniesieniu do 10 000 ludności z populacji wystawionej na ryzyko zachorowania) na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w latach 2010-2012 odnotowano dla Katowic (16,09) i Sosnowca (15,32), a najniższe dla powiatów częstochowskiego (3,91) i kłobuckiego (4,5).

Oceniany program wpisuje się w priorytet: „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest poprawa zdrowia, świadomości oraz jakości życia mieszkańców powiatu częstochowskiego, którzy ukończyli 50 lat i nie przekroczyli 75 lat. Cel ten jest sformułowany zbyt ogólnie i nieadekwatnie do zaplanowanych działań diagnostycznych. Sugeruje się przeformułowanie ww. założenia np. na „zwiększenie wykrywalności raka gruczołu krokowego w początkowym stadium u mężczyzn z powiatu częstochowskiego, biorących udział w programie”. Wnioskodawca przedstawił także 5 celów szczegółowych, które w większości sformułowano poprawnie. Jedynie cel szczegółowy „umożliwianie wczesnej diagnostyki i skutecznego leczenia raka gruczołu krokowego poprzez wykrycie wczesnych zmian chorobowych” stanowi działanie, a nie jego rezultat i powinien zostać przeformułowany. Należy zwrócić uwagę, aby cele programowe były tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel główny powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie wymieniono także oczekiwane efekty programu. Jeden z nich jest powieleniem trzeciego celu szczegółowego. Natomiast ostatni wymieniony efekt programu, tj. „wydłużenie życia mężczyzn w wieku 50-75 lat zamieszkałych na terenie powiatu częstochowskiego poprzez profilaktykę i regularne badania” nie jest mierzalny oraz nie może stanowić bezpośredniego rezultatu programu.

Odniesiono się także do mierników efektywności programu, które w większości korespondują z założonymi celami. Jednak kwestia ta wymaga uzupełnienia w zakresie wskaźników, które pozwolą określić skuteczność działań edukacyjnych. Warto pamiętać, aby wartości mierników wyznaczać przed i po realizacji programu.

Populacja docelowa

Populację docelową projektu programu stanowią mężczyźni między 50 a 75 r.ż. zamieszkujący powiat częstochowski. W projekcie oszacowano wielkość tej populacji na 21 020 mężczyzn w podziale na grupy wiekowe: 50-54 lat – 4 518 mężczyzn, 55-59 lat – 5 029 mężczyzn, 60-64 lat – 4 853 mężczyzn, 65-69 lat – 3 620 mężczyzn. Ze względu na brak danych grupę wiekową 70-75 lat oszacowano w programie na 3000 mężczyzn. Według danych GUS z 2016 r. powiat częstochowski zamieszkiwało 19 999 mężczyzn z grupy wiekowej 70-74 lat. Rozbieżności wynikają z niedokładnych szacunków liczbowych dotyczących grupy wiekowej 70-75 lat.

Założono, że do programu w ciągu 5 lat realizacji zostanie włączone 50% zakwalifikowanej populacji tj. ok. 10 510 osób, w tym odpowiednio w 2018 r. – 1 500 mężczyzn w wieku 70-75 lat, w 2019 r. – 1 810 mężczyzn w wieku 65-69 lat, w 2020 r. – 2 426 mężczyzn w wieku 60-64, w 2021 r. – 2514 mężczyzn w wieku 55-59 lat, a w 2021 r. – 2 259 mężczyzn w wieku 50-54 lat.

American Cancer Society w swoich rekomendacjach z 2010 i 2016 r. zaleca, aby informacje o możliwości realizacji takiego badania powinny być przekazane pacjentom w wieku powyżej 50. r.ż. Pacjenci o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka prostaty (w warunkach polskich przede wszystkim pokrewieństwo pierwszego stopnia z mężczyzną z rakiem stercza zdiagnozowanym przed 65. r.ż.), powinni otrzymać tę informację w wieku 45 lat, zaś pacjenci o znacznym ryzyku choroby (rodziny, w których u wielu najbliższych członków (np. ojciec i dwóch braci) został zdiagnozowany rak stercza przed 65. r.ż.), powinni otrzymać tę informację w wieku 40 lat. Wytyczne wskazują także, że badania te są niezasadne w populacji bezobjawowej powyżej 70 roku życia. W związku z powyższym, populacja docelowa ocenianego programu wydaje się być częściowo zgodna z wytycznymi, w szczególności w grupie między 50 a 70 r.ż.

