



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 114/2017 z dnia 2 czerwca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
przeciwdziałania cukrzycy i nadciśnieniu tętniczemu w profilaktyce
otyłości dla mieszkańców Gminy Białobrzegi na lata 2017-2018”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program przeciwdziałania cukrzycy i nadciśnieniu tętniczemu w profilaktyce otyłości dla mieszkańców Gminy Białobrzegi na lata 2017-2018” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada kompleksowe działania w kierunku zapobiegania występowaniu chorób cywilizacyjnych. Działania zaplanowane w projekcie wpisują się w zalecenia wytycznych klinicznych. Niemniej jednak w projekcie część elementów wymaga dopracowania, tak aby realizowany program był działaniem wysokiej jakości.

Cele programowe należy sformułować zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić, tak aby odpowiadały wszystkim celom programowym.

W zakresie populacji docelowej należy jasno określić potencjalną liczbę uczestników, gdyż w tej kwestii pojawiają się niejasności. Należy mieć przy tym na uwadze, że program swoim zasięgiem obejmuje niewielką liczbę osób, co nie przełoży się na widoczne efekty zdrowotne w populacji. Niemniej jednak prowadzenie prewencji w kierunku nadwagi i otyłości jest działaniem istotnym, co uzasadnia realizację programu. Ponadto konieczne jest jasne i przejrzyste określenie kryteriów kwalifikacji do programu i jego poszczególnych etapów. Kryteria wskazane w projekcie są niejednoznaczne i nie precyzują profilu potencjalnego uczestnika programu.

W zakresie zaplanowanych interwencji konieczne jest:

- Określenie zakresu merytorycznego materiałów edukacyjnych oraz szczegółowych informacji dot. warsztatów i spotkań edukacyjnych
- Wskazanie jaki test będzie wykonywany w ramach pomiaru glukozy
- Zaplanowanie sposobu przeprowadzenia oceny ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych
- Określenie szczegółów dot. grupowych spotkań z dietetykiem oraz zajęć fizycznych
- Wskazanie ścieżki postępowania z uczestnikiem, u którego wyniki badań laboratoryjnych były nieprawidłowe.

Monitorowanie i ewaluacja nie budzą większych zastrzeżeń, jednak sugeruje się ich rozbudowanie.

Budżet programu wymaga ponownego skalkulowania, gdyż zawiera błąd obliczeniowy.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zapobiegania nadwagi, otyłości i cukrzycy. Budżet programu został określony na 120 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2017-2018.

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 priorytety zdrowotne zawarte w rozporządzeniu MZ z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz.1126), mianowicie: „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu” oraz „przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy”.

W sposób prawidłowy opisano problemy zdrowotne jakimi są nadwaga i otyłość, cukrzyca oraz nadciśnienie tętnicze, przedstawiono ich definicje, objawy, diagnostykę i profilaktykę. Odniesiono się także do danych epidemiologicznych.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy, zapadalność na tę chorobę w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w województwie podkarpackim w 2014 roku 343,19 i była to 14. najwyższa wartość wśród województw. Najwyższe wskaźniki zapadalności rejestrowanej odnotowywano wśród pacjentów powyżej 55 r.ż.. Powiat łańcucki, w którym położona jest gmina Białobrzegi, charakteryzował się jednym z najniższych standaryzowanych wskaźników umieralności z powodu cukrzycy w województwie podkarpackim.

W 2014 roku w województwie podkarpackim odnotowano również 4,57 tys. hospitalizacji dorosłych z powodu cukrzycy, co stanowiło 95,7% wszystkich hospitalizacji z powodu cukrzycy w tym województwie. Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych wyniosła 264,5 i była to 7. największa wartość wśród województw.

