



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 290/2017 z dnia 16 października 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program
Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy wykrywania cukrzycy typu 2. Projekt został przygotowany w sposób staranny i dokładny. Niemniej jednak zastrzeżenia budzi sposób oszacowania populacji docelowej, co należy doprecyzować i wyjaśnić.

Cele programowe i mierniki efektywności opisano poprawnie.

Populacja pod względem wieku i czynników ryzyka opracowana została zgodnie z rekomendacjami. Zaplanowane interwencje również nie budzą zastrzeżeń.

Monitorowanie i ewaluacje opracowano prawidłowo.

W zakresie budżetu należy doprecyzować sposób oszacowania kosztów jednostkowych działań edukacyjnych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy profilaktyki cukrzycy typu 2. Budżet przeznaczony na realizację programu w pierwszym roku realizacji wynosi 13 810 666 PLN, zaś okres realizacji to 4 lata.

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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w następujący priorytet zdrowotny zawarty w rozporządzeniu MZ z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz. 1126): „przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy”. Został on opisany w sposób prawidłowy i wyczerpujący. W przedmiotowym projekcie odniesiono się również do sytuacji epidemiologicznej cukrzycy w województwie.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia dn. 02.01.2017 r., zapadalność rejestrowana na cukrzycę w województwie pomorskim w 2014 roku



wyniosła 9,2 tys., natomiast wskaźnik zapadalności rejestrowanej wyniósł 398/100 tys. (4. miejsce w kraju).

Cele i efekty programu

Cel główny projektu programu został sformułowany w następujący sposób: „zmniejszenie zachorowalności (zapadalności) na cukrzycę typu 2 mieszkańców województwa pomorskiego w wieku aktywności zawodowej w ciągu 4 lat trwania programu”. Należy zaznaczyć, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, wg której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny oraz zaplanowany w czasie. Główne założenie przedstawione w treści projektu zostało sformułowane w oparciu o ww. koncepcję gdyż jest ono konkretne, jego realizację można monitorować i mierzyć (m.in. na podstawie danych NFZ), istotne, osiągalne oraz zaplanowane w czasie.

Należy zaznaczyć, że w treści projektu do każdego założenia sformułowany został odpowiadający mu miernik efektywności. Co istotne zaznaczono, że wartości wskaźników określone będą przed i po realizacji programu. Należy podkreślić, że uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowić będzie o wadze uzyskanego efektu programu. Przedstawione mierniki efektywności nie budzą zastrzeżeń.

Populacja docelowa

Populację docelową w projekcie stanowią osoby zagrożone rozwojem cukrzycy, u których nie rozwinęła się jeszcze pełnoobjawowa choroba. Podkreślono, że badania przesiewowe skierowano do osób w wieku aktywności zawodowej, będących w grupie ryzyka, u których nie rozpoznano jeszcze cukrzycy typu 2. Ponadto, zaznaczono że celem uniknięcia powielania świadczeń gwarantowanych z NFZ, warunkiem uczestnictwa w programie będzie brak wykonanych badań skryningowych w ciągu ostatniego roku.

W treści projektu odniesiono się do ogólnej liczby ludności województwa pomorskiego w 2015 r. (2 307 710 osób), liczby mieszkańców w wieku produkcyjnym – przyjęto definicję stosowaną przez GUS (757 824 mężczyzn oraz 678 390 kobiet), a także liczby osób pracujących (798 217 osób). Dane te nie budzą zastrzeżeń. Jednak warto zaznaczyć, że dostępne są dane odnoszące się do roku 2016, wg których ogólna liczba ludności województwa pomorskiego wynosi 2 315 611 osób.

W projekcie programu wskazano, że w województwie pomorskim w 2015 r. w wieku produkcyjnym było 1 436 214 osób, zgodnie z danymi GUS liczba ta wynosi natomiast 1 462 400 – pomiędzy przedstawionymi wartościami występują zatem pewne rozbieżności. Należy również dodać, że zgodnie z Rocznikiem Statystycznym Pracy z 2015 roku ogólna liczba osób pracujących na obszarze województwa pomorskiego wynosiła 774,8 tys. osób. W projekcie zaznaczono również, że w „Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) zdefiniowano ludność aktywną zawodowo jako wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej uznane za pracujące lub bezrobotne”. W treści projektu nie sprecyzowano jednak czy ww. definicja została uwzględniona. Warto zaznaczyć, że zgodnie ze stanem na rok 2016, na terenie województwa pomorskiego mieszka łącznie 1 936 156 osób w wieku 15 lat i więcej.

