



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 182/2018 z dnia 6 września 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Samorządowy
Program polityki zdrowotnej – zapobieganie i wczesne wykrywanie
cukrzycy typu 2” realizowany przez powiat Bocheński**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Samorządowy Program polityki zdrowotnej – zapobieganie i wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Negatywna opinia, związana jest przede wszystkim z zastrzeżeniami co do wyboru populacji docelowej oraz zaplanowanej interwencji.

Należy mieć na uwadze, że wykonanie badań w kierunku wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, powinno być poprzedzone kwalifikacją w postaci identyfikacji czynników ryzyka u danej osoby. Ponadto badanie glikemii przygodnej jest badaniem zalecanym jedynie w przypadku, gdy oznaczenie glikemii na czczo jest niemożliwe do wykonania oraz w przypadku, gdy u pacjenta występują objawy hiperglikemii. W projekcie natomiast pojawiają się rozbieżności, które nie pozwalają jednoznacznie stwierdzić, w którym momencie programu będą wykonywane powyższe badania. Dodatkowo program zawiera jedynie bardzo ogólny opis działań edukacyjnych, które stanowią istotny element programów profilaktycznych.

Cel główny powinien zostać dostosowany do zasady SMART oraz przeformułowany w taki sposób, aby wyznaczał oczekiwany efekt. Cele szczegółowe również warto dostosować do zasady SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić, aby odnosiły się do wszystkich celów.

Monitorowanie oraz ewaluacja wymagają uzupełnienia, zgodnie z uwagami zawartymi w dalszej części opinii.

W zakresie oszacowań budżetu należy uwzględnić koszty jednostkowe, a także koszty monitorowania i ewaluacji, co pozwoli na weryfikację budżetu pod kątem możliwego niedoszacowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy profilaktyki cukrzycy typu 2. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 73 320 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2021.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków



publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510.), 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 Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2018 poz. 469): „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy”. Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób poprawny. W projekcie zawarto światowe, ogólnopolską oraz lokalną sytuację epidemiologiczną. Nie odniesiono się jednak do Map Potrzeb Zdrowotnych.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie cukrzycy w 2014 r. w Polsce zapadalność rejestrowana dla rozpoznanych z grupy cukrzyca wyniosła 143,7 tys., natomiast w województwie małopolskim 12,1 tys. (4 najwyższa wartość w kraju). Współczynnik zapadalności rejestrowanej wyniósł 378,2/100 tys. w skali kraju oraz 360,52/100 tys. w województwie małopolskim, zaś współczynnik chorobowości szpitalnej dla Polski – 3 769,1/100 tys., a dla województwa małopolskiego – 3 875,07/100 tys. Ponadto w okresie 2012-2014 w województwie małopolskim stwierdzono 950 zgonów z powodu cukrzycy, z których 79,4% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych (42,1% zmarłych stanowili mężczyźni).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zapobieganie oraz wczesne wykrywanie cukrzycy typu II u mieszkańców powiatu bocheńskiego w wieku aktywności zawodowej”.

Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Przedstawiony w programie cel główny jest sformułowany w formie działania, co przekłada się na trudności w zmierzeniu stopnia jego realizacji.

Dodatkowo wskazano 9 celów szczegółowych. Należy zauważyć, że przedostatni cel szczegółowy również stanowi działanie, a nie oczekiwany efekt. Ponadto przytoczone cele nie zostały przedstawione w pełni zgodnie z koncepcją SMART. Dobrze sformułowany cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. W trakcie definiowania celów niezbędne jest również określanie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu.

W projekcie programu przedstawiono 4 mierniki efektywności. Pierwszy miernik „zgłaszalność do programu” nie został wyrażony w odpowiednich jednostkach miary. Pozostałe wskaźniki „liczba osób z prawidłowym wynikiem badania”, „liczba osób znajdujących się w grupie ryzyka rozwoju cukrzycy”, oraz „liczba osób skierowanych na dalszą diagnostykę w ramach POZ → AOS” mają charakter ilościowo-jakościowy i odnoszą się do efektów zdrowotnych. Zgodnie z definicją mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie. Nie zaproponowano mierników efektywności do wszystkich celów programu, co wymaga uzupełnienia. 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 programu stanowić będą osoby zamieszkałe na terenie powiatu bocheńskiego w wieku od 40 do 60 lat. Wskazano, że średnio w latach 2019-2021 program obejmie ok. 29 000 osób (100% populacji docelowej). Zgodnie z danymi GUS w 2017 r. na terenie powiatu bocheńskiego mieszkało 27 187 osób w grupie wiekowej 40-59 lat.

