

Projekt

z dnia 29 września 2025 r.

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ KONSTANCIN-JEZIORNA**

z dnia 2025 r.

w sprawie uchwalenia programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2025".

Na podstawie art. 18 ust.1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 1153) oraz art.7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2024 r., poz.146 ze zm.) Rada Miejska Konstancin-Jeziorna uchwala co następuje:

§ 1. Uchwala się program polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2025", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Gminy Konstancin-Jeziorna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały nr
Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna
z dnia 2025 r.



KONSTANCIN-JEZIORNA
więcej niż uzdrowisko

**Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców
gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2025**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

Konstancin-Jeziorna, 2025

Nazwa programu:

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2025

Okres realizacji programu: IV kwartał 2025**Autorzy programu**

dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

CHILICO – Karolina Sobczyk

Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT: Rekomendacja nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2

Kontynuacja/trwałość programu:

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 nie był do tej pory realizowany przez Gminę Konstancin-Jeziorna.

Dane kontaktowe:

Urząd Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna

ul. Piaseczyńska 77

05-520 Konstancin-Jeziorna

Tel: 22 48 42 433

e-mail: drodgers@konstancinjeziorna.pl

Data opracowania programu: sierpień 2025

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	6
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	12
1. Cel główny	12
2. Cele szczegółowe	12
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	12
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	13
1. Populacja docelowa	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
3. Planowane interwencje	14
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	20
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	20
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:	20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	20
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	22
1. Monitorowanie	22
2. Ewaluacja	22
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	23
1. Koszty jednostkowe	23
2. Planowane koszty całkowite	24
3. Źródło finansowania	24
Bibliografia:	25
Załączniki	27

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Cukrzyca (łac. *diabetes mellitus*) to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią, będącą wynikiem defektu produkcji lub działania insuliny wydzielanej przez komórki beta trzustki. Uważana jest obecnie za jedną z najczęstszych przewlekłych chorób niezakaźnych oraz czwartą lub piątą przyczynę śmierci w większości krajów o wysokim rozwoju gospodarczym (w zależności od regionu). Ze względu na etiologię i przebieg choroby wyróżnia się cukrzycę typu 1, typu 2, cukrzycę ciężarnych oraz tzw. inne specyficzne typy cukrzycy, przy czym cukrzyca typu 2 występuje najpowszechniej spośród wymienionych¹.

Do niedawna uważano, że istotą cukrzycy typu 1 jest deficyt insuliny związany z destrukcją komórek β , a istotą cukrzycy typu 2 jest insulinooporność. W chwili obecnej wiadomo już, że w obu typach cukrzycy hiperglikemia jest wynikiem obu tych zaburzeń, a różnice są raczej ilościowe niż jakościowe. Odmienny też może być mechanizm i tempo narastania każdego z tych zaburzeń, co manifestuje się specyficznym obrazem klinicznym. Powoduje to trudności w ustaleniu typu cukrzycy wg dotychczas obowiązujących podziałów².

Insulinooporność to upośledzona zdolność reagowania organizmu na działanie insuliny. Skutkiem tego zjawiska jest nieefektywny wychwyt i wykorzystanie glukozy przez tkanki, co prowadzi do zaburzeń metabolizmu białek, węglowodanów oraz lipidów³. Nieprawidłowe wydzielanie insuliny i/lub jej upośledzone działanie prowadzi do narastania hiperglikemii. Jest to stan zwiększonego stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej. Typowa dla cukrzycy, utrzymująca się przewlekłe hiperglikemia, przyczynia się do powstawania uszkodzeń małych i dużych naczyń krwionośnych. Zmiany te dają początek niewydolności i upośledzenia funkcji wielu narządów.

W powstawaniu cukrzycy typu 2 biorą udział zarówno czynniki środowiskowe, jak i genetyczne (występowanie cukrzycy w najbliższej rodzinie), a sama choroba ma wymiar zarówno społeczno-ekonomiczny jak i terapeutyczny. Do pierwszej grupy należy przede wszystkim nadwaga i otyłość (zwłaszcza brzuszna) oraz niska aktywność fizyczna. Osoby otyłe są trzykrotnie bardziej narażone na wystąpienie cukrzycy typu 2, a około 85-90% chorych to osoby z otyłością⁴. Nadmierna masa ciała przyczynia się do wytworzenia insulinooporności. Tkanka tłuszczowa powoduje nasiloną produkcję wolnych kwasów tłuszczowych, co prowadzi do zwiększonego utleniania tłuszczów m.in. w mięśniach i wątrobie, wynikiem tego procesu jest wstrzymanie metabolizmu glukozy. Odpowiedzią

¹ American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care 2014; 37, Supplement 1: 14-80.

² Dane dot. rodzajów cukrzycy [<http://mojacukrzyca.pl/cukrzyca-ale-jaka-nowa-klasyfikacja/>].