W zakresie chorób metabolicznych wskazano natomiast, że w 2014 roku w województwie podkarpackim odnotowano 170 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako „otyłość”, co stanowiło 5,14% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy „Choroby metaboliczne”. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 9,84 i była to najniższa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „do końca 2018 roku obniżenie wagi oraz zachorowalności na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze poprzez wdrożenie zasad zdrowego stylu życia u osób biorących udział w programie”. Cel główny jest istotny, mierzalny oraz został zaplanowany w czasie, jednak obniżenie zachorowalności na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze w ciągu roku trwania programu nie wydaje się być osiągalne, gdyż są to raczej rezultaty, które mogą być widoczne dopiero w dłuższej perspektywie czasowej. Projekt programu zawiera również 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie głównego założenia, jednak wymagają one doprecyzowania, tak aby dokładnie opisywały dane zagadnienie i nie stanowiły działań możliwych do podjęcia. Należy zwrócić uwagę, aby cele programowe były tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel główny powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W ocenianym projekcie poprawnie odniesiono się również do mierników efektywności programu, które dotyczą jednak tylko niektórych założonych celów programu. Warto uzupełnić mierniki efektywności o wskaźniki odnoszące się do celów dotyczących wczesnej identyfikacji osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia oraz zwiększenia wykrywalności cukrzycy.

Ponadto, w treści projektu nie odniesiono się do sposobów, w jaki planuje się uzyskiwać informacje nt. wartości poszczególnych wskaźników.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, populację docelową programu, stanowić będą osoby w wieku 45-65 lat, których liczebność oszacowana została na 2062 osoby (ok. 24% populacji jst; GUS 2016 – 1999 osób). W projekcie pojawia się niespójność co do liczby uczestników. W jednej części wskazano, że ze względów finansowych działaniami w ramach programu objąć będzie można 67 osób, a więc ok. 3% populacji docelowej. Dalej podano jednak, że badaniami przesiewowymi objęte będą mogły być wszystkie chętne osoby, a wspomniane 67 osób będzie mogło być zakwalifikowanych do kolejnych etapów programu. Kwestię tą należy wyjaśnić.

W treści projektu odniesiono się również do kryteriów kwalifikacji do kolejnych etapów programu, zgodnie z którymi, udział we wszystkich interwencjach przewidzianych do realizacji w ramach przedmiotowego programu będą mogły wziąć osoby, które oprócz odpowiedniego wieku, będą charakteryzowały się BMI ≥ 25 kg/m² i/lub obwodem talii >80 cm w przypadku kobiet oraz >94 cm w przypadku mężczyzn. Dodatkowo wskazano, że kwalifikowane będą wszystkie osoby chorujące na cukrzycę lub nadciśnienie tętnicze, u których w czasie wywiadu lekarskiego stwierdzono prowadzenie niezdrowego stylu życia. Zapisy te są nieprecyzyjne, gdyż jednoznacznie nie wynika z nich, które z powyższych kryteriów mają występować jednocześnie, a które są od siebie niezależne.

Należy zaznaczyć, że wybór grupy docelowej zgodny jest z zaleceniami ekspertów klinicznych, którzy w swoich opiniach dotyczących zarówno programów z zakresu profilaktyki cukrzycy jak i chorób układu krążenia wskazują, że badaniami przesiewowymi objęte powinny być osoby z populacji ogólnej w średnim wieku oraz osoby z czynnikami ryzyka rozwoju cukrzycy, takimi jak nadwaga i otyłość. W rekomendacjach/wytocznych z zakresu programów dotyczących profilaktyki cukrzycy oraz chorób układu krążenia wskazuje się, że w celu identyfikacji odpowiedniej grupy osób kwalifikujących się do skryningu, przeprowadzona powinna być ocena ryzyka wskazanych chorób.

Interwencja

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

1. Działania edukacyjne dla ogółu mieszkańców gminy Białobrzegi (zachęcanie do zmiany stylu życia – ulotki, plakaty, informacje w mediach społecznościowych, spotkania w formie warsztatów i wspólnych zajęć z aktywności fizycznej);
2. Badania przesiewowe w kierunku chorób cywilizacyjnych, w tym: BMI, badania podmiotowe (wywiad rodzinny, środowiskowy, przebyte choroby), EKG, pomiar ciśnienia tętniczego;
3. Badania podstawowe krwi (OB, morfologia, glukoza, lipidogram, TSH, FT4, FT3, ALT);
4. Kompleksowe działania z zakresu zmiany stylu życia obejmujące konsultacje lekarskie (powtarzanie badań diagnostycznych, ocena postępów, edukacja zdrowotna), konsultacje z dietetykiem (ocena stanu żywienia, ocena stanu odżywienia, przygotowanie indywidualnej diety, edukacja żywieniowa, spotkania grupowe), działania z zakresu aktywności fizycznej (zajęcia grupowe i indywidualne, zajęcia ogólnousprawniające dopasowane do możliwości pacjentów, kinezyterapia dla osób starszych).