Kryteriami włączenia do programu będzie wiek od 40 do 60 lat, zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie powiatu bocheńskiego, brak zdiagnozowanej cukrzycy oraz brak wykonywanych badań skryningowych (stężenie glukozy na czczo) w przeciągu ostatniego roku.

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego oraz Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD 2017, ADA 2015), wskazuje się, że badania w kierunku cukrzycy należy przeprowadzać raz na 3 lata wśród osób po 45. r.ż. Ponadto większość wytycznych zaleca wykonywanie skryningu tylko w określonych grupach ryzyka, zazwyczaj u osób >40 lub 45 roku życia (NICE 2017, USPSTF 2015, AACE/ACE 2015, ADA 2015, ICSI 2014, IMAGE Study Group 2010, NHMRC 2009). Również eksperci kliniczni wskazują, że 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.

Wobec powyższego zasadne jest uwzględnienie w kryteriach kwalifikacji faktu występowania czynników ryzyka cukrzycy.

Interwencja

Projekt programu zakłada wykonanie badań przesiewowych w kierunku rozpoznawania zaburzeń gospodarki węglowodanowej (pomiar ciśnienia tętniczego krwi; pomiar wzrostu i masy ciała oraz określenie wskaźnika BMI; pomiar obwodu pasa i bioder; oznaczenie glikemii przygodnej i/lub glikemii na czczo) i przeprowadzenie działań edukacyjnych.

W pierwszym etapie programu uczestnicy będą wypełniać kwestionariusz FINDRISC na temat czynników ryzyka cukrzycy. Stosowanie kwestionariusza FINDRISC jest zalecane m.in. przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/EASD 2007). Nie wskazano, że ocena ryzyka wystąpienia cukrzycy będzie kwalifikować do dalszych badań.

Następnie pacjenci będą mieli wykonywany dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego (pierwszy w pozycji siedzącej po 5 minutach odpoczynku, drugi po 10 minutach od pierwszego pomiaru), pomiar wzrostu oraz masy ciała wraz z określeniem wskaźnika BMI oraz pomiar obwodu pasa i bioder.

Pomiary masy ciała, wzrostu i obwodu talii powinny stanowić integralną część badania fizykalnego odnotowywanego w dokumentacji medycznej każdego dorosłego pacjenta. Zaleca się, aby były one wykonywane również 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, zwyrodnienia stawów i inne), a także w czasie każdej rutynowej wizyty, jeżeli lekarz podejrzewa u pacjenta nieprawidłową masę ciała (KLRwP/PTMR/PTBO 2014).

Należy wskazać, że w odniesieniu do pomiaru stężenia glukozy, pojawiają się w programie rozbieżności. W opisie interwencji zaznaczono, że zostanie wykonany test paskowy oraz, że oznaczana będzie glikemia przygodna. Natomiast w punkcie opisującym sposób udzielania świadczeń, wskazano że program obejmuje wykonanie pomiaru glikemii przygodnej, a następnie glikemii na czczo, jeśli wynik pomiaru glikemii przygodnej wskazuje na podejrzenie cukrzycy.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, oznaczanie glikemii na czczo jest jednym z zalecanych badań skryningowych w kierunku wczesnego rozpoznawania cukrzycy (PTD 2017, NICE 2017, USPSTF 2015, AACE/ACE 2015, ADA 2015, ICSI 2014, IMAGE Study Group 2010, NHMRC 2009). Natomiast oznaczanie glikemii przygodnej jest badaniem zalecanym jedynie w przypadku, gdy oznaczenie glikemii na czczo jest niemożliwe do wykonania (NHMRC 2009) oraz w przypadku, gdy u pacjenta występują objawy hiperglikemii (PTD 2017). Ponadto należy podkreślić, że zalecenia PTD 2017 wskazują, że nie należy stosować do celów diagnostycznych oznaczeń glikemii wykonywanych przy użyciu glukometrów. Zaplanowany sposób wykonywania pomiaru glikemii jest zatem niezgodny z wytycznymi i powinien zostać zmieniony.

W ramach programu prowadzone będą również działania edukacyjne dotyczące „stylu życia” prowadzone przez pielęgniarkę (edukatora cukrzycy, edukatora ds. diabetologii). Nie wskazano jednak liczby uczestników szkoleń oraz dokładnego zakresu tematycznego działań edukacyjnych. Nie

podano również liczby spotkań, która zostanie zorganizowana w ramach całego okresu realizacji programu. W celu zapewnienia zgodności z wytycznymi, informacje dotyczące edukacji powinny zostać uzupełnione.