³ Chmielewska-Kassassir M, Woźniak L, Ogrodniczek P, Wójcik M, Rola receptorów aktywowanych przez proliferatory peroksydomów γ (PPAR γ) w otyłości i insulinooporności. Postępy Hig Med Dosw 2013; 67: 1283-1299.

⁴ World Health Organization. Screening for type 2 diabetes 2003, <http://www.who.int>.

trzustki jest wyrównujące wydzielanie insuliny prowadzące do szybkiego wyczerpania się rezerw komórek β .

Siedzący tryb życia i brak wysiłku fizycznego przyczyniają się do rozwoju nadwagi i otyłości, a ponadto obniżenia aktywności komórkowych przekaźników glukozy, hamowania jej oksydacji i wzmocnienia produkcji wolnych kwasów tłuszczowych. Innymi czynnikami predysponującymi do rozwoju cukrzycy typu 2 są zaburzenia gospodarki węglowodanowej, takie jak nieprawidłowa glikemia na czczo, czy upośledzona tolerancja glukozy⁵. Ryzyko wystąpienia opisywanego zaburzenia zwiększa także obecność zespołu metabolicznego, stanów zapalnych, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii i chorób układu sercowo- naczyniowego. Cukrzyca typu 2 występuje statystycznie częściej u kobiet z przebytą cukrzą ciążową, lub u matek które urodziły dziecko o masie ciała powyżej 4 kg⁶. Wymienione powyżej czynniki mają w większości charakter modyfikowalny i są możliwe do wyeliminowania poprzez zmianę stylu życia i odpowiednie leczenie, natomiast czynniki genetyczne, niepoddające się modyfikacji, to np. płeć, wiek lub obciążający wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy.

Obecnie na świecie obserwuje się niekorzystną tendencję wzrostu zachorowań na cukrzą typu 2, spowodowaną głównie wadliwym trybem życia, powstawaniu tej choroby sprzyja szczególnie nieodpowiednie odżywianie powodujące nadwagę i otyłość oraz mała aktywność fizyczna. Wobec powyższego cukrzyca typu 2 dotyczy statystycznie najczęściej osób otyłych w starszym wieku, gwałtowny wzrost zachorowań przypada na wiek powyżej 50 r.ż., co znajduje odzwierciedlenie również w historycznej nazwie tej choroby - cukrzyca starcza. Mechanizm patogenezy cukrzycy typu 2 wiąże się ze wzmożoną produkcją cytokin z monocytów i makrofagów oraz krążących białek fazy ostrej IL-6 i TNF- α , która zwiększa się z wiekiem, naturalnie wraz z prawdopodobieństwem rozwoju cukrzycy typu 2⁷. Niemniej jednak w związku z epidemią otyłości, jaką obserwujemy w ostatnich latach, wiek zachorowania na cukrzą typu 2 znacznie się obniżył, dlatego większość działań profilaktycznych dedykuje się już osobom po 45 roku życia. Niezwykle istotnym elementem zapobiegania chorobie jest regularne prowadzenie badań przesiewowych pozwalających na wykrycie zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Aktualne zalecenia wskazują na potrzebę objęcia badaniami przesiewowymi w kierunku cukrzycy typu 2 mężczyzn i kobiet w wieku ≥ 45 lat, szczególnie jeśli wartość BMI wynosi ≥ 25 kg/m² a obwód pasa przekracza 80 cm u kobiet i 94 cm u mężczyzn, ponieważ są to osoby, u których ryzyko rozwoju stanów przedcukrzycowych jest podwyższone. Badanie przesiewowe należy także przeprowadzić u osób młodszych posiadających inne czynniki ryzyka, w tym szczególnie cechujących się nieprawidłowym wskaźnikiem BMI. U osób z normoglikemią badanie powinno się powtarzać co 3 lata, u osób z podwyższonym ryzykiem co roku⁸. Ponadto wszystkie osoby z podwyższonym ryzykiem rozwoju cukrzycy należy bezwzględnie objąć działaniami edukacyjnymi na

⁵ Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2007.

⁶ Ibidem.

⁷ Pickup JC: Inflammation and Activated innate Immunity in the Pathogenesis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 813-823.

⁸ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzą, 2008, Diabetologia Praktyczna 2008, tom 9, supl. A

temat korzyści związanych z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała i regularną aktywnością fizyczną⁹.

Leczenie cukrzycy ma charakter wielowymiarowy, na który składają się takie elementy jak edukacja pacjentów, leczenie nefarmakologiczne, leczenie hipoglikemizujące, zwalczanie czynników ryzyka oraz leczenie powikłań¹⁰. Głównym celem terapii jest osiągnięcie pożądanych wartości w zakresie glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu oraz masy ciała¹¹, bowiem normalizacja tych parametrów zapobiega wystąpieniu powikłań cukrzycowych lub opóźnia ich rozwój, przyczynia się też do poprawy jakości życia diabetyka.

