

**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 139/2014 z dnia 30 czerwca 2014 r.**  
**o projekcie programu „Program profilaktyczny wczesnego**  
**wykrywania raka prostaty u mężczyzn w wieku 50–65 roku życia**  
**na terenie Powiatu Lubińskiego, 2014-2016”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka prostaty u mężczyzn w wieku 50–65 roku życia na terenie Powiatu Lubińskiego, 2014-2016”.

**Uzasadnienie**

Program został przygotowany zgodnie z szablonem proponowanym przez Agencję. Odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest wczesne wykrywanie raka gruczołu krokowego. Świadczenia oferowane w ramach programu są już jednak finansowane ze środków publicznych w ramach lekarza POZ oraz AOS. Według rekomendacji Prescrire, w praktyce mężczyźni rozważający skrining w kierunku raka prostaty powinni zostać poinformowani, że nie udokumentowano żadnych konkretnych korzyści z tego działania oraz że istnieje ryzyko nadrozpoznowalności i związanych z nią działań niepożądanych. Według ACS bez procesu świadomego podejmowania decyzji, badanie przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego nie powinno mieć miejsca.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Powiatu Lubińskiego dotyczący profilaktyki raka gruczołu krokowego. Celem głównym programu jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców Powiatu Lubińskiego, którzy ukończyli 50 rok życia. Program jest skierowany jest do populacji mężczyzn od 50. r. ż. do 65. r. ż., z terenu powiatu lubińskiego. Program ma być realizowany w latach 2014 - 2016. Planowane koszty całkowite wynosić mają wynosić 1 190 500,00 zł. nie podano jednak jak będą się kształtowały w poszczególnych latach.

**Problem zdrowotny**

Rak gruczołu krokowego (stercza, RGK, C61) - jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Ponadto jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w krajach wysokorozwiniętych.

Czynnikami ryzyka są 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. Mężczyźni, po zabiegu kastracji oraz mężczyźni z niedoczynnością przysadki rzadko chorują na raka stercza. Istnieją dowody na to, iż na zmianę ryzyka zachorowania wpływa także sposób odżywiania. Dodatkowym czynnikiem ryzyka zachorowania może być pochodzenie etniczne.

Rak gruczołu krokowego stanowi 13,2% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn z Polsce. Współczynnik zachorowalności w Polsce w 2010 roku wynosił 32,2/100 000 plasując się tym samym na 2. miejscu wśród zachorowań na nowotwory złośliwe, natomiast współczynnik umieralności wynosił 12,4/100 000. Rak prostaty rozpoznawany jest głównie u mężczyzn >50 roku życia. W Europie i Stanach Zjednoczonych jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn i stanowi 20% wszystkich nowotworów.

### **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.

### **Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję**

#### **Wnioski z oceny problemu zdrowotnego**

Jako podstawę oceny programów wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego przeprowadzono przegląd aktualnych dowodów naukowych z najwyższego poziomu wiarygodności – przeglądów systematycznych i wytycznych praktyki klinicznej opartych na dowodach naukowych.

Oczekiwanym pozytywnym efektem skринingu w kierunku raka gruczołu krokowego opartego na oznaczeniu PSA jest redukcja chorobowości oraz umieralności spowodowanej rakiem gruczołu krokowego, uwarunkowana efektywnością testu w wykrywaniu potencjalnie inwazyjnych nowotworów, jak również efektywnością późniejszego leczenia.

W odniesieniu do dokładności dostępnych testów diagnostycznych w kierunku raka stercza, odnalezione opracowania wtórne nie są do końca zgodne. Według przeglądu Prescrire:

- Przy progu 4 ng/ml, czułość oznaczenia stężenia całkowitego PSA wynosi ok. 70%, a swoistość 85%, przy czym wartość tych parametrów zmniejsza się z wiekiem oraz wielkością stercza.
- Wartość predykcyjna wyniku dodatniego w przypadku skринingu w ogólnej populacji mężczyzn >50 r. ż. mieści się zakresie od 28-35%, co oznacza, że spośród mężczyzn z PSA >4 ng/ml u ok. 70% nie stwierdza się raka stercza.

Informacje dotyczące potencjalnego ryzyka związanego ze skринingiem są znacznie ograniczone; ogólnie szkody związane ze skринingiem w kierunku raka gruczołu krokowego obejmują wysoki odsetek wyników fałszywie dodatnich, wysoką nadwykrywalność oraz działania niepożądane związane z biopsją wykonywaną pod kontrolą TRUS, jak infekcje, krwawienie oraz ból.