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 2017, NICE 2017, ADA 2015, ICSI 2014, NHMRC 2009, ES 2008, ESC/EASD 2007, JBS 2007, AACE 2007).

Oznaczanie stężenia glukozy we krwi znajduje się wśród świadczeń finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86 z późn. zm.), jednak w kryteriach kwalifikacji zaznaczono, że badanie stężenia glukozy na czczo nie mogło być wykonane w przeciągu ostatniego roku, wobec czego ryzyko podwójnego finansowania świadczenia zostało zniwelowane.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak wymagają one uzupełnienia.

W ramach oceny zgłaszalności do programu zaplanowano rejestr liczby osób, które zgłosiły się do programu. Ponadto, monitorowaniu podlegać mają:

- liczba osób, które wypełniły ankietę FINDRISK;
- liczba przeprowadzonych szkoleń;
- liczba osób uczestniczących w szkoleniu;
- liczba osób ze stanem przedcukrzycowym;
- liczba osób z podejrzeniem cukrzycy.

W ramach zgłaszalności powinien zostać również uwzględniony odsetek osób, u których występują czynniki ryzyka oraz odsetek osób, u których występują czynniki ryzyka i jednocześnie stwierdzono nieprawidłowości w dalszej diagnostyce.

Ocena jakości świadczeń realizowanych w programie prowadzona będzie w oparciu o wyniki ankiety satysfakcji, co jest prawidłowym podejściem.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie pomiarów wykonanych w trakcie interwencji. Ponadto określono, że do „oceny skuteczności realizacji programu” będą służyć następujące wskaźniki:

- faktyczna liczba uczestników programu;
- wskaźnik satysfakcji (50% planowanej liczby beneficjentów w każdym roku);
- liczba przeprowadzonych szkoleń;
- liczba uczestników szkoleń (75% osób, faktycznej liczby uczestników programu).

Zgodnie z rekomendacjami NICE 2017 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.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, z wykorzystaniem, co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu.

Dodatkowo warto uwzględnić wskaźniki dot. wykrytych podejrzeń cukrzycy (liczby osób, u których poziom glukozy był zbyt niski/wysoki), liczbie osób, u których stwierdzono nieprawidłowe ciśnienie, liczbie osób skierowanych do dalszej, pogłębionej diagnostyki. Dane te należy odnieść do wcześniejszych danych epidemiologicznych. Dodatkowo należy także określić wpływ działań edukacyjnych poprzez sprawdzenie zmiany wiedzy i zachowań zdrowotnych oraz zgłaszalność na badania profilaktyczne poza programem.

Warunki realizacji

Etapy programu przedstawiono w sposób ogólny. Również warunki dotyczące personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych opisano pobieżnie.

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, co spełnia wymogi ustawowe.

Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym etapie. Każdy uczestnik programu otrzyma pisemną informację na temat wyniku przeprowadzonych badań. Osoby, u których zostaną wykryte schorzenia (zwłaszcza podejrzania cukrzycy typu 2 oraz nadciśnienia tętniczego) będą kierowane do podmiotów leczniczych finansowanych przez NFZ.

Całkowity koszt trzyletniego programu oszacowano na 73 320 zł. Nie wskazano kosztów jednostkowych. Określono jedynie łączny koszt jednego dnia badania (przewidziano ich 16 rocznie) na 840 zł. Koszt sprzętu jednorazowego oraz aparatury medycznej oszacowano na 10 000 zł rocznie, natomiast działań promocyjno-edukacyjnych na 1 000 zł rocznie. Z powyższych danych wynika, że koszt uczestnictwa jednej osoby wyniesie 2,53 zł. Nie odniesiono się do kosztów prowadzenia monitorowania oraz ewaluacji.

Warto mieć na uwadze, że zgodnie ze zweryfikowanymi przez Agencję informacjami, koszt badania glukozy we krwi, w Szpitalu Bocheńskim wynosi 7 zł, co może wskazywać na niedoszacowanie budżetu przy założonej liczebności populacji.

Program finansowany będzie ze środków powiatu bocheńskiego „z możliwością pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł”, jednak nie wskazano jakie to miałyby być źródła.

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 konieczne 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510.), z uwzględnieniem raportu nr OT.441.147.2018 „Samorządowy Program polityki zdrowotnej – zapobieganie i wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2” realizowany przez: powiat Bocheński, sierpień 2018 r. oraz Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 241/2018 z dnia 3 września 2018 roku o projekcie programu „Samorządowy Program polityki zdrowotnej – zapobieganie i wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2” (pow. Bocheński)