Należy jednak podkreślić, że wyliczenia dotyczące dokładnej liczby populacji docelowej uwzględniające kryteria kwalifikacji do programu budzą pewne wątpliwości. W treści projektu odwołano się do trzech różnych grup wiekowych (36-64 lata, 34-64 lata, 35-64 lata). Kwestia przedziału wiekowego populacji, która objęta zostanie planowanymi działaniami wymaga zatem ujednoclenia. Ponadto wyliczając liczbę potencjalnych uczestników przedstawiono 5 punktów z założeniami.

Pierwszy z nich odnosi się do średniej rocznej liczby chorych na cukrzycę w województwie pomorskim w wieku 35-64 w latach 2013-2015.

W punkcie drugim odniesiono się do liczby pacjentów, którzy zrealizowali recepty na leki przeciwcukrzycowe i/lub paski do glukometrów. Zasadność odnoszenia się do liczby pacjentów, którzy zrealizowali recepty na leki przeciwcukrzycowe i/lub paski do glukometrów budzi pewne

zastrzeżenia, m.in. z uwagi na fakt, że dany pacjent w określonym roku może zrealizować więcej niż jedną receptę. Punkt ten powinien zostać zatem opisany w sposób bardziej precyzyjny.

Kolejnym założeniem, jest, współczynnik liczby osób chorujących na cukrzycę i nie mających świadomości swojej choroby, który określono na 26% liczby chorych leczących się na cukrzycę. Należy jednak wskazać, że w ramach wyszukiwania Agencja nie odnalazła potwierdzenia dla ww. wartości. Konieczne jest zatem dokładne wskazanie podstaw opisanego założenia.

Punkt czwarty zawiera podsumowanie wcześniejszych wyliczeń – oszacowanie liczby osób w wieku 35-64 lata chorych na cukrzycę (zarówno osób które są poddane leczeniu, jak i osób nieświadomych swojej choroby).

W ostatnim punkcie przedstawiono populację, która powinna zostać objęta programem. Ostateczny wynik otrzymano poprzez odjęcie od liczby populacji w wieku 35-64 lata liczby osób leczących się na cukrzycę (które nie będą objęte działaniami realizowanymi w ramach programu). Ponadto uwzględniono również „zgłaszalność do różnych programów profilaktyki i promocji zdrowia w województwie pomorskim na poziomie 30%”. Nie sprecyzowano jednak na jakiej podstawie określony został powyższy odsetek.

Liczbę osób włączonych do pierwszego etapu programu (uwzględniającego wykonanie testu FINDRISC) oszacowano zatem na 270 000 osób. Mając jednak na uwadze złożoność wyliczeń oraz brak możliwości zweryfikowania poszczególnych danych służących określeniu ostatecznego wyniku, poprawność oszacowania wskazanej liczby populacji docelowej nie może zostać jednoznacznie potwierdzona.

Liczbę osób, która poddana zostanie badaniu przesiewowemu oszacowano na 30 000 osób. Etap kompleksowego programu edukacyjnego został przeznaczony dla 5 000 uczestników. Podkreślono, że w powyższym przypadku decydującą rolę odgrywa czynnik ekonomiczny. Nie sprecyzowano jednak jak można definiować pojęcie „czynnika ekonomicznego” w kontekście planowanych działań. Weryfikacja poprawności przedstawionego oszacowania nie jest zatem możliwa. W związku z powyższym, warto zaznaczyć, że przedstawione w pewnych punktach wyliczenia służące określeniu liczby osób, które wypełnią test FINDRISC wymagają większej precyzji, również określenie liczby osób, które poddane zostaną badaniom przesiewowym oraz kompleksowemu programowi edukacyjnemu powinny zostać poparte bardziej szczegółowym uzasadnieniem.

W treści projektu odniesiono się zarówno do kryteriów kwalifikujących uczestników, jak i kryteriów służących wykluczeniu danej osoby z programu. Z treści projektu wynika, że ostateczna decyzja o włączeniu pacjenta do programu zostanie podjęta przez lekarza podczas konsultacji w celu wykluczenia osób, które z powodu stanu zdrowia nie powinny zostać włączone do programu. Kryteriami wykluczającymi daną osobę z udziału w programie są: zdiagnozowana cukrzyca typu 2, przebyte w ciągu roku badanie skryningowe (OGTT), stan zdrowia oraz choroby uniemożliwiające udział w programie (wnioskodawca nie sprecyzował jednak jakich chorób bądź stanów dotyczy powyższy zapis).

Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie diagnostyki w kierunku cukrzycy i zamian przedcukrzycowych oraz szerokiego spektrum działań o charakterze informacyjnym oraz edukacyjnym. Zaplanowane działania zostały przedstawione w sposób szczegółowy. W projekcie dokładnie opisano wszystkie etapy oraz interwencje jakie mają zostać przeprowadzone w ramach programu.

