



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 117/2012 z dnia 25 czerwca 2012 r. o projekcie programu „Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie chorób dróg oddechowych wśród mieszkańców miasta Jastrzębie Zdrój” realizowanego przez miasto Jastrzębie Zdrój

Po zapoznaniu się z opinią Rady wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie chorób dróg oddechowych wśród mieszkańców miasta Jastrzębie Zdrój”.

Uzasadnienie

Brak jest określenia docelowej populacji dla każdej z tych jednostek chorobowych, tj. nowotworów płuc, Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP) oraz gruźlicy. W programie proponuje się wykorzystanie RTG i spirometrii jako badań przesiewowych. RTG i spirometria nie są obecnie rekomendowane jako badania przesiewowe i w uzasadnionych przypadkach są dostępne w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W opiniowanym programie populację docelową stanowią osoby powyżej 40 roku życia, tj. 43 353 osoby. Autorzy projektu zakładają, że w ramach programu zrealizowanych zostanie 310 badań, co oznacza, że jedynie 0,7% populacji docelowej zostanie objętych programem. W opiniach Prezesa Agencji dotyczących przedmiotowego problemu zdrowotnego, wielokrotnie sugerowano, że adresatami części edukacyjnej programów profilaktyki raka płuca powinna być młodzież od około 12 roku życia.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego „Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie chorób dróg oddechowych wśród mieszkańców miasta Jastrzębie Zdrój”, który ma na celu obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów płuc, gruźlicy oraz POChP, poprzez: edukację zdrowotną, przeprowadzenie badania RTG klatki piersiowej, spirometrii, konsultację z lekarzem chorób wewnętrznych oraz pulmonologiem, wśród mieszkańców miasta Jastrzębie Zdrój, powyżej 40 roku życia. Program ma być realizowany w 2012 roku. Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 17 050 zł. Kwota obejmuje wykonanie 310 badań w cenie 50 zł za przebadanie jednego mieszkańca. Program w całości ma być sfinansowany ze środków budżetowych Miasta Jastrzębie-Zdrój.

Problem zdrowotny

Pierwotny rak płuca jest najczęściej występującym oraz powodującym największą liczbę zgonów nowotworem złośliwym w Polsce. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworowego, w roku 2008 na nowotwór złośliwy oskrzela lub płuca zachorowało 14 128 mężczyzn i 5 319 kobiet (współczynniki standaryzowane odpowiednio 52,2 oraz 15,4 na 100 000 osób). W tym samym roku odnotowano 16 855 zgonów wśród mężczyzn i 5 623 zgony wśród kobiet, co stanowi odpowiednio 32,3% i 13,7% wszystkich zgonów z powodu chorób nowotworowych w Polsce. Dominującym czynnikiem etiologicznym w rozwoju raka



płuca są rakotwórcze substancje zawarte w dymie tytoniowym. Ocenia się, że czynne palenie jest przyczyną blisko 90% zachorowań. Zwiększone ryzyko zachorowania dotyczy także palenia biernego, które powoduje około 1/3 zachorowań na raka płuca u osób niepalących, mieszkających z palaczami tytoniu i blisko 1/4 zachorowań wśród pozostałych niepalących.

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc to zespół kliniczny, w którym współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc, różnie nasilone u poszczególnych chorych. POChP jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych. W jego przebiegu wyróżnia się cztery okresy, odnośnie których zaleca się inne postępowanie lecznicze.

Gruźlica jest chorobą wywoływaną przez trzy typy prątków – *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*. Źródłem prątków gruźlicy jest chory wydalający je podczas oddychania, mówienia oraz kaszlu. Komórki prątków mieszczą się w drobnych kropelkach płwociny, które wysychają w powietrzu, formując tzw. jądra kropelek o średnicy 1–5 µm, w których znajdują się 2 lub 3 prątki. Do grupy dużego ryzyka zakażenia prątkiem gruźlicy i zachorowania na gruźlicę należą: osoby zakażone wirusem HIV, osoby, które miały kontakt z chorymi wydalającymi prątki gruźlicy wykrywane metodą rozmazu, osoby ze zmianami minimalnymi w płucach (widocznymi w RTG klatki piersiowej), osoby nadużywające alkoholu lub zażywające narkotyki, bezdomni, imigranci z obszarów o dużej zapadalności na gruźlicę, chorzy na choroby przewlekłe, takie jak: cukrzyca, nowotwory złośliwe, niewydolność serca, przewlekła niewydolność nerek i wątroby, niedobory odporności (również na skutek leczenia immunosupresyjnego).