Ad.1

Zgodnie z treścią projektu, działania informacyjno-edukacyjne realizowane w ramach programu, będą miały na celu zarówno jego promocję, jak i edukację społeczeństwa w zakresie zagrożeń wynikających z braku przeciwdziałania otyłości, w tym związanych z wystąpieniem cukrzycy typu 2 i nadciśnienia tętniczego. W ramach rozdysponowanych materiałów przedstawiane mają być informacje nt. zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej. Brak jest jednak dokładnego zakresu tematycznego i merytorycznego materiałów edukacyjnych, co utrudnia weryfikację ich poprawności.

Należy jednak wskazać, że zgodnie z rekomendacjami/wytycznymi, ludzie powinni stosować zdrową dietę, być aktywni fizycznie i utrzymywać prawidłową wagę, w związku z czym edukacja całego społeczeństwa w tym zakresie jest działaniem zasadnym.

W ramach powyższych działań zaplanowano także, realizację spotkań w formie warsztatów i wspólnych zajęć z aktywności fizycznej. Kwestia ta wymaga uściślenia, gdyż w treści projektu nie zawarto informacji nt. tego w jaki sposób przebiegać mają ww. spotkania, kto ma je przeprowadzać, ile osób ma wziąć w nich udział oraz ile spotkań ma być realizowanych w ramach programu.

Ad.2

W ramach programu zostaną wykonane badania antropometryczne obejmujące pomiar masy ciała, wzrostu oraz obwodu pasa, na podstawie których wyliczony zostanie wskaźnik BMI, przeprowadzony zostanie również wywiad rodzinny, środowiskowy oraz w kierunku przebytych chorób, a także wykonane zostanie badanie EKG oraz pomiar ciśnienia tętniczego. Należy zaznaczyć, że wszystkie ww. działania (łącznie z wywiadem) zaliczono do kategorii badań przesiewowych, co nie jest do końca zasadne.

Rekomendacje/wytyczne są zgodne, że pomiar BMI jest podstawowym narzędziem przesiewowym w kierunku nadwagi i otyłości, a eksperci poproszeni o opinię w sprawie programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki cukrzycy wskazują również, że w takich programach powinno się uwzględniać pomiar parametrów antropometrycznych: BMI, waga, wzrost, wskaźnika obwodu talii. Należy również wskazać, że zarówno pomiar BMI jak i badanie ciśnienia tętniczego krwi wymieniane są przez ekspertów jako badania, które powinny być wykonywane w ramach programów z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia.

Wywiad, jaki ma być przeprowadzany wśród pacjentów, również znajduje swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach/wytycznych, w których wskazuje się, że ocena ryzyka sercowo-naczyniowego powinna obejmować przede wszystkim obecność głównych czynników ryzyka i ich nasilenie oraz przeprowadzenie wywiadu rodzinnego w kierunku przedwczesnego występowania chorób sercowo-naczyniowych.

W przypadku badania EKG, wytyczne/rekomendacje nie są zbieżne. United States Preventive Services Task Force, w swoich rekomendacjach nie zaleca stosowania rutynowych badań w kierunku obecności zwężenia tętnicy wieńcowej lub w celu oszacowania ryzyka wystąpienia incydentów wieńcowych w populacji osób dorosłych z niskim ryzykiem choroby wieńcowej za pomocą m.in. badania EKG w spoczynku. Natomiast American Heart Association w swoich zaleceniach wskazuje, że przeprowadzenie badania EKG w spoczynku jest uzasadnione w celu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą, może być rozważone również w przypadku bezobjawowych dorosłych bez nadciśnienia czy cukrzycy (AHA 2010).

W projekcie wskazano, że do następnego etapu programu, obejmującego kompleksowe działania mające na celu zmianę stylu życia, zakwalifikowane zostaną osoby, u których w wyniku wyżej opisanych badań, stwierdzi się nieprawidłową masę ciała, cukrzycę lub nadciśnienie tętnicze, a także osoby zagrożone tymi chorobami (choroby układu krążenia w rodzinie, przebyte w przeszłości choroby). Zasadne jest uzupełnienie projektu o bardziej szczegółowe warunki kwalifikacji do kolejnych etapów, w tym o wartości wyników badań jakie będą równoznaczne z przejściem do kolejnego etapu.