Kluczowym składnikiem terapii cukrzycy, jak wspomniano powyżej, jest edukacja chorego, która prowadzi do pogłębienia wiedzy pacjentów i ich bliskich na temat choroby, pozwala wykształcić umiejętności praktyczne oraz przygotowuje pacjenta do prowadzenia skutecznej samokontroli. Edukacja w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań cukrzycy (ostrych i przewlekłych), przez co zapobiega inwalidztwu i przedwczesnej śmierci¹². Zmiana stylu życia bazująca przede wszystkim na stosowaniu odpowiedniego leczenia żywieniowego (diety) oraz wysiłku fizycznego, stanowi podstawowy element leczenia nefarmakologicznego cukrzycy. Dopiero, gdy sposób odżywiania i regularna aktywność fizyczna nie są w stanie unormować glikemii, do leczenia wprowadza się doustne leki przeciwcukrzycowe (hipoglikemizujące, hiperglikemiczne, działające na układ inkretynowy) i/lub insulinę¹³.

Cukrzyca typu 2 jest z jednej strony jednostką chorobową, z drugiej czynnikiem ryzyka innych chorób, zwłaszcza chorób sercowo-naczyniowych i chorób naczyń mózgowych. Nieodpowiednio leczona może prowadzić do uszkodzeń, zaburzenia czynności, a nawet niewydolności wielu układów i narządów oraz przedwczesnej śmierci. Utrzymujący się przez długi okres stan hiperglikemii, otyłości, hiperlipidemii i nadciśnienia tętniczego dają początek powikłaniom cukrzycowym. Chorujący na cukrzycę typu 2 predysponowani są przede wszystkim do rozwoju powikłań o charakterze mikroangiopatii i makroangiopatii¹⁴.

2. Dane epidemiologiczne

Opracowywanie globalnych statystyk chorobowości i dynamiki zmian z powodu cukrzycy typu 2 rozpoczęto w roku 2000. Ze względu na częste występowanie bezobjawowej, a więc nierozpoznananej postaci cukrzycy typu 2, dokładne ustalenie wskaźnika zapadalności na tę chorobę jest trudne. Liczba osób cierpiących na cukrzycę wzrosła z 151 mln w roku 2000 do 589 mln w roku

⁹ Ibidem.

¹⁰ Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej. W: Choroby wewnętrzne. Red. Szczeklik A, Gajewski P. Medycyna Praktyczna; Kraków 2009; 640 -671.

¹¹ Jarosz M. Choroby metaboliczne. W: Praktyczny podręcznik dietetyki. Red. Jarosz M. Wydawnictwo Instytutu Żywności i Żywienia; Warszawa 2010; 341-352.

¹² Korzon-Burakowska A, Adamska K, Skuratowicz-Kubica A, Jaworska M. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. Diabetologia Praktyczna 2010; 11 (2): 46-53.

¹³ Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki... op. cit.

¹⁴ Krystoń-Serafin M, Jankowiak B, Popławska E, Krajewska-Kulak E. Powikłania cukrzycy jako choroby przewlekłej. Nowiny Lekarskie 2007; 76 (6): 482-484.

2024. Problem ten dotyczy ok. 11,1% populacji świata, natomiast kolejnych 635 mln osób dotyczy problem upośledzonej tolerancji glukozy (12% populacji), 488 mln osób – problem nieprawidłowej glukozy na czczo (9,2%). Częstość występowania tej choroby rośnie szybciej w krajach o niskim i średnim dochodzie, w porównaniu do krajów o wysokim dochodzie¹⁵. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia¹⁶ (WHO) w 2022 roku ponad połowa osób cierpiących na cukrzycę nie przyjmowała leków przeciwcukrzycowych. Najniższy odsetek osób objętych leczeniem cukrzycy odnotowano w krajach o niskim i średnim dochodzie. W 2021 roku cukrzyca i choroby nerek spowodowane cukrzycą były przyczyną ponad 2 mln zgonów. Ponadto około 11% zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych było spowodowanych wysokim poziomem glukozy we krwi.

Szczególnie niepokojące są przewidywania dotyczące rozpowszechnienia cukrzycy wśród populacji światowej w roku 2050, kiedy to liczba chorych ma osiągnąć 853 mln osób – 13% populacji (wzrost o 45%). W regionie europejskim liczba osób chorujących na cukrzycę wzrośnie z 65,6 mln do 72,4 mln (wzrost 10%). Szczególnie niepokojące jest, że w 2024 r. nieco ponad czterech na dziesięciu (42,8%; 251,7 mln) dorosłych cierpiących na cukrzycę (w wieku 20-79 lat) nie było zdiagnozowanych. Wysoka częstość występowania niezdiagnozowanej cukrzycy jest często wynikiem niewystarczającego dostępu do usług opieki zdrowotnej, a także ograniczonej zdolności systemów opieki zdrowotnej do identyfikowania przypadków cukrzycy¹⁷.