Interwencja

W ramach zaplanowanych interwencji w projekcie programu oprócz kwalifikacji lekarskiej poprzez rozmowę wstępną (dotyczącą korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku RGK) oraz badania per rectum przewidziano także wykonanie badania PSA oraz USG transrektalnego (interwencje finansowane w ramach programu). Następnie pacjent będzie kierowany do dalszej diagnostyki bądź leczenia finansowanego ze środków publicznych, tj. NFZ.

Odnalezione rekomendacje są zgodne co do tego, że prowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka gruczołu krokowego w populacji bezobjawowych mężczyzn, nie ma uzasadnienia. Wytyczne (The American Cancer Society 2010, 2016, American College of Physicians 2013, American Urological Association 2013, National Health and Medical Research Council 2016) oraz eksperci kliniczni zwracają uwagę, że warto skoncentrować się na realizacji programów skryningu oportunistycznego (badania tylko w grupach ryzyka).

W projekcie programu wskazano wartość granicznej wyniku PSA, dla której lekarz może wydać skierowanie do dalszej diagnostyki oceny gruczołu krokowego. Wytyczne nie są zgodne w kwestii górnej granicy prawidłowego stężenia PSA, stosowanej w badaniach przesiewowych w kierunku raka stercza. Część wytycznych zaleca stosowanie określonych wartości granicznych w zależności do wieku, najczęściej jednak za górną granicę przyjmuje się stężenie PSA 4 ng/ml. Podkreśla się jednak, że nie zostało dotychczas określone stężenie PSA, poniżej którego bardzo mało prawdopodobna jest obecność raka stercza, a powyżej którego prawdopodobieństwo nowotworu jest wystarczająco wysokie, aby uzasadnić dalsze inwazyjne badania diagnostyczne.

Należy zwrócić uwagę, że zaplanowane postępowanie może powielać świadczenia już finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych. W projekcie wskazano, że podczas konsultacji z lekarzem pacjentowi zostaną przekazane informacje o korzyściach i ryzyku związanym z udziałem w badaniu przesiewowym w kierunku raka stercza. Ponadto pacjent zostanie poinformowany o konieczności odpowiedniego przygotowania się do badań w celu wyeliminowania przekłamań wyników. Warto podkreślić, że na wyniki oznaczenia PSA u mężczyzn, często wpływa przygotowanie do badania oraz m.in. łagodny rozrost stercza, zapalenie dróg moczowych, ejakulacja czy ćwiczenia fizyczne wykonywane w ciągu 48 godzin poprzedzających test. W związku z powyższym wynik PSA może być obciążony dużym błędem, a wynik fałszywie pozytywny może mieć negatywny wpływ na pacjenta (generowanie dodatkowego stresu, lęku).

W programie przewiduje się także działania edukacyjno-informacyjne. Podkreślono znaczenie zwiększenia świadomości mężczyzn odnośnie profilaktyki i podniesienia poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka powstania raka gruczołu krokowego. Za edukację będzie odpowiedzialny realizator programu. Działania edukacyjne mają być prowadzone przy współpracy z lekarzami rodzinnymi oraz w trakcie wywiadu lekarskiego z urologiem.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się do monitorowania i ewaluacji, jednakże wymagają one doprecyzowania.

W przypadku oceny zgłaszalności zasadnym wydaje się uzupełnienie wskaźników o liczbę mężczyzn, którzy po uzyskaniu rzetelnych informacji nt. korzyści i ryzyka związanego z badaniami, nie wyrazili na nie zgody.