Zauważyć należy, że osoby z wskaźnikiem BMI w przedziale 25-30 kg/m² (bez dodatkowych czynników ryzyka) mogą być skutecznie i bezpiecznie leczone za pomocą terapii behawioralnej. Natomiast wśród pacjentów z BMI powyżej 30, powinno się stosować intensywne, multikomponentowe interwencje behawioralne.

Ad.3.

W projekcie przewidziano również przeprowadzenie wśród osób wyłonionych w ramach wcześniej opisanych badań przesiewowych, nieobjętych stałą opieką diabetologa lub kardiologa, szeregu badań krwi w tym: OB, morfologii, glukozy, lipidogramu, TSH, FT4, FT3 oraz ALT. Wskazano, że w przypadku uzyskania niewłaściwych wyników, uczestnicy nie będą dyskwalifikowani z programu, ale kierowani

będą do lekarza POZ w celu dalszej diagnostyki i ewentualnego podjęcia leczenia specjalistycznego. Ma to służyć mobilizacji do podjęcia ewentualnego leczenia farmakologicznego.

Należy zaznaczyć, że z projektu nie wynika jasno, jak wykonanie powyższych badań wpłynąć ma na dalsze losy uczestnika w programie. Jednak w wytycznych Polskiego Towarzystwa Dietetycznego, wymienia się m.in. badania gospodarki węglowodanowej, stężenia aminotransferaz wątrobowych, wskaźników przemiany lipidowej oraz badania gospodarki hormonalnej i morfologię krwi, jako badania zalecane do oceny stanu zdrowia przy ustalaniu założeń dietoterapii (PTDiet 2015). Uściślenia wymaga również rodzaj badania, jakie ma być przeprowadzone w ramach pomiaru glukozy.

Warto zauważyć, że wskazane badania diagnostyczne są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zatem istnieje ryzyko podwójnego ich finansowania.

Ad.4.

W ramach programu, uczestnicy wyłonieni na podstawie badań przesiewowych, mają zostać poddani interwencjom behawioralnym z zakresu odpowiedniej diety oraz aktywności fizycznej, a także mają znajdować się pod opieką lekarza. Należy zaznaczyć, że udział multidyscyplinarnego zespołu specjalistów w interwencjach behawioralnych mających na celu redukcję masy ciała ma swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach.

W projekcie podano, że opieka lekarska w ramach programu, obejmować będzie kontrolę i ocenę powtarzanych co około 6 miesięcy badań diagnostycznych (tylko morfologii, glukozy, lipidogramu, EKG i ciśnienia tętniczego), ocenę postępów zdrowotnych uczestników, monitorowanie ogólnego stanu zdrowia (oraz ewentualne kierowanie do specjalisty), planowanie dalszego postępowania, a także edukację zdrowotną.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, powtarzanie porad dotyczących zmian stylu życia ma decydujące znaczenie w skuteczności prewencji.

Działania z zakresu poradnictwa dietetycznego, obejmować mają indywidualne oraz grupowe spotkania z uczestnikami. Wskazuje się również, że istotną rolę w ramach powyższych działań, pełnić będzie edukacja żywieniowa oraz motywacja pacjenta do stosowania odpowiedniej diety.

Należy wskazać, że w rekomendacjach/wytycznych z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości zwraca się uwagę na fakt, iż interwencje behawioralne powinny obejmować założenie sobie jasno określonych celów dietetycznych i dot. aktywności fizycznej.

Działania z zakresu aktywności fizycznej, również mają być prowadzone w formie zajęć grupowych i indywidualnych. Zgodnie z treścią projektu, mają być one prowadzone przez instruktorów fitness lub nauczycieli wychowania fizycznego. Szczegółowo opisano formy prowadzenia zajęć i ich dostosowanie do odbiorców. Dla osób starszych, zajęcia będą mogły mieć charakter indywidualny (niejasne jest czy indywidualny charakter zajęć będzie mógł być zastosowany wyłącznie w odniesieniu do „osób starszych”, ani też jaki przedział wiekowy obejmuje ta definicja) i obejmować będzie zajęcia z zakresu kinezyterapii, prowadzoną przez rehabilitantów.