W Polsce, zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego rozpowszechnienie cukrzycy w populacji ogólnej w roku 2023 wynosiło 6,9%. W przedziale wiekowym 45-59 lat było to 5,9%, a w grupie osób w wieku 60-69 lat – 15,8%. Osoby w wieku 70 lat i więcej cechowało znacznie wyższe rozpowszechnienie, osiągające poziom 25%¹⁸. Z kolei według danych Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej w roku 2024 rozpowszechnienie cukrzycy w Polsce wynosiło 8,1% dla ogółu populacji¹⁹. Według danych publikowanych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w latach 2022-2031 prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej z powodu omawianego problemu zdrowotnego - w roku 2022 wyniosła ona 230,9 tys. a do 2031 r. wzrośnie do 249,5 tys. (wzrost o 8,1%)²⁰.

Według najnowszego raportu „**Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025**”²¹ Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wskaźnik utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność (DALY) z powodu wszystkich przyczyn w populacji mężczyzn w Polsce osiągnął w 2021 r. wartość 45 307,2 DALY/100 tys. mężczyzn, w przypadku kobiet - 36 176,4 DALY/100 tys. kobiet. Obciążenie cukrzycą wśród kobiet w Polsce w roku 2021 wyniosło 1 660,2 DALY/100 tys.

¹⁵ Diabetes Atlas, 11th Edition, 2025, diabetesatlas.org.

¹⁶ WHO, Diabetes, 14 November 2024, www.who.int.

¹⁷ Diabetes Atlas... op. cit.

¹⁸ Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021.

¹⁹ Diabetes Atlas... op. cit.

²⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

²¹ Wojtyniak B., Smaga A. (red), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

ludności (4,6% udziału w całkowitym obciążeniu chorobowym). W przypadku mężczyzn było 1 773,8 DALY/100 tys. (3,9%). W województwie mazowieckim wartości te były nieco niższe, zarówno w przypadku kobiet (1 280,7 DALY/100 tys.; 4%), jak i mężczyzn (1654,1 DALY/100 tys.; 3,6%).

Ciężar cukrzycy znajduje odzwierciedlenie nie tylko w rosnących liczbach zapadalności, ale również w rosnącej globalnej liczbie zgonów, w tym zgonów przedwczesnych. W roku 2024 ponad 3,4 mln osób zmarło z powodu cukrzycy. Stanowi to 9,3% wszystkich zgonów na świecie z wszystkich przyczyn. Prawie 40% szacowanej liczby zgonów związanych z cukrzycą wystąpiło w najbardziej aktywnej zawodowo grupie wiekowej (20–59 lat). W 2024 r. 63% zgonów spowodowanych cukrzycą dotyczyło osób powyżej 60. roku życia²². W Polsce w roku zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych stanowiły przyczynę zgonu ponad 10 tys. osób (2,44% ogółu przyczyn zgonów), w roku 2023 było to już 10,5 tys. zgonów (2,57% ogółu)²³. Cukrzyca znajduje się na 7 miejscu wśród dziesięciu najważniejszych przyczyn zgonów ludności Polski w roku 2023 niezależnie od wieku. W przypadku osób w wieku 75 lat i więcej zajmuje 6 miejsce, w grupie wiekowej 65-74 lat – 6 miejsce, natomiast w grupie 45-64 lat – 10 miejsce²⁴.

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031²⁵ wyraźnie wskazuje, że cukrzyca znajduje się na 6 miejscu wśród najbardziej istotnych problemów zdrowotnych Polaków²⁶, podczas gdy w roku 2001 zajmowała 9 miejsce. Ograniczając dane do płci, cukrzyca zajmuje 5 miejsce wśród najbardziej istotnych problemów zdrowotnych kobiet w Polsce oraz 6 miejsce w przypadku mężczyzn. Na wartość bezwzględną DALY składają się wskaźniki YLL (liczba lat utraconych na skutek przedwczesnej śmierci) i YLD (liczba lat przeżytych w niesprawności). Analiza wskaźnika YLD przedstawia obciążenie danym problemem zdrowotnym systemu opieki zdrowotnej, systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz samych pacjentów i ich rodziny. Wraz ze wzrostem jego wartości, wzrasta niesprawność pacjenta, co przekłada się na konieczność zapewnienia dla niego wzmoczonej opieki. Najwyższą wartość YLD (w wartościach bezwzględnych) dla Polski w 2021 r. odnotowano dla problemów zdrowotnych obejmujących ból dolnej części pleców (0,7 mln), cukrzycy (0,3 mln) oraz niedosłuchu spowodowanego wiekiem i innymi ubytkami słuchu (0,3 mln), co stanowiło łącznie 26% sumarycznej wartości YLD. Warto zwrócić uwagę na prawie dwukrotny wzrost wpływu cukrzycy w porównaniu do 2001 r. Prognoza wskaźnika DALY na 100 tys. ludności zakłada, że w 2050 r. trzema najważniejszymi grupami problemów zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika będą nowotwory, choroby układu krążenia oraz zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego. Na znaczeniu ma zyskać również cukrzyca (wzrost wskaźnika DALY o 44% w porównaniu do 2021 r.).