- wyniki fałszywie dodatnie testu są częstym powodem niepokoju oraz niepotrzebnych biopsji; w badaniu europejskim ok. 21% mężczyzn w grupie objętej skринingiem miało wynik fałszywie dodatni.

- nadwykrywalność (*overdiagnosis*) – tj. wykrycie w wyniku skriningu nowotworu, który w innym przypadku nie zostałby zdiagnozowany, ponieważ przez całe życie pacjenta nie dałyby objawów klinicznych – stanowi istotny problem, ponieważ naraża pacjenta na zbędne leczenie (prostatektomia, radioterapia itp.) i jego działania niepożądane (nietrzymanie moczu, zaburzenia erekcji). W europejskim badaniu ERSPC skrining prowadził do wzrostu liczby mężczyzn leczonych z powodu raka stercza o 86%.
- W chwili obecnej **rutynowy skrining w kierunku raka prostaty** oparty na oznaczeniu stężenia PSA z lub bez wykonania badania stercza *per rectum* **nie jest uzasadniony**.
- W praktyce mężczyźni rozważający skrining w kierunku raka prostaty powinni zostać poinformowani, że nie udokumentowano żadnych konkretnych korzyści dla tego działania oraz że istnieje ryzyko nadrozpoznowalności i związanych z nią działań niepożądanych.

Wyniki przeglądu polskich i światowych rekomendacji dotyczących wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego można podsumować w następujących punktach:

- Wytyczne wskazują na oznaczenie PSA z lub bez badania stercza palcem przez odbytnicę jako standardową metodę diagnostyczną, stosowaną w badaniach przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka stercza. Podkreślają jednak, że żadna z dostępnych metod nie jest doskonała.
- Wszystkie odnalezione wytyczne są zgodne, że **dostępne dane z będących jeszcze w toku dobrej jakości badań klinicznych są niewystarczające, aby uznać za uzasadnione prowadzenie populacyjnego skriningu w kierunku raka stercza u bezobjawowych mężczyzn.**
- Większość wytycznych kładzie silny nacisk na istotność przedstawiania pacjentom rzetelnych informacji w zakresie korzyści oraz ryzyka związanego z udziałem w badaniu przesiewowym w kierunku raka stercza. Na podstawie tych informacji oraz rozmowy z lekarzem pacjent powinien osobiście podejmować decyzję co do udziału w badaniu.
- Proces podejmowania świadomej decyzji powinien składać się z następujących etapów: zrozumienia przez pacjenta podstawowych informacji na temat raka stercza oraz roli badania skriningowego, zrozumienia niepewności, ryzyka i potencjalnych korzyści związanych z poddaniem się lub niepoddaniem badaniom diagnostycznym, rozważenia własnych preferencji, ustalenia stopnia udziału w podejmowaniu decyzji (wspólnie z lekarzem) oraz podjęcia (lub odroczenia) decyzji na temat realizacji badania, na podstawie własnych preferencji i wartości.
- Wytyczne nie są do końca zgodne w kwestii wieku, kiedy powinno się zacząć oznaczać PSA. Zdecydowana większość zaleca jednak, by w przypadku bezobjawowych mężczyzn oznaczenie PSA wykonywać od 50 r. ż.; w przypadku mężczyzn z wysokim ryzykiem choroby, wytyczne zalecają lub dopuszczają rozpoczęcie badania PSA przed 50 r. ż. (najczęściej od 40. r. ż).
- Wytyczne raczej zgodnie 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 raka stercza;
- 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.

Nie należy włączać do programu jst pacjentów młodszych oraz starszych niż wskazują na to wytyczne postępowania klinicznego. Mając na uwadze sugestie, że badanie stercza palcem przez odbytnicę pozwala wykryć niektóre nowotwory nie wychwycone przez oznaczenie PSA, zalecane jest uwzględnienie w ramach programów jst obu tych badań.

W przeciwieństwie do innych krajów, gdzie badanie *per rectum* oraz oznaczenie PSA realizowane są na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, w Polsce dostępność tych badań diagnostycznych jest ograniczona (oznaczenie stężenia PSA możliwe jest wyłącznie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, natomiast proste badanie stercza *per rectum* rzadko wykonywane jest przez lekarzy poz).