W treści projektu programu wyróżniono 6 etapów jego realizacji. Pierwszym etapem będzie akcja promocyjno-informacyjna. Etap II będzie obejmował kwalifikację do programu. Podczas wstępnej kwalifikacji weryfikacji poddane zostaną kryteria włączenia oraz wykluczenia z programu. Należy zaznaczyć, że w przypadku cukrzycy typu 2 wykonywanie skryningu tylko w grupach ryzyka, zgodnie jest z większością zaleceń i wytycznych.

Zgodnie z zapisami programu, uczestnicy kwalifikowani będą przy pomocy kwestionariusza FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score). Jest to najczęściej stosowane i rekomendowane narzędzie oceny ryzyka

rozwoju cukrzycy. Wskazano także, że uczestnik może wypełnić ankietę samodzielnie i zgłosić się do siedziby realizatora/punktu pielęgniarskiego lub zgłosić się do punktu koordynującego i wypełnić kwestionariusz w siedzibie realizatora z pomocą pracownika ww. punktu.

Uczestnicy zakwalifikowani do programu zostaną skierowani na badanie laboratoryjne, celem wykonania doustnego testu obciążenia glukozą (OGTT), co zgodne jest z wytycznymi/zaleceniami z zakresu programów dot. cukrzycy. Należy jednak zwrócić uwagę, że wykonanie badania OGTT należy do wykazu świadczeń gwarantowanych, w związku z czym istnieje ryzyko ich podwójnego finansowania.

W przypadku prawidłowego wyniku OGTT oraz włączenia stanu przedcukrzycowego ze względu na zwiększone ryzyko rozwoju cukrzycy uczestnik otrzyma materiały edukacyjne wraz z zaleceniami. Dodatkowo zostanie umówiony na wizytę lekarską w ramach procedur realizowanych w POZ, finansowanych przez NFZ.

W przypadku nieprawidłowego wyniku OGTT uczestnik zostanie skierowany do dalszego etapu programu. Na wstępnej wizycie pielęgniarskiej wykonane zostaną pomiary antropometryczne (wzrost, waga, BMI, WHR). Poproszeni zostaną oni także o wypełnienie niezbędnych dokumentów, w tym, ankiet służących monitorowaniu programu (test wiedzy nt. cukrzycy typu 2, ankietę oceniająca sposób odżywiania i wiedzę nt. zdrowego odżywiania, informacje o wysiłku fizycznym – IPAQ – kwestionariusze te zostały opisane przez analityka w komentarzu dot. monitorowania oraz ewaluacji). Uczestnik otrzyma także materiały edukacyjne oraz zostanie umówiony na pierwsze warsztaty grupowe (realizowane w ramach etapu IV programu).

W ramach tego etapu wyróżniono także konsultację lekarską (zebranie wywiadu chorobowego, założenie karty pacjenta - jeżeli lekarz nie stwierdzi żadnych przeciwwskazań do udziału w dalszym etapie programu). Wskazano, że wywiad chorobowy powinien obejmować ocenę stanu ogólnego, wydolności układu oddechowego i krążenia, ocenę wyniku OGTT, pomiar ciśnienia oraz wywiad dot. palenia papierosów. Warto zaznaczyć, że zebranie danych i wywiadu dot. ewentualnych czynników ryzyka cukrzycy typu 2 u osób uczestniczących w programie (zazwyczaj zgodnych z określonymi w zaleceniach PTD) jest jednym z etapów najczęściej stosowanego ogólnego algorytmu programów z omawianego zakresu.

Kompleksowy program edukacyjny (etap IV), ma na celu zmianę szkodliwych nawyków żywieniowych i poprawę aktywności fizycznej wśród uczestników, co zgodne jest z wytycznymi/rekomendacjami. Ich treść zwraca bowiem uwagę na fakt, że stosowanie zdrowej diety, aktywność fizyczna, utrzymywanie prawidłowej masy ciała, mają dodatkowe - obok zapobiegania czy kontroli cukrzycy – korzyści. Ponadto, u osób będących w grupie zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy 2 typu, rekomenduje się programy profilaktyczne złożone z komponentów obejmujących dietę i aktywność fizyczną. Zgodnie z treścią projektu programu warsztaty grupowe będą prowadzone w formie tradycyjnej – stacjonarnej lub zdalnej – e-learningu. Wskazano, szczegóły dotyczące zaplanowanych działań, które nie budzą zastrzeżeń. W projekcie podkreślono także, że na zakończenie szkolenia grupowego – po 12 miesiącach od zakwalifikowania do programu – uczestnicy otrzymają skierowanie na kontrolne badanie laboratoryjne – OGTT.