²² Diabetes Atlas... op. cit.

²³ Mapy potrzeb zdrowotnych, epidemiologia, przyczyny zgonów wg GUS w 2019 i 2023 roku, basiw.mz.gov.pl.

²⁴ Wojtyński B., Smaga A. (red), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025... op. cit.

²⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].

²⁶ Za najbardziej istotne problemy zdrowotne uznano pierwsze 10 problemów według wartości wskaźnika DALY (z ang. *disability adjusted life-years* – lata życia skorygowane niesprawnością) – wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.

Liczba hospitalizacji w niektórych chorobach przewlekłych jest znacznie wyższa niż wskazywałaby na to etiologia choroby. Wśród pacjentów chorujących na choroby przewlekłe, np. chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę, astmę czy reumatoidalne zapalenie stawów, występuje wysoki odsetek hospitalizacji. Zgodnie z danymi Mapy Potrzeb Zdrowotnych²⁷ wskaźnik hospitalizacji z powodu cukrzycy w Polsce w roku 2023 wyniósł 199,73/100 tys. ludności. W województwie mazowieckim była to wartość zbliżona do ogólnopolskiej (198,15). Z kolei w powiecie piaseczyńskim, na terenie którego leży Gmina Konstancin-Jeziorna, było to 145,52/100 tys. ludności (3 najniższy wynik wśród powiatów województwa mazowieckiego). Dane te mogą wskazywać na występowanie problemu przypadków niezdiagnozowanych w powiecie piaseczyńskim. Cukrzyca insulinoniezależna była także wiodącą przyczyną udzielania porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Polsce w roku 2023 – zrealizowano ponad 1,7 mln porad (2,2% ogółu). W województwie mazowieckim było to odpowiednio 216,6 tys. porad i 1,9% ogółu (5 miejsce wśród przyczyn pojawienia się w AOS)²⁸. Cukrzyca insulinoniezależna była także 4 głównym schorzeniem będącym przyczyną udzielania porad w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce w roku 2023 – zrealizowano w związku z tą chorobą ponad 3,7 mln porad (2,2% ogółu). W województwie mazowieckim było to odpowiednio 428,5 tys. porad i 1,9% ogółu (4 miejsce wśród schorzeń będących przyczyną pojawienia się w POZ)²⁹.

3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³⁰ wykonywane są podstawowe testy w diagnostyce cukrzycy (pomiar glukozy, stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), test obciążenia glukozą, badanie moczu z ilościowym oznaczeniem glukozy). W przypadku świadczeń z zakresu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³¹ dostępne są działania nakierowane na poradnictwo oraz diagnostykę cukrzycy. Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez NFZ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)³².

Od 1 października 2022 r. obowiązuje Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie opieki koordynowanej w POZ. Opieka koordynowana rozszerza wachlarz możliwości diagnostycznych

²⁷ Mapy potrzeb zdrowotnych, Leczenie szpitalne, basiw.mz.gov.pl.

²⁸ Mapy potrzeb zdrowotnych, Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, basiw.mz.gov.pl.

²⁹ Mapy potrzeb zdrowotnych, Podstawowa opieka zdrowotna, basiw.mz.gov.pl.

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540).

³¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).

³² Dane NFZ [www.nfz.gov.pl].

i terapeutycznych chorób przewlekłych, w ramach wizyty u lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Ponadto leczenie pacjenta opierać się będzie na indywidualnym planie leczenia (Indywidualnym Planie Opieki Medycznej), kontrolowanym przez Koordynatora POZ. Co istotne z punktu widzenia osób cierpiących z powodu otyłości i/lub cukrzycy typu 2, w planie znajdzie się nie tylko możliwość wykonania badań laboratoryjnych, ale również konsultacje między lekarzem POZ a lekarzem specjalistą z zakresu diabetologii oraz konsultacje z dietetykiem³³.