Ze względu na skalę problemu (wysoką chorobowość), niezadawalające wyniki leczenia raka stercza w Polsce, wynikające głównie z rozpoznawania nowotworu w późnych stadiach zaawansowania, niepozwalającego na wdrożenie skutecznej terapii leczniczej oraz wspomniany ograniczony dostęp do badań przesiewowych, **w opinii ekspertów prowadzenie przez jst programów profilaktyki raka gruczołu krokowego opartego na badaniu przesiewowym PSA z badaniem *per rectum* uznawane jest za wartościowe.**

Wszelkie działania związane z promocją badań przesiewowych, ułatwieniem dostępu do nich, finansowaniem i wykonaniem, mogą zdaniem ekspertów przynieść zakładane korzyści jedynie wówczas, gdy mają charakter stały.

Poza badaniami przesiewowymi w kierunku raka stercza określonej grupy mężczyzn, wskazana jest realizacja działań edukacyjnych z wykorzystaniem mediów (prasa, internet, ulotki, plakaty). Mając na uwadze niepewność korzyści związanych ze wczesnym wykryciem i leczeniem raka stercza, ważne jest, by przekazywane informacje zawierały rzetelne dane co do spodziewanych korzyści, jak też ryzyka związanego z uczestnictwem w badaniu przesiewowym.

Mając na uwadze, że stosowane w badaniach przesiewowych oznaczenie PSA z lub bez badania *per rectum* nie jest wystarczające do postawienia diagnozy, konieczne jest zapewnienie wszystkim pacjentom z nieprawidłowymi wynikami jednego lub obu badań biopsji stercza pod kontrolą TRUS, potrzebnej do potwierdzenia diagnozy; optymalnie byłoby, by biopsja wykonana była w ramach programu, w innym przypadku należy zastanowić się i wypracować sposób zapewnienia dostępu do dalszej diagnostyki w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ wszystkim wymagającym tego pacjentom.

Dostępne obecnie metody diagnostyczne nie pozwalają na różnicowanie nowotworów stercza istotnych klinicznie i wolno rosnących, niezagrażających życiu pacjenta. Dostępne terapie w raku stercza zastosowane na odpowiednio wczesnym etapie choroby pozwalają na skuteczne wyleczenie, jakkolwiek wiążą się z działaniami niepożądanymi wpływającymi na życie codzienne pacjentów. W związku z powyższym konieczne wydaje się zapewnienie pacjentom z rozpoznaniem raka stercza (na podstawie przeprowadzonej biopsji) odpowiedniej konsultacji, mającej na celu omówienie dostępnych opcji postępowania oraz przedstawienie rzetelnych informacji dotyczących korzyści oraz ryzyka związanego z ich zastosowaniem, aby uwzględniając własne wartości oraz preferencje pacjent mógł w porozumieniu z lekarzem podjąć świadomą decyzję co do dalszego postępowania.

#### **Wnioski z oceny projektu programu Powiatu Lubińskiego:**

Program przygotowany został szczegółowo, zgodnie z szablonem proponowanym przez Agencję. Odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest wczesne wykrywanie raka gruczołu krokowego. Program składać się będzie z dwóch etapów. Pierwszy etap stanowić będzie rozmowa wstępna, w której zostanie przekazana pacjentowi informacji o korzyściach oraz ryzyku związanym z udziałem w badaniu przesiewowym w kierunku raka

stercza, celem świadomego podjęcia przez pacjenta decyzji o udziale w badaniu. Przed badaniem niezbędna jest edukacja pacjentów odnośnie odpowiedniego przygotowania się do badania w celu wyeliminowania przekłamania wyników oraz uświadomienia, że nie udokumentowano korzyści ze skринingu w kierunku raka gruczołu krokowego oraz ryzyku nad rozpoznawalności i związanych z tym działań niepożądanych. Wystawienie skierowania na oznaczenie stężenia PSA oraz interpretacja wyniku. W tym etapie zostanie też wykonane badanie *per-rectum* i jeżeli będą wskazane zostanie oznaczony poziom PSA. Etap pogłębiony polegać będzie na wykonaniu badania USG jamy brzusznej łącznie z gruczołem krokowym, oraz za wskazaniami wykonana zostanie punkcja cienkoigłowa w przypadkach podejrzenia wystąpienia procesu nowotworowego z badaniem histo-patologicznym biopsjatu

Programem mają zostać objęci mężczyźni od 50. r. ż. do 65. r. ż. z terenu powiatu lubińskiego. Program zakłada szeroką kampanię informacyjną. Informacja o realizacji programu przedstawiona zostanie w mediach lokalnych, tj.: strona internetowa powiatu i gmin, prasa lokalna. Dodatkowo wykonawca programu wyłoniony w drodze zastosowanej procedury konkursowej będzie zobowiązany do przeprowadzenia kampanii informacyjnej - umieszczenie plakatów informacyjnych w urzędach, instytucjach publicznych, ośrodkach zdrowia, aptekach, instytucjach pomocy społecznej