W ramach IV etapu planuje się także konsultacje indywidualne prowadzone przez specjalistów (dietetyka, fizjoterapeutę).

Etap V odnosi się do oceny efektów oraz zakończenia programu. Po roku uczestnictwa w programie ponownie wykonane zostanie badanie laboratoryjne OGTT (na które skierowanie uczestnicy będą otrzymywali po odbyciu drugiego szkolenia grupowego). Uwzględniono również ponowną wizytę lekarską oraz pielęgniarską.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie w programie zaplanowano poprawnie uwzględniając zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń.

Zgodnie z treścią projektu programu, zaplanowana ewaluacja będzie obejmowała analizę danych dotyczących chorobowości oraz zachorowalności na cukrzycę w grupie osób będących w wieku

aktywności zawodowej, po 5 latach od zakończenia realizacji programu. Warto zaznaczyć, że jest to działanie zgodne z zaleceniami ekspertów. Wskazują oni również, że przewidywane efekty programów z zakresu profilaktyki cukrzycy to spadek zachorowalności i śmiertelności także na choroby układu sercowo-naczyniowego. Przeprowadzenie ewaluacji w dłuższej perspektywie czasowej uznać należy za działanie prawidłowe. Poprawnie zaplanowano także wskaźniki, które mają zostać wykorzystane w ramach oceny efektywności.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera szczegółowy i przejrzysty opis organizacji poszczególnych etapów. Wskazano sposób wyboru realizatora programu zgodny z zapisami ustawowymi, zasady udzielania świadczeń i sposób zakończenia udziału w programie.

W ramach kosztów jednostkowych wnioskodawca odniósł się m.in. do badania OGTT (20 zł), konsultacji lekarskich (100 zł) i pielęgnarskich (50 zł), szkoleń grupowych (500 zł) czy konsultacji indywidualnych (200 zł). Należy jednak zaznaczyć, że sposób oszacowania niektórych kwot wydaje się być niejasny. W ramach kosztów jednostkowych wyróżniono bowiem punkt poświęcony „materiałom edukacyjnym – ogólnym”, którego koszt oszacowano na 300 000 zł, odniesiono się także do „materiałów edukacyjnych dla uczestników etapu zmian behawioralnych (formy tradycyjne bądź w wersjach elektronicznych”, których koszt jednostkowy wyniesie 105 zł, koszt łączny (uwzględniający 5 000 uczestników) wyniesie już natomiast 525 000 zł oraz kampanii edukacyjno-informacyjnej, której realizacja będzie kosztowała 2 350 000 zł. Nie uściślono jednak, na jakiej podstawie określono koszty ww. działań. Kwestia ta wymaga sprecyzowania.

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Na realizację programu przeznaczone zostaną środki w wysokości 13 810 666 zł.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Cukrzyca stanowi problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Obecnie na świecie obserwuje się niekorzystną tendencję wzrostu zachorowań na cukrzycę typu 2, spowodowaną głównie prowadzeniem niezdrowego trybu życia - nieodpowiednie odżywianie powodujące nadwagę i otyłość oraz sprzyjająca im mała aktywność fizyczna.

Na podstawie najnowszych danych epidemiologicznych (raport WHO z 2016 r. „Global Report on Diabetes” i badanie NCD-RisC z 2016 r.), od 1980 do 2014 roku rozpowszechnienie cukrzycy wśród osób dorosłych na świecie wzrosło z 4,3% do 9,0% w przypadku mężczyzn i z 5,0% do 7,9% w przypadku kobiet. Liczba dorosłych z cukrzycą wzrosła z 108 mln w 1980 roku do 422 mln w 2014 roku. Według profilu cukrzycowego stworzonego przez WHO dla Polski w 2016 roku, cukrzyca odpowiada za 2% wszystkich zgonów w Polsce.

Cukrzyca typu 2 jest z jednej strony jednostką chorobową, z drugiej czynnikiem ryzyka innych chorób, w szczególności chorób sercowo-naczyniowych czy chorób naczyń mózgowych. Osobom z cukrzycą lub ze stanami przedcukrzycowymi w celu redukcji ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych zaleca się: edukację i wdrażanie intensywnej zmiany stylu życia (dieta, regularna aktywność fizyczna, redukcja nadwagi, zaprzestanie palenia tytoniu) oraz kontrolę i leczenie innych czynników ryzyka miażdżycy - nadciśnienia oraz zaburzeń lipidowych.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oznaczenie glukozy, test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej finansowanych ze środków publicznych.

Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez NFZ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK).

Ocena technologii medycznej

W toku wyszukiwania odnaleziono wytyczne dotyczące postępowanie w zakresie wczesnego wykrywania i zapobiegania cukrzycy m.in: *National Institute for Health and Clinical Excellence 2012, 2015, IMAGE Study Group 2010, European Society of Cardiology /European Association for the Study of Diabetes 2007, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne 2016, American Diabetes Association 2011, 2015), National Health and Medical Research Council 2009, Polskie Forum Prewencji 2008, American Association of Clinical Endocrinologists 2007, World Health Organization 2003, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne 2011, International Diabetes Federation 2015*. Poniżej przedstawiono podsumowanie odnalezionych zaleceń.

W celu identyfikacji odpowiedniej grupy osób kwalifikujących się do badań przesiewowych, wytyczne zalecają przeprowadzenie oceny ryzyka (oceny występowania czynników ryzyka lub zastosowania narzędzi do oceny ryzyka cukrzycy). Sugeruje się zastosowanie w tym celu kwestionariusza FINDRISC.

Programy badań przesiewowych w kierunku wykrywania cukrzycy powinny być skierowane do populacji ogólnej w średnim wieku – tj. w wieku >45 lat oraz do osób z czynnikami ryzyka jak otyłość i nadwaga.

Niezależnie od wieku, badania w kierunku cukrzycy należy wykonać co roku u osób z grup ryzyka. Niektóre rekomendacje zalecają również przeprowadzanie skryningu dodatkowo wśród osób z zaburzeniami psychicznymi stosującymi leki przeciwpsychotyczne.

Badanie przesiewowe należy przeprowadzać za pomocą oznaczania glikemii na czczo (FPG, fasting plasma glucose) lub testu tolerancji (OGTT) z użyciem 75 glukozy. W przypadku bezobjawowych osób diagnoza oparta jest na oznaczeniu FPG z lub bez wykonania OGTT. Doustny test obciążenia glukozą jest bardziej czuły w przypadku diagnozy stanów przedcukrzycowych niż badanie FPG.

Rekomenduje się programy profilaktyczne złożone z komponentów obejmujących dietę i aktywność fizyczną. Program powinien mieć charakter konsultacji, coaching'u i długotrwałego wsparcia. Programy dotyczące modyfikacji stylu życia powinny obejmować 10-15 osobowe grupy beneficjentów, będących w grupie wysokiego ryzyka rozwoju cukrzycy 2 typu. Spotkania w grupach powinny odbywać się przynajmniej 8 razy w ciągu 9-18 miesięcy (każda osoba powinna mieć łącznie co najmniej 16h kontaktu w grupie lub spotkań indywidualnych). Jeśli to koniecznie należy kierować pojedyncze osoby na poradnictwo do dietetyka, zapewniać sesje „follow-up” w regularnych odstępach (np. co 3 miesiące) przez okres co najmniej 2 lat od momentu rozpoczęcia interwencji.

Ewaluacja programów dotyczących zapobiegania cukrzycy powinna być oparta na uzyskanych przez beneficjentów punktach końcowych, co 12 miesięcy lub częściej. Podstawowe wskaźniki powinny obejmować: liczebność populacji całkowitej, poziom frekwencji, zmiany w intensywności aktywności fizycznej (od umiarkowanej do intensywnej) mierzone co tydzień, zmiany w diecie (szczególnie ilości spożywanego tłuszczu i błonnika), zmiany wagi, obwodu talii, BMI, zmiany poziomu glukozy na czczo lub HbA1c.

Wszystkie kobiety ciężarne powinny być diagnozowane w kierunku zaburzeń tolerancji glukozy. Wstępne oznaczenie stężenia glukozy na czczo celem diagnostyki w kierunku hiperglikemii ciążyowej powinno być zlecone na początku ciąży, podczas pierwszej wizyty u ginekologa.

U ciężarnych z grupy ryzyka należy od razu, już podczas pierwszej wizyty w czasie ciąży, zlecić wykonanie testu diagnostycznego. Jeśli nie stwierdzi się nieprawidłowych wartości glikemii, należy powtórzyć test diagnostyczny między 24.–28. tygodniem ciąży lub gdy wystąpią pierwsze objawy sugerujące cukrzycę. Diagnostyka między 24. a 28. tygodniem ciąży ma charakter jednostopniowy i polega na wykonaniu testu 75 g OGTT.

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.441.285.2017 „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2” realizowany przez: Województwo Pomorskie, Warszawa, październik 2017 oraz Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 335/2017 z dnia 16 października 2017 roku o projekcie programu „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2” (woj. pomorskie)