W projekcie nie odniesiono się do czasu trwania aktywności fizycznej, jaka ma być podejmowana w ramach przedmiotowego programu. W rekomendacjach dotyczących długości wysiłku fizycznego wskazuje się, że średni zalecany czas aktywności fizycznej to ok. 300 minut tygodniowo w przypadku wysiłku o średnim natężeniu lub 150 minut tygodniowo w przypadku zwiększonego wysiłku fizycznego. NICE rekomenduje natomiast 60-90 minut dziennego wysiłku fizycznego (NICE 2016).

W treści projektu nie odniesiono się do liczebności grup jakie mają brać udział w zajęciach z zakresu diety i aktywności fizycznej, ani też do czasu trwania poszczególnych spotkań. Zgodnie z wytycznymi National Institute for Health and Care Excellence, 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

miesiący (każda osoba powinna mieć łącznie co najmniej 16 h kontaktu w grupie lub spotkań indywidualnych).

Należy zauważyć, że zarówno działania z zakresu prawidłowego odżywiania się jak i działania z zakresu aktywności fizycznej mają być spersonalizowane, co jest działaniem właściwym, gdyż w rekomendacjach/wytycznych zwraca się uwagę, że leczenie osób dorosłych z rozpoznaną nadmierną masą ciała powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się do monitorowania i ewaluacji. W ramach monitorowania uwzględniono poprawne wskaźniki z zakresu oceny zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń. Niemniej jednak wydają się one niewystarczające do całościowego przeprowadzenia tego procesu. Warto zatem uzupełnić wskaźniki m.in. o liczbę osób, która wzięła udział w pełnym cyklu programu oraz przyczyny rezygnacji pacjentów z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania.

Zgodnie z treścią projektu, ocena efektywności programu odbywać się ma na dwóch poziomach. Pierwszym z nich ma być badanie wiedzy uczestników na podstawie dwukrotnie przeprowadzanych ankiet dotyczących nawyków żywieniowych i „nawyków psychologicznych”. Do treści projektu nie załączono wzorów wspomnianych ankiet, nie wiadomo więc, co oznaczać mają nawyki psychologiczne. Drugi poziom ewaluacji polegać ma na określeniu na podstawie zebranych w ramach programu danych odsetka osób, u których odnotowano spadek masy ciała i/lub obwodu talii, a także „osób u których zanotowano polepszenie stanu zdrowia w postaci współczynników z wyników badań diagnostycznych” na podstawie „monitoringu” prowadzonego co 6 miesięcy. Opis ewaluacji programu wymaga uściślenia, niemniej jednak ocena efektywności programu na podstawie analizy oczekiwanych efektów zdrowotnych jest działaniem właściwym. Zasadne wydaje się odniesienie do długotrwałych efektów jakimi mogą być wskaźniki zapadalności na poszczególne choroby cywilizacyjne, których dotyczy program.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono jego części składowe, etapy oraz działania organizacyjne. Wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także kompetencje jakie posiadać powinny osoby realizujące zadania programowe.

W ramach projektu wskazano sposób zakończenia udziału uczestników oraz sposób powiązania działań programowych z obecnie dostępnymi świadczeniami.

Całkowity koszt realizacji programu został określony na 120 000 zł. Koszty jednostkowe przedstawiono w rozbiciu na poszczególne interwencje jakim poddawani mają być uczestnicy. Zgodnie z treścią projektu, koszt przypadający na jednego uczestnika programu wynieść ma 1 710 zł. W przedstawionym budżecie dokonano błędów w obliczeniach dotyczących kosztów konsultacji dietetyka, co rzutuje na wszystkie dalsze szacunki. Wskazano, że koszt tej interwencji wyniesie 250 zł, podczas gdy zgodnie z obliczeniami własnymi Agencji, wyniesie on 270 zł (30 zł x 9 spotkań). Po uwzględnieniu powyższych obliczeń, koszt przypadający na jednego uczestnika programu wyniesie 1 730 zł.

W projekcie wskazuje się również, że liczba uczestników, którzy przejdą pełne uczestnictwo w projekcie, liczyć będzie 67 osób, w związku z czym, koszt ich udziału w projekcie wyniesie 114 570 zł (przy uwzględnieniu poprawnych obliczeń kosztów jednostkowych – 115 910 zł). Jako że koszt całkowity programu oszacowano na 120 000 zł, podano, że pozostałą kwotę przeznaczy się na wykonanie dodatkowych badań przesiewowych wśród 135 osób (pozostała kwota – 5 440 zł/ koszt badania przesiewowego - 40 zł = 135,75; przy prawidłowo obliczonych kosztach jednostkowych: 120 000 zł – 115 910 zł = 4 090 zł / 40 zł = 102,25 osób).