Program przewiduje w pierwszej kolejności badanie *per rectum* oraz oznaczenie PSA i ewentualnie USG jamy brzusznej wraz z gruczołem krokowym, oraz ewentualnie biopsję. Wytyczne praktyki klinicznej wskazują, że badanie PSA z lub bez badania stercza *per rectum* jest standardową metodą stosowaną w badaniach przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka stercza, choć populacyjne programy przesiewowe nie są uzasadnione ze względu na niewystarczające dowody na przewagę korzyści nad ryzykiem.

W opublikowanych w 2013 roku wynikach badania ERSPC<sup>1</sup> Rotterdam (ramię holenderskie) w 13-letniej obserwacji, w grupie mężczyzn w wieku 55–69 lat poddanych badaniu skринingowemu polegającemu na oznaczeniu stężenia PSA, w porównaniu z brakiem skринingu stwierdzono zmniejszenie ryzyka zgonu z powodu raka gruczołu krokowego o 32%. Przeprowadzanie badań w grupie mężczyzn w wieku 70–74 lata nie wiązało się ze zmniejszeniem ryzyka zgonu z powodu raka gruczołu krokowego.

W kolejnej publikacji z 2014 roku, przedstawiającej wyniki badania ERSPC Rotterdam (ramię holenderskie) stwierdzono, że przeprowadzanie badań przesiewowych, w populacji mężczyzn w wieku 55–69 lat, polegających na oznaczeniu stężenia PSA, w porównaniu z brakiem skринingu wiązało się ze zmniejszeniem ryzyka zgonu z powodu raka prostaty o 32%, a w analizie uwzględniającej wpływ czynników zakłócających (w grupie eksperymentalnej – niewykonanie badania pomimo przynależności do ramienia skринingu, w grupie kontrolnej – wykonanie oznaczenia stężenia PSA lub biopsji pomimo braku wskazań) redukcją tego ryzyka nawet o 51%.

Natomiast w przeglądzie Cochrane nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między grupą mężczyzn poddanych skринingowi, w porównaniu z grupami kontrolnymi pod względem ryzyka zgonu z powodu raka prostaty (RR 1,00 [95% CI: 0,86–1,17]) oraz ryzykiem zgonu z jakiegokolwiek przyczyny (RR 1,00 [0,96–1,03]; 4 RCT).

Wskazano, że jednym z celów szczegółowych jest edukacja mężczyzn i poprawa świadomości zdrowotnej oraz, że zostanie przeprowadzona rozmowa edukacyjna dotycząca chorób prostaty i objawów oraz przekazanie ulotek informacyjnych dotyczących raka gruczołu krokowego. Dowody naukowe wskazują, że edukacja powinna być realizowana przy okazji konsultacji urologicznej w formie indywidualnej rozmowy o charakterze edukacyjnym

dotyczącej chorób gruczołu krokowego (np. przedstawienie na fantomach podstawowych informacji o prostatie i jej chorobach, przekazanie ulotek informacyjnych dotyczących raka gruczołu krokowego) albo skierowane do szerszej grupy – realizowane jeszcze przed przystąpieniem do akcji badań przesiewowych. Projekt zakłada świadoma zgodę na udział w badaniu, poprzedzoną udziałem w zajęciach edukacyjnych.

Wytyczne nie są do końca zgodne w kwestii wieku, kiedy powinno się zacząć oznaczać PSA w badaniach przesiewowych. W większości rekomendacji zalecane jest rozpoczęcie skryningu PSA po 50 r. ż. Wytyczne podkreślają również, że badania przesiewowe w kierunku raka stercza powinny być realizowane u pacjentów, dla których spodziewany czas przeżycia wynosi co najmniej 10–15 lat (najczęściej wskazują na wiek do 75 lat). Rekomenduje się niewykonywanie badań przesiewowych w populacji mężczyzn w wieku  $\geq 75$  lat. W tej grupie wiekowej szkody związane z leczeniem przewyższają korzyści. Zatem populacja została dobrana w sposób jak najbardziej prawidłowy (mężczyźni w wieku 50–65 lat). Zgodnie z wynikami badań naukowych mężczyźni w wieku 55–69 lat mogą odnieść największe korzyści z badań przesiewowych opartych na oznaczeniu PSA w surowicy.