W ramach świadczeń gwarantowanych od maja 2025 realizowany jest także program „Moje zdrowie” dedykowany osobom po 20 r.ż. Cele omawianego programu ogólnopolskiego są następujące: wdrożenie nawyku systematycznego wykonywania bilansu swojego zdrowia, wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych, lepsze przygotowanie do konsultacji u lekarza, wzmocnienie roli lekarzy POZ w profilaktyce, motywacja do dbania o siebie, przyjmowania zalecanych szczepionek, prowadzenia zdrowszego trybu życia, korzystania z porad z zakresu profilaktyki. Program zakłada realizację podstawowych badań diagnostycznych co 5 lat (populacja 20-49 lat) lub co 3 lata (populacja 50+). W pakiecie badań diagnostycznych dostępne jest co prawda badanie oznaczenia glukozy na czczo³⁴, lecz program ten nie obejmuje działań edukacyjnych z obszaru profilaktyki cukrzycy, a także nie skupia się wprost na tym problemie zdrowotnym. Co więcej, w ramach programu badania te wykonywane są co 5 lat lub co 3 lata, podczas gdy rekomendacje naukowe wskazują na konieczność jego powtarzania nawet co 12 miesięcy³⁵.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Niezdiagnozowana i nieleczona cukrzyca w sposób istotny wpływa na obniżenie jakości życia pacjenta, a także pogorszenie stanu jego zdrowia, w tym obniżenie sprawności fizycznej i w konsekwencji ograniczenie w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania zaproponowane w programie pozwolą na wczesne wykrycie choroby, co w konsekwencji przełoży się zwiększenie efektywności leczenia w przypadku jej wykrycia. Oczekuje się także, że działania informacyjno-edukacyjne w zakresie profilaktyki cukrzycy przyczynią się do poprawy zgłaszalności ogółu pacjentów na badania przesiewowe. Realizację programu uzasadniają także dane opisane w części dot. epidemiologii – cukrzyca stanowi wiodącą przyczynę zgłaszalności pacjentów do systemu opieki zdrowotnej, a także znajduje się wśród 10 najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce.

W założeniu niniejszy program pozwoli na wykształcenie umiejętności praktycznych radzenia sobie z chorobą oraz przygotuje pacjentów do prowadzenia skutecznej samokontroli, zmniejszy ryzyko wystąpienia powikłań, a tym samym przyczyni się do zapobieżenia inwalidztwu i przedwczesnym zgonom z powodu cukrzycy. Jak wspomniano w opisie obecnego postępowania w omawianych

³³ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 124/2022/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

³⁴ Serwis Ministerstwa Zdrowia: Program Moje Zdrowie, <https://pacjent.gov.pl>.

³⁵ Rekomendacją nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2, bip.aotm.gov.pl.

problemach zdrowotnych, od 1 października 2022 r. obowiązuje Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie opieki koordynowanej w POZ, jednakże na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna wyłącznie połowa spośród placówek POZ świadczy tego rodzaju usługi³⁶. W związku z powyższym działania zaproponowane w programie będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w obszarze wczesnego wykrywania cukrzycy wśród mieszkańców Gminy Konstancin-Jeziorna.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.³⁷: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³⁸: Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości, Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1. Wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI i inne czynniki związane ze stylem życia.
4. **Wojewódzki plan transformacji dla województwa mazowieckiego na lata 2022-2026⁴⁰** - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. Wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych i programów polityki zdrowotnej w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, wysokie BMI, odżywianie inne czynniki związane ze stylem życia.

³⁶ Koordynowana opieka zdrowotna, Przychodnie POZ realizujące opiekę koordynowaną [<https://koordynowana.nfz.gov.pl/>].

³⁷ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

³⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

⁴⁰ Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [DZ. URZ. WOJ. 2024.13424].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2. Cele szczegółowe

- 1) Obniżenie wartości wskaźnika BMI lub masy ciała wśród co najmniej 10%* uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia.
- 2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 20%* uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia.
- 3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 20%* uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 1	Odsetek osób włączonych do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia z BMI o wartości ≥ 25 kg/m ² (w momencie kwalifikacji), które po zakończeniu interwencji uzyskały BMI < 25 kg/m ² lub u których masa ciała obniżyła się o co najmniej 2%* względem wartości wyjściowej (konieczne spełnienie co najmniej jednego z dwóch wyżej wymienionych kryteriów).
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych, np. QEB lub KomPAN) w porównaniu do wyników podczas pierwszej porady dietetycznej.
Szczegółowy 3	Odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej, np. IPAQ), w porównaniu do wyników podczas pierwszej porady dietetycznej.

* Wartość przyjęta z uwzględnieniem czasu trwania interwencji (4 tygodnie) - zgodnie z zaleceniami ekspertów, zdrowe tempo utraty wagi wynosi około 0,5-1% masy ciała na tydzień

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r., według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wyłączenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych, zdecydowano o włączeniu do Programu mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna w wieku 45 lat i więcej dotkniętych problemem nadwagi lub otyłości, z wyłączeniem osób, u których już wcześniej zdiagnozowano cukrzycę typu 2. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe do programu nie włączono osób poniżej 45 r. ż. z nadwagą lub otyłością posiadających dodatkowe czynniki ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, a także osób ze zdiagnozowanym stanem przedcukrzycowym niezależnie od wieku.