Należy wskazać, że budżet został przygotowany na zbyt dużym poziomie ogólności. Należy także wskazać, że kosztorys programu nie uwzględnia kosztów działań edukacyjnych, co należy uzupełnić.

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.

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 ChSN 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.

Choroby układu sercowo-naczyniowego obejmują chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną. Choroby te stanowią jeden głównych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Choroby sercowo-naczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, ponadto prowadzą do inwalidztwa.

Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga otyłość. Ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia, takie jak: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, stres.

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m². Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii.

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych i według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolenie z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych

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).

Wszystkie świadczenia określone w programie są świadczeniami gwarantowanymi dostępnymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W Polsce realizowany jest Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PPCHUK) finansowany ze środków NFZ, którego głównym celem jest obniżenie o ok. 20 % zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania natężenia czynników ryzyka. Dostępne w ramach PPCHUK świadczenia obejmują: badania biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójglicerydów i stężenia glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (BMI), kwalifikacja

świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości według klasyfikacji SCORE. W ramach wykonywanego przez NFZ programu nie jest wykonywane EKG spoczynkowe.

Ocena technologii medycznej

Cukrzyca

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.

Zgodnie z rekomendacjami badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat :

- u każdej osoby powyżej 45. roku życia
- u każdej osoby powyżej 40 r.ż.

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.

Choroby układu krążenia

Odnalezione dowody naukowe (m.in. *World Health Organization* 2007, *European Society of Cardiology* 2007, *National Institute for Health and Clinical Excellence* 2008) jednoznacznie wskazują, że zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym jest ściśle związane z prowadzeniem zdrowego i aktywnego trybu życia. W związku z tym istotnym elementem samorządowych programów polityki zdrowotnej jest prowadzenie działań edukacyjnych, mających na celu budowanie populacyjnej świadomości w temacie ryzyka występowania chorób układu krążenia.

Z odnalezionych dowód naukowych wynika, że w przypadku osób bezobjawowych ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej powinno się oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wykorzystujące tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, HDL-C, ciśnienie krwi, status palenia.

Z opinii ekspertów wynika, że prowadzenie działań profilaktycznych mających na celu zmniejszenie zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe ma kluczowe znaczenie dla poprawy zdrowia populacji. Zdaniem ekspertów klinicznych czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych jest bardzo istotne z uwagi na fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo.

Programy profilaktyczne wymagają też dobrze skonstruowanego systemu monitorowania, który określi efektywność działań, jak również wskaże istotne błędy wymagające korekty w kolejnych edycjach programów profilaktycznych.

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych można stwierdzić, że badania przesiewowe w kierunku chorób sercowo naczyniowych powinny być prowadzone u jak największej liczby osób.

Zgodnie z wytycznymi USPSTF z 2012 r., nie zaleca się badań przesiewowych z wykorzystaniem spoczynkowego lub wysiłkowego EKG u bezobjawowych dorosłych z niskim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych. Natomiast zalecenia AHA 2010 uzasadniają przeprowadzenie badania EKG w spoczynku, w przypadku oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą, jednak może być rozważone również w przypadku bezobjawowych dorosłych bez nadciśnienia czy cukrzycy.

Nadwaga i otyłość

W toku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono wytyczne następujących towarzystw naukowych i instytucji: *NICE, Obesity Committee within The Danish Paediatric Society, Canadian Task Force on Preventive Health Care, Australian Government, National Health and Medical Research Council, Department of Health, Institute for Clinical Systems Improvement, Polskie Towarzystwo Dietetyki, European Association for the Study of Obesity, American Heart Association, Expert panel National Heart, Lung, and Blood Institute, Obesity Society, U.S. Preventive Services Task Force, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, German Diabetes Association, American Diabetes Association, American Association of Clinical Endocrinologists, Community Preventive Services Task Force, American Diabetes Association, Institute for Clinical Systems Improvement.*

Zgodnie z klasyfikacją WHO oraz NICE, u dorosłych nadwagę definiuje się jako BMI 25-29,99, otyłość ≥ 30 (otyłość I stopnia 30-34,99, II stopnia 35-39,99, III stopnia ≥ 40). Zgodnie z wytycznymi International Diabetes Federation otyłość brzuszna u osób dorosłych diagnozuje się, gdy obwód pasa przekracza 94 cm u mężczyzn i 80 cm u kobiet.