W projekcie nie przewidziano oceny jakości usług świadczonych w ramach programu. Należy pamiętać, że uczestnicy powinni mieć możliwość zgłaszania pisemnych uwag dotyczących realizacji programu czy też wypełnienia ankiety odnoszącej się do jakości uzyskanych świadczeń.

Ocena efektywności powinna zostać uzupełniona w kontekście podjętych działań edukacyjnych. Zasadnym wydaje się zbadanie zmiany poziomu wiedzy uczestników programu (np. za pomocą ankiety).

W odniesieniu do ewaluacji należy mieć na uwadze, że stanowi ona źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczającą znacznie poza okres trwania programu. Ocena ta powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. Jej planowanie powinno się opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu ze stanem po jego zakończeniu. Podstawą tej oceny powinny być mierniki efektywności programu.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Odniesiono się także do kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu.

W programie w sposób poprawny przedstawiono jego części składowe, etapy i działania organizacyjne, jednak kilka kwestii wymaga uzupełnienia.

Głównym kryterium kwalifikacji będzie wiek populacji docelowej. Przeprowadzona zostanie także konsultacja lekarska w celu wykluczenia osób, które z powodu złego stanu zdrowia nie powinny zostać włączone do programu. Jednocześnie wskazano, że mimo otwartego charakteru programu, o uczestnictwie w badaniach będzie decydować kolejność zgłoszeń oraz fakt wystąpienia raka gruczołu krokowego w najbliższej rodzinie. W związku z powyższym nie jest do końca jasne, czy w programie będzie mógł wziąć udział każdy mężczyzna z przedziału 50-75, czy tylko Ci u których wystąpił RGK w najbliższej rodzinie. Ponadto nie odniesiono się do kwestii czy badanie per rectum i PSA będą wykonane tego samego dnia, a zgodnie z wytycznymi badanie PSA nie powinno być wykonywane m.in. w przypadku wykonanego w ciągu ostatniego tygodnia badania per rectum. Powyższe kwestie wymagają doprecyzowania.

W treści projektu programu przedstawiono koszt jednostkowy dla jednego uczestnika programu (110 zł) uwzględniający koszty poszczególnych badań lekarskich. Oszacowano także koszty kampanii informacyjno-edukacyjnej. Całkowity koszt realizacji programu będzie wynosił ok. 1 157 990 zł.

Program ma być finansowany z budżetu powiatu częstochowskiego. W projekcie założono, że w przypadku otrzymania pozytywnej oceny programu wydanej przez AOTMiT, organizator zamierza ubiegać się o 40 % dofinansowanie programu przez Śląski Oddział Wojewódzkiego NFZ.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rak gruczołu krokowego (stercza) jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w krajach wysokorozwiniętych. Obserwowany w ostatnich latach wzrost wykrywalności tego nowotworu tłumaczy się częściowo zwiększeniem dostępności badań diagnostycznych, zwłaszcza oznaczeń antygeny gruczołu krokowego.

Chorzy z miejscowo lub regionalnie zaawansowanym rakiem 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 krwimocz. 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 palcem przez odbytnicę 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).

Wybór metody leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby, stanu ogólnego pacjenta oraz jego wieku. Leczenie radykalne, czyli operacyjne lub radioterapia jest wskazane w przypadku raka ograniczonego do gruczołu krokowego, przy spodziewanym czasie przeżycia naturalnego nie mniejszym niż 10 lat.

Alternatywne świadczenia

Badanie stercza *per rectum* jest podstawowym badaniem, które powinno być regularnie wykonywane przez urologa, ale także internistę lub lekarza rodzinnego.