Zgodnie z danymi GUS gminę Konstancin-Jeziorna zamieszkuje ok. 13,1 tys. osób w wieku 45 lat i więcej⁴¹. W 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała ($BMI \geq 25$) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło średnio dla obu płci ok. 56%⁴², w związku z czym populację docelową w programie szacuje się na ok. 7,3 tys. osób. Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, Program obejmie 160 uczestników. Pacjenci będą przyjmowani zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Działania informacyjno-edukacyjne

Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Konstancin-Jeziorna

Kryteria wyłączenia: brak

2) Wizyta kwalifikacyjna, badania przesiewowe oraz lekarska wizyta kontrolna

Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Konstancin-Jeziorna
- wiek 45 lat i więcej
- nadwaga ($BMI \geq 25$) lub otyłość ($BMI \geq 30$)

Kryteria wyłączenia:

- zdiagnozowana cukrzyca typu 2
- pozostawanie pod opieką poradni diabetologicznej
- wykonanie badania przesiewowego podczas wizyty lekarskiej w POZ, w ramach świadczeń gwarantowanych – w okresie ostatnich 12 miesięcy

⁴¹ Bank danych lokalnych - stan na rok 2023 [bdl.stat.gov.pl].

⁴² Wojtyński B., Smaga A. (red), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025... op. cit.

3) Interwencja naceLOWANA NA modyfikację stylu życia

Kryteria włączenia:

- nieprawidłowy poziom glukozy we krwi wykryty podczas badania przesiewowego

Kryteria wyłączenia:

- cukrzyca typu 2 zdiagnozowana na podstawie wyników badań przesiewowych
- uprzedni udział w interwencji naceLOWanej na modyfikację stylu życia w ramach programu
- korzystanie w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miasta i Gminy Konstancin Jeziorna oraz placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta i Gminy Konstancin Jeziorna (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależy będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

3.2. Profilaktyka i wczesna diagnostyka cukrzycy

1) Działania informacyjno-edukacyjne

- obejmujące akcję informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej
- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. cukrzycy typu 2, w tym m.in. na temat:
 - etiologii i skutków choroby
 - głównych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2
 - korzyści wynikających z wczesnej diagnozy i leczenia, w tym roli wczesnego wykrycia stanu przedcukrzycowego
 - korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak aktywność fizyczna, zmiana diety, kontrola masy ciała i okresowy pomiar poziomu cukru we krwi
 - sposobów określenia ryzyka wystąpienia cukrzycy – kwestionariusze do samooceny ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2, nauka interpretacji wskaźnika BMI oraz prawidłowego sposobu pomiaru stosunku talia-biodra,
 - samoopieki oraz wdrażania i utrzymania ciągłej samokontroli

- ryzyka związanego z pojawieniem się chorób współtowarzyszących cukrzycy np. CVD
- realizowane za pomocą udostępniania mieszkańcom kwestionariuszy do samooceny ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2
- realizowane przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący pacjentowi informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim
- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna, Realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.)
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne)
- obejmujące indywidualną edukację zdrowotną pacjenta podczas wizyty kwalifikującej wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 4)

2) Wizyta kwalifikacyjna, badania przesiewowe oraz lekarska wizyta kontrolna

a) Wizyta kwalifikująca, obejmująca:

- kwalifikację do programu na podstawie kryteriów kwalifikacji i wyłączenia
- edukację zdrowotną pacjenta wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 4), proponowana tematyka to m.in. rola aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej nadwagi/otyłości i cukrzycy, zalecane formy aktywności fizycznej, istotność prowadzenia zdrowego stylu życia obejmującego ograniczenie lub rezygnację z używek, dostępność w regionie grup wsparcia i stowarzyszeń pacjentów, rola diety oraz suplementacji diety w profilaktyce wtórnej stanu przedcukrzycowego oraz cukrzycy
- przekazanie pacjentowi materiału edukacyjnego (ulotka/broszura) na temat konieczności normalizacji masy ciała i podejmowania odpowiedniej aktywności fizycznej
- skierowanie pacjenta na badanie FPG – oznaczenie glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania)
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie (np. zdiagnozowana uprzednio cukrzyca typu 2, wskazania do pilnego zabiegu chirurgicznego, czynna choroba nowotworowa, choroba zakaźna, ciąża)
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie

b) Badania przesiewowe - mające na celu wychwycenie osób ze stanem przedcukrzycowym (IFG i/lub IGT) lub rozpoznaniem cukrzycy