Zaleca się także przeprowadzić wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących. Czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Po rozmowie z dzieckiem i rodzicami, zaleca się ocenę chorób współistniejących i możliwych przyczyn nadwagi lub otyłości u dziecka. Przykładowe badania np.: pomiar ciśnienia krwi, profil lipidowy na czczo, insulina na czczo, glukoza na czczo i test obciążenia glukozą, funkcje wątrobowe i wewnętrzwydzielnicze. Ponadto zaleca się, aby rodzice byli aktywnie zaangażowani w zmianę stylu życia dziecka. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość.

U wszystkich pacjentów dorosłych z nadmierną masą ciała także należy przeprowadzić szczegółowy wywiad obejmujący informacje dotyczące czynników socjo-demograficznych, stanu zdrowia, historii żywienia i aktywności fizycznej.

Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).

Wszystkie osoby dorosłe z rozpoznaną nadmierną masą ciała powinny być objęte leczeniem dostosowanym do indywidualnych potrzeb pacjenta. Pacjenci z BMI w przedziale 25-30 kg/m² (bez dodatkowych czynników ryzyka) mogą być skutecznie i bezpiecznie leczeni za pomocą terapii behawioralnej. U wszystkich dorosłych pacjentów powinna być dokonana ocena masy ciała na podstawie klasyfikacji BMI oraz obwodu talii.

W ustalaniu założeń dietoterapii, szczególnie u pacjentów z powikłaniami, niezbędna jest ocena stanu zdrowia, w tym badanie: wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, triglicerydów); gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej, hemoglobiny glikowanej HbA1c, insuliny); stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego, kreatyniny oraz ciśnienie tętnicze krwi. U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej, morfologia krwi. Przed rozpoczęciem leczenia dietetycznego nadwagi/otyłości, dietetyk powinien dokonać oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia.

U osób dorosłych z nadmierną masą ciała należy ustalić indywidualne i realistyczne cele leczenia. Celem praktycznym jest uzyskanie i długoterminowe utrzymanie masy ciała obniżonej o 5-10%. Optymalne tempo redukcji masy ciała powinno wynosić od 0,5 do 1 kg/tydzień przez pierwsze 3-6 miesięcy terapii.

Wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia. Strategia leczenia dietetycznego pacjentów z otyłością powinna obejmować przynajmniej 12 wizyt (indywidualnych lub grupowych) w ciągu pierwszych 6 miesięcy terapii oraz przynajmniej 6 w ciągu kolejnych 6 miesięcy leczenia. Niezbędne jest przekazanie pacjentowi dzienniczka żywieniowego, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie.

U osób, u których nie udaje się uzyskać redukcji masy ciała za pomocą terapii behawioralnej, należy rozważyć zastosowanie leczenia farmakologicznego (u osób dorosłych ze wskaźnikiem BMI > 30 kg/m² oraz > 27 kg/m² przy współistnieniu innych czynników ryzyka), a w szczególnych przypadkach leczenia chirurgicznego (BMI ≥ 40 kg/m²).

W przypadku dorosłych należy skupiać się na realnych celach i długoterminowej multidyscyplinarnej opiece. Działania te powinny obejmować: aktywność fizyczną, zmiany w diecie, a także jedną z form psychoterapii (cognitive behavioral therapy (CBT)), opartą na podejściu behawioralno-poznawczym. Celem terapii jest: zmiana zarówno podejścia pacjenta, jego przekonań związanych z utrzymaniem wagi, otyłością i jej skutków; techniki terapii pomagają także we wprowadzaniu zmian dla udanego procesu odchudzania i utrzymania prawidłowej wagi.