Podobnie jak konsultacja urologiczna, oznaczenie stężenia PSA (całkowitego oraz wolnego) oraz ewentualne dalsze badania diagnostyczne w kierunku raka gruczołu krokowego (jak np. transrektalne USG) ograniczone są do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Konsultacja urologiczna w ramach ubezpieczenia zdrowotnego możliwa jest wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ważnej umowy z NFZ. Lekarz POZ, kierujący pacjenta do lekarza specjalisty, zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Jeżeli pacjent objęty opieką specjalisty – w tym wypadku urologa, wymaga wykonania dodatkowych badań diagnostycznych, jak oznaczenie PSA, skierowania na te badania wystawia świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ocena technologii medycznej

Odnalezione dowody naukowe oraz wytyczne (m.in. Polska Unia Onkologii 2009/2010, Światowa Organizacja Zdrowia, European Association of Urology 2010) wskazują, że oznaczenie PSA oraz badanie *per rectum* jest standardową metodą diagnostyczną w badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania raka prostaty. Podkreślają jednak, że żadna z dostępnych metod nie jest doskonała. Z powodu niewystarczającej liczby badań klinicznych nie można w pełni uzasadnić prowadzenia populacyjnego skriningu w kierunku raka stercza u bezobjawowych mężczyzn.

Populacyjne badania przesiewowe w kierunku RGK oparte na badaniu PSA, redukują śmiertelność z powodu tego nowotworu, jednak kosztem nadwykrywalności i niepotrzebnego leczenia, przez co nie są rekomendowane (ESMO 2015, 2016). Dowody naukowe wskazują na korzyści w prowadzeniu przesiewu w redukcji liczby zgonów z powodu raka prostaty o 21%, jednakże główne szkody leczenia mężczyzn, na podstawie fałszywie pozytywnego wyniku badania PSA, nadal przewyższają korzyści (UK NSC 2016). Dot

Przeprowadzając w/w badania jako badania przesiewowe należy mieć na uwadze możliwość uzyskania wyników fałszywie dodatnich, a co za tym idzie - podejrzenia raka, tam, gdzie faktycznie on nie występuje. Może mieć to niekorzystny wpływ na zdrowie pacjenta, gdyż naraża go na wysoki, niepotrzebny stres i niekorzystne skutki stosowanych metod terapeutycznych. Dlatego należy pamiętać, aby przed przystąpieniem do badań przedstawić pacjentowi rzetelne informacje na temat korzyści oraz ryzyka, jakie są związane z zastosowaniem danych metod diagnostycznych.

W odnalezionych wytycznych (m.in. European Association of Urology, American Urological Association) nie ma jednogłośnej zgody co do wieku rozpoczęcia prowadzenia badań przesiewowych. Zdecydowana większość zaleca jednak, by w przypadku bezobjawowych mężczyzn oznaczenie PSA wykonywać od 50 r. ż. w przypadku mężczyzn z wysokim ryzykiem choroby. Wytyczne wskazują wiek 75 lat lub oczekiwany czas przeżycia wynoszący 10–15 lat jako moment, w którym powinno się zaprzestać udziału w badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania raka stercza.

U pacjentów z historią rodzinną raka gruczołu krokowego (szczególnie pierwszy stopień pokrewieństwa), decyzja o badaniu przesiewowym powinna być podjęta po uzyskaniu przez pacjenta dokładnych informacji na temat tego badania (Spanish Society of Medical Oncology 2016). Wszystkie odnalezione rekomendacje podkreślają, że nie poddawać mężczyzn badaniom PSA, bez przedstawienia informacji na temat potencjalnego ryzyka i korzyści (NCCN 2016, EAU 2016, PTOK 2013, Prescrire 2009, 2012, 2013). Podczas rozmowy na temat ryzyka i korzyści związanych z wczesnym wykrywaniem RGK, lekarz powinien edukować pacjentów w zakresie odróżniania objawów chorób dolnych dróg moczowych, spowodowanych łagodnym przerostem gruczołu prostaty od RGK (NCCN 2016). Pacjenci powinni być informowani o tym, że celem badań przesiewowych jest wykrycie agresywnych postaci nowotworu, a w ramach badań przesiewowych często wykrywane są nowotwory o niskim ryzyku, oraz że nowotwory te mogą nie wymagać leczenia i mogą być poddane regularnej obserwacji (NCCN 2016). Rekomenduje się aby badanie PSA było oferowane zdrowym, dobrze poinformowanym mężczyznom w wieku 45-75 lat. Badanie to może być uzupełnione badaniem per rectum (NCCN 2016, ACS 2010, 2016).