We wszystkich wytycznych podkreśla się, że warunkiem przeprowadzenia badania przesiewowego w kierunku raka stercza jest świadoma decyzja pacjenta. Według rekomendacji Prescrire, w praktyce mężczyźni rozważający skryning w kierunku raka prostaty powinni zostać poinformowani, że nie udokumentowano żadnych konkretnych korzyści z tego działania oraz że istnieje ryzyko nadrozpoznawalności i związanych z nią działań niepożądanych. Według ACS bez procesu świadomego podejmowania decyzji, badanie przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego nie powinno mieć miejsca. Projekt programu zawiera informację o konieczności uzyskania świadomej zgody przed przystąpieniem do badania PSA.

Należy pamiętać, że stężenie PSA nie jest swoiste i mogą na nie wpłynąć inne czynniki jak: łagodny rozrost prostaty, zapalenie prostaty, uraz układu moczowego, urazy i infekcje prostaty, wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych w ostatnich 48 godzinach, a także ejakulacja oraz badanie *per rectum*. W związku z powyższym wydaje się, że pacjenci powinni być odpowiednio poinformowani o sposobie przygotowania się do badania (np. za pośrednictwem ulotek informacyjnych o programie), dobrze byłoby wykluczyć obecność czynników mogących zakłócić wynik oznaczenia lub co najmniej uwzględnić dodatkowe pytania w kwestionariuszu pomocne w określeniu występowania czynników zakłócających. W opisie programu nie zawarto szczegółowych informacji na ten temat, chociaż wspomniano o edukacji pacjenta.

W opisie postępowania określono graniczną wartość stężenia PSA, powyżej której wynik będzie stanowił wskazanie do dalszego postępowania diagnostycznego ( $>4$  ng/ml). Wytyczne nie są zgodne w tej kwestii. Za górną granicę prawidłowego stężenia PSA najczęściej przyjmuje się 4 ng/ml. Według niektórych wytycznych (np. ACS) stanowi to rozsądne podejście w przypadku mężczyzn o przeciętnym ryzyku zachorowania na raka stercza. W ostatnich latach obserwowana jest jednak tendencja do obniżania tej granicy. Należy mieć na uwadze, że obniżenie granicznego stężenia PSA wpłynie na zwiększenie liczby wyników fałszywie pozytywnych.

Według opinii ekspertów klinicznych wszelkie działania związane z promocją badań przesiewowych, ułatwieniem dostępu do nich, finansowania i wykonania, mogą przynieść zakładane korzyści jedynie wówczas, gdy mają charakter stały. Przedmiotowy program zakłada realizację badań profilaktycznych w okresie 2014 – 2016, Ponadto wnioskodawca planuje objęcie populacji docelowej na poziomie 60%. (9000 osób z 15 000 kwalifikujących się do programu osób). Obowiązywać będzie kolejność zgłoszeń, oraz zasada „*кто pierwszy ten lepszy*”.

Projekt zakłada przeprowadzenie bardzo szerokiej akcji informacyjnej, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń przewidzianych w programie.

Przedstawiono dosyć szczegółowy budżet, wraz z kalkulacją kosztów. Nie do końca wiadomo na jakiej podstawie wnioskodawca założył 60% zgłaszalność. Warto odnotować, że 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. Wielopunktowa przezodbytnicza biopsja stercza wykonywana w celu potwierdzenia raka gruczołu krokowego wykonywana jest i finansowana w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, na podstawie skierowania od lekarza specjalisty. Stwierdzić zatem należy, że świadczenia oferowane w ramach programu są już finansowane ze środków publicznych w ramach lekarza POZ, oraz AOS.

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 ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów – projekt zakłada przeprowadzenie akcji informacyjnej, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń przewidzianych w programie.
- III. Skuteczność działań – w projekcie Programu nie odniesiono się do skuteczności planowanych działań.
- IV. Podano planowany koszt całkowity programu – 1 190 500,00 zł. Dołączono dosyć szczegółowy kosztorys, jednak bez rozbicia na poszczególne lata
- V. Projekt zawiera monitorowanie i ewaluację.

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 (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-124/2014 „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka prostaty u mężczyzn w wieku 50–65 roku życia na terenie Powiatu Lubińskiego, 2014-2016 realizowany przez: Powiat Lubiński, Warszawa, czerwiec 2014 oraz aneksu do raportów szczegółowych „Programy wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego – wspólne podstawy oceny”, Warszawa maj 2014.