Zgodnie z rekomendacjami osoby otyłe powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę/wparcie prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół – dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatriczna. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Zgodnie z rekomendacjami multikomponentowe programy:

- powinny być oferowane grupom dzieci i młodzieży oraz ich rodzinom,
- powinny być dopasowane do wieku i etapu rozwoju dzieci,

- powinny być realizowane w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania,
- powinny podkreślać znaczenie aktywnego uczestnictwa rodziców w programach skierowanych dla ich dzieci,
- powinny zapewniać wsparcie i zaangażowanie także po zakończeniu działań w ramach programu; punkty końcowe powinny być rewaluowane co najmniej rok po jego zakończeniu,
- powinny zapewniać ten sam zespół personelu przez cały okres trwania poszczególnych cykli programu,
- powinny zapewniać stały kontakt beneficjentów ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich realizację,
- BMI powinien być oceniony na etapie rekrutacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu,
- należy upewnić się, że cele programu, punkty końcowe i wymogi w zakresie monitorowania i ewaluacji, są jasno określone i zdefiniowane,
- w zakresie ewaluacji, powinno się monitorować: liczbę osób zakwalifikowanych, procent jaki ukończył dany program, procent osób kontynuujący działania po 6 m-cach. i po 1 roku od zakończenia programu,
- zdefiniować grupy podwyższonego ryzyka lub dzieci z ubogich rodzin.

U dzieci powyżej 10. roku życia (lub wcześniej, gdy okres dojrzewania już się rozpoczął), cechujących się BMI powyżej 95. centyla, zaleca się wykonywanie testu OGTT co 2 lata (badanie z oznaczeniem stężenia insuliny).

W celu wczesnego rozpoznania cukrzycy 2 typu i stanu przedcukrzycowego, doustny test tolerancji glukozy powinien być wykonany wszystkim dzieciom z nadwagą (BMI>85 lub >90 centyla) w wieku 10 lat lub starszym, które mają przynajmniej 2 z poniższych czynników ryzyka: osoby o bliskim pokrewieństwie mają cukrzycę 2 typu, przynależność do grupy etnicznej o zwiększonym ryzyku cukrzycy (Azjaci, Afroamerykanie, Latynosi), skrajna otyłość (BMI>99,5 centyla), oznaki insulinooporności (nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, podwyższone transaminazy, zespół policystycznych jajników, rogowacenie ciemne).

U dzieci i osób młodych, w pierwszej kolejności należy brać pod uwagę cukrzycę 1 typu, chyba że obecne są silne przesłanki dla cukrzycy 2 typu, m.in. takie jak: historia rodzinna cukrzycy 2 typu, otyłość, rogowacenie ciemne. W przypadku podejrzenia cukrzycy 1 typu, należy niezwłocznie (tego samego dnia) kierować do multidyscyplinarnego diabetologicznego zespołu pediatrycznego, celem potwierdzenia diagnozy i zapewnienia natychmiastowej opieki.

Nie zaleca się wykonywania badania C-peptydu i/lub miana przeciwciał specyficznych dla cukrzycy na etapie początkowego różnicowania cukrzycy 1 typu od 2 typu. Badanie peptydu-C można rozważyć w dalszej kolejności, jeśli jest kłopot z rozróżnieniem cukrzycy 1 typu od innych typów. Rekomenduje się natomiast wykonanie badań genetycznych, gdy cechy kliniczne lub historia rodzinna sugerują cukrzycę monogeniczną.

Badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45. roku życia. UPSTF rekomenduje skryning w kierunku nieprawidłowego stężenia glukozy we krwi w ramach oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u osób w wieku 40-70 lat z nadwagą lub otyłością.

Niezależnie od wieku, badanie stężenia glukozy należy wykonać co roku u osób z następujących grup ryzyka: z nadwagą lub otyłością [BMI \geq 25 kg/m² i/lub obwód w talii > 80 cm (kobiety); > 94 cm (mężczyźni)]; z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo); mało aktywnych fizycznie; z grupy środowiskowej lub etnicznej części narażonej na cukrzycę; u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy; u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową; u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg; z nadciśnieniem tętniczym (\geq 140/90 mm Hg); z dyslipidemią [stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150

mg/dl (>1,7 mmol/l)]; u kobiet z zespołem policystycznych jajników; z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

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.441.94.2017 „Program przeciwdziałania cukrzycy i nadciśnieniu tętniczemu w profilaktyce otyłości dla mieszkańców Gminy Białobrzegi na lata 2017-2018” realizowany przez: Gminę Białobrzegi, Warszawa, maj 2017 oraz Aneksów „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016, „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016, „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny” z lutego 2013. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 136/2017 z dnia 29 maja 2017 roku o projekcie programu „Program przeciwdziałania cukrzycy i nadciśnieniu tętniczemu w profilaktyce otyłości dla mieszkańców Gminy Białobrzegi na lata 2017-2018”