



Opinia Prezesa

Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

nr 123/2019 z dnia 28 sierpnia 2019 r.

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców Województwa Dolnośląskiego”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada przeprowadzenie działań, które częściowo będą stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych oraz mogą przyczynić się do poprawy zdrowia osób chorujących na cukrzycę typu 2. Należy jednak projekt programu doprecyzować, tak aby zawarte w nim treści nie budziły zastrzeżeń.

Zaproponowane w projekcie cele programowe nie zostały sformułowane poprawnie. Cele programowe powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne i zaplanowane w czasie. Mierniki efektywności również nie zostały opracowane poprawnie i nie spełniają swojej funkcji umożliwiającej ocenę skutków programu.

Populacja docelowa została prawidłowo zdefiniowana.

Zaplanowane interwencje (działania diagnostyczne, konsultacje dietetyczne i diabetologiczne) są zgodne z wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie.

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie, jednak w zakresie oceny efektywności programu wymagają uzupełnienia.

Budżet zawiera wiele nieścisłości dotyczących oszacowanego kosztu całkowitego, co wymaga poprawy. Ponadto należy oszacować koszty pośrednie oraz koszty przypadające na poszczególne lata trwania programu, a także uwzględnić koszty przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania cukrzycy. Budżet programu wynosi 27 200 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2020-2023.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.), 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 priorytety zdrowotne zgodne z §1 ust. 1 pkt d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy”.

W ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono mechanizm patogenezy cukrzycy typu 2, sposoby profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali ogólnopolskiej oraz regionalnej.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa dolnośląskiego, w okresie 2013-2015 stwierdzono 2 155 zgonów z powodu cukrzycy. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie dolnośląskim wynosił 24,7/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 25,7%. Wartość ta plasuje województwo na 3. miejscu w Polsce, licząc od województwa od najwyższej wartości. Chorobowość rejestrowana w woj. dolnośląskim wyniosła 243,2 tys. osób (ok. 8375/100 tys. mieszkańców).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie wykrywalności cukrzycy typu 2 oraz zwiększenie do 2023 r. świadomości wśród mieszkańców w wieku 35-64 lata z województwa dolnośląskiego w zakresie występowania u nich wysokiego ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Natomiast przedstawione założenie główne składa się z dwóch odrębnych celów, co wymaga modyfikacji.

Cele szczegółowe zdefiniowano w następujący sposób:

- (1) „zwiększenie poziomu świadomości w zakresie ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego u co najmniej 80% osób w wieku 35-65 lat objętych wsparciem do 2023 r.”;
- (2) „zwiększenie wykrywalności stanu przedcukrzycowego wśród osób objętych programem do 2023 r. u co najmniej 6,25% osób”;
- (3) „zwiększenie wykrywalności cukrzycy typu 2 wśród osób objętych programem u co najmniej 3% osób do 2023 r.”;
- (4) „upowszechnienie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 2 i stanu przedcukrzycowego u 100% uczestników programu”;
- (5) „zmniejszenie czynników ryzyka cukrzycy typu 2 wśród osób objętych programem m.in. zwiększenie regularnej aktywności fizycznej, zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych”.

W odniesieniu do pierwszego celu szczegółowego nie zaplanowano przeprowadzenia pre-testu, a jedynie post-test na zakończenie udziału w programie. W związku z tym niemożliwe będzie zbadanie przyrostu wiedzy. Drugi cel szczegółowy został zaplanowany w sposób poprawny, jednak nie uzasadniono przyjętego odsetka wykrywalności stanu przedcukrzycowego. Trzeci cel powiela założenie główne. Czwarty cel został sformułowany w formie działania, a nie efektu, który planuje się osiągnąć. W kontekście piątego celu szczegółowego należy wskazać, że zmniejszenie czynników ryzyka cukrzycy typu 2 jest trudno mierzalne, ze względu na występowanie innych elementów, które mogą mieć wpływ np. na zwiększenie aktywności fizycznej czy zmianę nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Utrudniony będzie również prawidłowy dobór mierników efektywności.

Należy zaznaczyć, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Cele wskazane w projekcie wymagają przeformułowania z ww. koncepcją.

Zaproponowane 5 mierników efektywności. W odniesieniu do miernika w postaci „liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego w grupie wiekowej objętej programem, które uczestniczyły w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych dotyczących ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego” należy wskazać, iż sama liczba uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych może nie przełożyć się na wzrost poziomu wiedzy. Wskaźnik w takiej formie może być wykorzystany podczas monitorowania, natomiast nie w procesie oceny stopnia realizacji założonych wcześniej celów. Miernik dotyczący odsetka uczestników programu, których wyniki testu potwierdzają, że zdobyta wiedza pozwoliła im na podniesienie świadomości nie jest jasny z uwagi na brak określenia wyników testu końcowego świadczącego o pozytywnym efekcie działań edukacyjnych. Mając powyższe na uwadze, należy wskazać, iż nie przytoczono prawidłowo sformułowanych mierników do celów dotyczących zwiększenia poziomu świadomości uczestników, upowszechnienia badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 2 oraz zmniejszenia czynników ryzyka cukrzycy typu 2, co wymaga uzupełnienia.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Ponadto należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią mieszkańcy województwa dolnośląskiego w wieku 35-64 lat. W projekcie wskazano, że liczebność populacji w grupie adresatów programu wynosi 1 249 400 osób, co jest zbliżone z danymi GUS.

Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne oraz ograniczenia finansowe, wielkość populacji objętej programem wyniesie 24 000 osób (edukacja, pierwsza konsultacja lekarska, oznaczenie glikemii na czczo). Przeprowadzenie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT, ang. *oral glucose tolerance test*) zaplanowano dla 1 500 mieszkańców (dla osób z wynikiem glikemii na czczo na poziomie 100-125 mg/dl), natomiast drugiej konsultacji lekarskiej i ponownego oznaczenia glikemii na czczo dla 720 mieszkańców (dla osób z wynikiem glikemii na czczo na poziomie 126 mg/dl i więcej). Konsultacja dietetyczna ma być prowadzona dla 13 000 osób z wysokim ryzykiem zachorowania na cukrzycę (powyżej 15 pkt w skali FINDRISC), a konsultacja diabetologiczna dla 1 500 osób ze stanem przedcukrzycowym.

Kryteriami kwalifikacji do programu będzie zamieszkiwanie na terenie województwa dolnośląskiego, wiek 35-64 lat oraz brak rozpoznanej cukrzycy typu 2. W programie nie będą mogły wziąć udział kobiety w ciąży. Ponadto określono, że do udziału w programie będą uprawnione osoby z przynajmniej jednym z czynników ryzyka (m.in. otyłość, hiperglikemia), które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miały wykonywanego ze środków publicznych badania stężenia glukozy we krwi i testu obciążenia glukozą. W programie będą mogły wziąć również osoby, które nie są w grupie ryzyka

Według zaleceń PTD 2018 badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45. r.ż. Ponadto niezależnie od wieku, badanie to należy wykonywać co roku u osób z określonych grup ryzyka (PTD 2018). Większość wytycznych zaleca wykonywanie skryningu tylko w określonych grupach ryzyka, zazwyczaj u osób >40. lub 45. r.ż. (USPSTF 2015, AACE/ACE 2015, ADA 2015, ICSI 2014, NICE 2012, IMAGE Study Group 2010, NHMRC 2009).

Interwencja

W ramach programu zaplanowano kilka etapów: kwalifikację do programu, działania diagnostyczne, konsultacje (dietetyczne i diabetologiczne) oraz akcję informacyjno-edukacyjną.

Kwalifikacja do programu będzie przeprowadzona za pomocą ankiety rekrutacyjnej (dostępnej w wersji papierowej w wyznaczonym miejscu u realizatora oraz wersji elektronicznej na stronie

internetowej beneficjenta, a także wysyłanej drogą pocztową przy okazji zaproszeń do udziału w programie).

Zaplanowane badanie przesiewowe będzie obejmowało wywiad z pacjentem, dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego, określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu pasa, ocenę ryzyka cukrzycy typu 2 na podstawie wypełnianej karty badania profilaktycznego zawierającej m.in. kalkulator FINDRISC, oznaczenie glikemii na czczo. Ww. badanie będzie przeprowadzane przez lekarza POZ.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, oznaczanie glikemii na czczo jest jednym z zalecanych badań skryningowych w kierunku wczesnego rozpoznawania cukrzycy (PTD 2018, USPSTF 2015, AACE/ACE 2015, ADA 2015, ICSI 2014, NICE 2012, IMAGE Study Group 2010, NHMRC 2009).

Kwestionariusz FINDRISC to najczęściej stosowane narzędzie oceny ryzyka rozwoju cukrzycy w Europie, zalecane m.in. przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/EASD 2007).

Pomiary masy ciała, wzrostu i obwodu talii powinny stanowić integralną część badania przedmiotowego odnotowywanego w dokumentacji medycznej pacjenta. W praktyce lekarza rodzinnego powinny być one wykonywane: w chwili zapisu pacjenta do lekarza rodzinnego (najpóźniej w ciągu 1-2 następujących wizyt); w trakcie porady, której powodem jest nadwaga lub otyłość; tak często, jak to możliwe w czasie konsultacji z powodu powikłań otyłości (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, dyslipidemia, choroba wieńcowa, choroba zwyrodnieniowa stawów i inne), a także w czasie każdej rutynowej wizyty, jeżeli lekarz podejrzewa u pacjenta nieprawidłową masę ciała (KLRwP/PTMR/PTBO 2017).

W ramach kolejnego etapu osoby z wysokim ryzykiem zachorowania na cukrzycę zostaną objęte indywidualnymi konsultacjami dietetycznymi. Po przeprowadzeniu konsultacji dietetycznych pacjent odbędzie kolejną wizytę u lekarza POZ, który uzupełni kartę badania profilaktycznego i oceni skuteczność przeprowadzonej edukacji.