ACS w swoich rekomendacjach z 2010 i 2016 r. zaleca aby informacje o możliwości realizacji takiego badania powinny być przekazane pacjentom w wieku od 50 lat. Pacjenci o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka prostaty (Afroamerykanie, pokrewieństwo pierwszego stopnia z mężczyzną ze zdiagnozowanym rakiem stercza przed 65. r. ż.) powinni otrzymać tę informację w wieku 45 lat (ACS 2010, 2016, NHMRC 2016), zaś pacjenci o znacznym ryzyku choroby (wielu członków najbliższej rodziny np. ojciec i dwóch braci z rakiem stercza zdiagnozowanym przed 65. r. ż.) powinni otrzymać tę informację w wieku 40 lat (ACS 2010, 2016, NHMRC 2016). AUA w rekomendacjach z 2013 r. zaleca mężczyznom w wieku 55-69 lat (ACP 2013 – mężczyźni 50-69 lat), podjęcie decyzji o rozpoczęciu skryningu z wykorzystaniem oznaczania stężenia PSA, po rozmowie z lekarzem prowadzącym, po dokładnej analizie zalet i potencjalnych zagrożeń badania.

CTFPHC w zaleceniach z 2014 r. dot. wszystkich mężczyzn, którzy nie byli wcześniej poddawani diagnostyce w kierunku RGK także z objawami ze strony dolnych dróg moczowych lub z łagodnym przerostem gruczołu krokowego, nie rekomenduje wykonywania badań przesiewowych w kierunku RGK za pomocą badania PSA mężczyznom poniżej 55 r.ż., mężczyznom w wieku 55-69 lat ani mężczyznom w wieku 70 lat i starszym.

W rekomendacjach dot. badań przesiewowych w kierunku wykrywania RGK uroflowmetria nie jest wskazywana jako badanie, które powinno się lub które można by wykonać aby wykryć RGK we wczesnym stadium. Wskazaniem do badania są zaburzenia w oddawaniu moczu. Wytyczne zalecają wykonywanie badania uroflowmetrycznego przy dolegliwościach ze strony dolnych dróg moczowych (lower urinary tract symptoms – LUTS) na tle nieneurologicznym u mężczyzn ≥ 40 roku życia. Wnioskodawca jedynie wymienia, że planuje to badanie wykonywać u osób z podejrzeniem nowotworu, jednak nie argumentuje zasadności jego wykonywania. Badanie to może generować niepotrzebne dodatkowe koszty w programie.

Istotnym elementem jest zapewnienie uczestnikom dostępu do dalszych świadczeń medycznych po uzyskaniu przez nich nieprawidłowego wyniku badania. Wskazane byłoby prowadzenie takich działań w ramach programu, jednak jeśli nie jest to możliwe należałoby zapewnić pacjentom jak najszybszy dostęp do świadczenia w ramach NFZ.

W zwiększeniu odsetka pacjentów poddających się badaniom przesiewowym znaczenie ma odpowiednio prowadzona edukacja zdrowotna. Powinna przedstawiać głównie korzyści płynące z poddawania się badaniom, tak aby zachęcić jak największą liczbę osób do uczestnictwa w programach. Edukacja powinna kształtować odpowiednie postawy w społeczeństwie, które wpłyną na zwiększenie odsetka osób poddających się badaniom poza programami polityki zdrowotnej.

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.441.133.2017 „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego u mężczyzn w wieku 50 - 75 lat na terenie Powiatu Częstochowskiego w latach 2018 - 2022” realizowany przez: powiat częstochowski, Warszawa, czerwiec 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego – wspólne podstawy oceny”, listopad 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 171/2017 z dnia 3 lipca 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego u mężczyzn w wieku 50 - 75 lat na terenie powiatu częstochowskiego w latach 2018 - 2022”