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z informacją zawartą w załączniku nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku, badanie spirometryczne (część 9 załącznika) oraz badanie TK klatki piersiowej (część 6 załącznika) są dostępne jako świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowotnym (NPZ) na lata 2007-2015 – cel strategiczny 1: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych i przewlekłych chorób układu oddechowego oraz cel strategiczny 5: zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom. Projekt programu zdrowotnego jest zgodny z zaleceniami AOTM i zawiera niezbędne informacje dotyczące: problemu zdrowotnego, epidemiologii, celów, adresatów programu, organizacji, kosztów oraz monitorowania i ewaluacji programu.

Programy zdrowotne wykorzystujące spirometrię w badaniach przesiewowych w kierunku POChP uzyskiwały negatywne opinie Prezesa AOTM. Spirometria ma kluczowe znaczenie w diagnostyce Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc i w regularnej obserwacji pacjentów z tą chorobą powinna być dostępna w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w celu wykrywania obturacji u pacjentów z objawami ze strony układu oddechowego. Spirometria nie jest rekomendowana jako badanie przesiewowe.

Programy zdrowotne wykorzystujące badanie RTG klatki piersiowej w kierunku wczesnego wykrywania gruźlicy, nowotworów płuc oraz zmian zapalnych uzyskiwały negatywne opinie Prezesa AOTM, ze wskazaniem, że zaproponowana metoda nie jest rekomendowana i jej stosowanie nie znajduje uzasadnienia naukowego.

Do działań efektywnych w ograniczaniu zachorowalności na gruźlicę należą działania edukacyjne, szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu (w zakresie objawów, grup ryzyka i postępowania z pacjentami zgłaszającymi się z danymi objawami), aktywne poszukiwanie gruźlicy w społecznych grupach ryzyka (np. wśród mieszkańców schronisk dla bezdomnych, osób uzależnionych od alkoholu z grup społecznie marginalizowanych, samotnie mieszkających osób w podeszłym wieku) oraz finansowanie leczenia bezpośrednio nadzorowanego. Działania te, jak również populacja największego ryzyka, nie zostały uwzględnione w projekcie programu.

Działania edukacyjne dotyczące nałogu palenia są skuteczną interwencją w ograniczaniu zachorowalności na nowotwory płuc oraz POChP, jednak w części edukacyjnej projektu brakuje m.in. informacji o sposobie realizacji i kompetencjach osób realizujących tę część programu.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 17 050 zł, na który składa się wykonanie 310 badań w cenie 50 zł za przebadanie jednego mieszkańca. Po pomnożeniu kosztu jednostkowego wykonania badania przez planowaną liczbę badań uzyskany koszt jest niższy. Autorzy programu nie określili również, jak pozostałe środki zostaną wykorzystane na realizację programu.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do trzech dobrze zdefiniowanych problemów zdrowotnych, jakimi są: nowotwór płuc, POChP oraz gruźlica.
- II. Program zdrowotny nie uwzględnia poprawnie charakterystyki i potrzeb grupy docelowej. Populację docelową stanowią 43 353 osoby. Autorzy projektu zakładają, że w ramach programu zostanie zrealizowanych 310 badań co oznacza, że jedynie 0,7% populacji docelowej zostanie objętych programem. Nie zostały uwzględnione wszystkie osoby z grupy ryzyka gruźlicy, pominięto mieszkańców schronisk dla bezdomnych, osoby uzależnionych od alkoholu z grup społecznie marginalizowanych, samotnie mieszkające osoby w podeszłym wieku. Ponadto nie wszystkie osoby w wieku powyżej 40 lat zagrożone są chorobą nowotworową płuc lub POChP; należy uwzględnić również inne czynniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu lub narażenie zawodowe na substancje pyliste.
- III. Interwencje zaproponowane do realizacji w programie nie są narzędziami rekomendowanymi do stosowania w badaniach przesiewowych. Skuteczne w ograniczaniu zachorowań na powyższe choroby mogą być prawidłowe zaplanowane i zrealizowane działania edukacyjne.
- IV. Planowanego wykorzystania środków nie można uznać za optymalne, ponieważ przewidziane interwencje nie są rekomendowane, a wcześniej uzyskiwały ponadto negatywne opinie Prezesa AOTM.
- V. Wskaźniki efektywności i monitorowania zostały uwzględnione podczas projektowania programu zdrowotnego, co umożliwi ocenę realizacji programu.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie chorób dróg

oddechowych wśród mieszkańców miasta Jastrzębie Zdrój” realizowanym przez miasto Jastrzębie Zdrój, nr: AOTM-OT-441-80/2012, Warszawa, czerwiec 2012 i aneksów:

- „Programy wczesnego wykrywania raka płuca – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, czerwiec 2012.
- „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, czerwiec 2012.
- „Programy z zakresu wczesnego wykrywania gruźlicy – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych”, czerwiec 2012.