Zgodnie z rekomendacjami CPSTF 2015 u osób będących w grupie zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2, zaleca się programy profilaktyczne złożone z komponentów obejmujących dietę i aktywność fizyczną. Program powinien mieć charakter konsultacji, coaching'u i długotrwałego wsparcia (przynajmniej 3 miesiące). Stosowanie zdrowej diety, aktywność fizyczna, utrzymywanie prawidłowej masy ciała, mają dodatkowe – obok zapobiegania czy kontroli cukrzycy – korzyści (PTD 2019, ADA 2015, ICSI 2014, NICE 2012, NHMRC 2009, ES 2008, ESC/EASD 2007, JBS 2007, AACE 2007). Zgodnie z przeglądem systematycznym Nield 2008 porady dietetyczne wydają się być efektywne w redukowaniu ryzyka cukrzycy o 33% w porównaniu z grupą kontrolną. Po 12 miesiącach, porady dietetyczne wydają się mieć pozytywny wpływ na kontrolę metaboliczną. W projekcie wskazano na prowadzenie działań edukacyjnych oraz 2 porad dietetycznych dla każdego uczestnika.

Osoby ze stanem przedcukrzycowym (glikemia na czczo pa poziomie 100-125 mg/dl) będą miały zapewnioną również konsultację z lekarzem diabetologiem (2 konsultacje na jednego uczestnika – jeden raz na kwartał). Przeprowadzony zostanie wywiad z uczestnikiem programu, ustalone zostaną cele terapeutyczne oraz sposoby leczenia. Zaplanowano edukację dotyczącą choroby i jej powikłań, technik samodzielnej obserwacji, sposobu modyfikacji dotychczasowego stylu życia.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736) badanie glukozy jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym w ramach POZ. Należy również zaznaczyć, że porada specjalistyczna z zakresu diabetologii znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu zostały zaplanowane w projekcie.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie analizy: „liczby osób, które zostały zakwalifikowane do badań przesiewowych tj. przeszły wstępną konsultację”, „liczby osób, które zostały zakwalifikowane do etapu działań edukacyjnych”, „liczby osób, które wzięły udział w spotkaniach edukacyjnych”, „liczby osób, które skorzystały z konsultacji dietetycznej” oraz „liczby osób, które

skorzystały z konsultacji diabetologicznej”. Dodatkowo w ramach tego elementu można wykorzystać zaproponowany miernik efektywności, tj. „liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego w grupie wiekowej objętej programem, które uczestniczyły w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych dotyczących ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego”.

Ocena jakości świadczeń realizowanych w programie oparta będzie o analizę wyników ankiety satysfakcji, co jest prawidłowym działaniem.

Ocena efektywności ma być prowadzona z wykorzystaniem zdefiniowanych mierników efektywności. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. Zaplanowane wskaźniki ewaluacyjne mogą okazać się niewystarczające do przeprowadzenia kompleksowej oceny efektywności programu.

Zgodnie z rekomendacjami NICE 2012 ewaluacja programów 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.

Warunki realizacji

Wybór realizatora programu nastąpi w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W programie zostały określone warunki realizacji PPZ odnośnie personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Po uczestnictwie w przewidzianych interwencjach uczestnicy zostaną poinformowani o zaleceniach terapeutycznych. Osoby, u których stwierdzono cukrzycę typu 2 zostaną skierowane na dalsze leczenie w ramach świadczeń NFZ.

Akcja informacyjna ma być prowadzona w oparciu o m.in. internetowe i lokalne media, jst, parafie czy Dolnośląski Oddział Polskiego Stowarzyszenia Diabetologicznego. Ponadto dystrybuowane będą ulotki i plakaty informacyjne.

W projekcie oszacowano koszty całkowite programu na 27 200 000 zł, w tym koszt I etapu (działania informacyjno-edukacyjne) – 192 080 zł, koszt II etapu (diagnostyka) – 4 533 780 zł, koszt III etapu (konsultacje) – 19 955 000 zł.

Wskazano również składowe koszty poszczególnych etapów. Należy jednak wskazać, iż koszty konsultacji dietetycznych, konsultacji diabetologicznych, oznaczenia glikemii na czczo oraz konsultacji lekarskich w 3 etapie programu zostały znacząco zawyżone. Przy przyjętych kosztach jednostkowych łączny koszt konsultacji dietetycznych będzie wynosił 3 120 000 zł, konsultacji diabetologicznych – 390 000 zł, oznaczenia glikemii na czczo – 104 000 zł, konsultacji lekarskich – 1 300 000 zł. Biorąc pod uwagę powyższe koszt III etapu wyniósłby 5 213 000 zł, a nie jak wskazano - 19 955 000 zł, a koszt całkowity 9 938 860 zł a nie jak oszacowano – 27 200 000 zł. Powyższe rozbieżności wymagają wyjaśnienia.

Ponadto należy oszacować koszty pośrednie oraz koszty przypadające na poszczególne lata trwania programu. Konieczne jest również uwzględnienie kosztów przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

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 dietyki, 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.101.2019 „Regionalny program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego” realizowany przez: Województwo dolnośląskie, Warszawa, sierpień 2019 oraz aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 266/2019 z dnia 19 sierpnia 2019 roku o projekcie programu „Regionalny program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego”.