- **Badanie FPG (glikemia na czczo)** – glikemia na czczo ma być oznaczona w próbce krwi pobranej 8–14 godzin od ostatniego posiłku, badanie zaplanowano u każdego pacjenta zakwalifikowanego do programu; dalsze postępowanie uzależnia się od uzyskanego wyniku:
 - wynik 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l) tj. prawidłowa glikemia na czczo → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o wyniku oraz o zalecanej częstotliwości wykonywania badań (co rok z uwagi na występujące u niego czynniki ryzyka), osoby z hipoglikemią zostają poinformowane o konieczności wizyty w POZ, pacjenci kończą udział w programie
 - wynik 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) tj. nieprawidłowa glikemia na czczo (stan przedcukrzycowy) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na badanie OGTT (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania)
 - wynik ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o wyniku i zapisany na drugi pomiar:
 - jeśli wynik w drugim pomiarze jest prawidłowy tj. ≤ 99 mg/dl ($\leq 5,5$ mmol/l) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz o zalecanej częstotliwości wykonywania badań (co rok z uwagi na występujące u niego czynniki ryzyka), pacjent kończy udział w Programie
 - jeśli wynik w drugim pomiarze jest prawidłowy tj. poniżej ≤ 99 mg/dl ($\leq 5,5$ mmol/l), ale istnieje uzasadnione podejrzenie nietolerancji glukozy lub cukrzycy mimo prawidłowej glikemii na czczo (np. cechy zespołu metabolicznego, choroba wieńcowa w młodym wieku) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na badanie OGTT (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania)
 - jeśli wynik w drugim pomiarze wynosi 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) (IFG, stan przedcukrzycowy) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na badanie OGTT (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania)
 - jeśli wynik w drugim pomiarze jest nieprawidłowy tj. ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l) → stanowi to podstawę do rozpoznania cukrzycy, pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na wizytę lekarską w ramach Programu
- **Badanie OGTT (doustny test tolerancji glukozy)** - badanie zaplanowano u każdego uczestnika, u którego w pierwszym lub drugim pomiarze glikemii na czczo uzyskano wynik 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) lub poniżej ≤ 99 mg/dl ($\leq 5,5$ mmol/l), ale istnieje uzasadnione podejrzenie nietolerancji glukozy lub cukrzycy mimo prawidłowej glikemii na czczo; dalsze postępowanie uzależnia się od uzyskanego wyniku:

- jeśli glikemia w 120. minucie OGTT ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) $\rightarrow$ stanowi to podstawę do rozpoznania cukrzycy, pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na wizytę lekarską w ramach programu
- jeśli glikemia w 120. minucie OGTT 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l) $\rightarrow$ stanowi to podstawę do rozpoznania nieprawidłowej tolerancji glukozy (stanu przedcukrzycowego), pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na wizytę lekarską w ramach programu

Do postawienia rozpoznania należy stosować nazewnictwo stanów hiperglikemicznych według Światowej Organizacji Zdrowia:

- prawidłowa glikemia na czczo: 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l),
- stan przedcukrzycowy:
 - nieprawidłowa glikemia na czczo: 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l)
 - nieprawidłowa tolerancja glukozy: w 120. minucie OGTT glikemia 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l),
- cukrzyca – jedno z następujących kryteriów:
 - objawy hiperglikemii i glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l)
 - dwukrotnie glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l)
 - glikemia w 120. minucie OGTT ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l)
 - wartość HbA1c $\geq 6,5\%$ (≥ 48 mmol/mol)

c) Lekarska wizyta kontrolna, obejmująca

- omówienie wyników badań
- dostosowanie dalszego postępowania:
 - wykrycie zaburzeń poziomu glikemii, w tym stanu przedcukrzycowego - skierowanie na interwencję nacelowaną na modyfikację stylu życia prowadzoną w ramach programu; pacjent otrzyma także informację o potrzebie dalszego sprawowania kontroli nad poziomem glikemii, zalecając przy tym utrzymanie stałego kontaktu z lekarzem POZ
 - rozpoznanie cukrzycy – uczestnik kierowany jest także do lekarza POZ w celu dalszej diagnostyki i leczenia ww. choroby poza programem

3) Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia

a) Poradnictwo zdrowotne, obejmujące:

- poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ czynników ryzyka cukrzycy, w tym nadwagi/otyłości, braku/niskiego poziomu aktywności fizycznej, siedzącego trybu życia, palenia tytoniu i e-papierosów
- zachęcanie uczestników do prowadzenia aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności w wymiarze min. 150 min/tydzień - informacje w tym zakresie powinny odnosić się do korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej, realizacji aktywności fizycznej w ramach codziennych obowiązków, a także zaleceń aby wysiłek fizyczny był regularny, podejmowany co najmniej 2-3 razy w tygodniu (należy zalecać: trening aerobowy, interwałowy, oporowy lub ich połączenia np. aerobowy z oporowym)

b) Pierwsza konsultacja dietetyczna, obejmująca:

- poradnictwo żywieniowe wskazujące m.in. na konieczność:
 - ograniczenia kaloryczności spożywanych pokarmów
 - zmniejszenia całkowitego spożycia tłuszczów oraz tłuszczów nasyconych
 - zwiększenia spożycia nabiału, błonnika, warzyw, roślin strączkowych, owoców, drobiu, ryb oraz pełnego ziarna, strączków i orzechów
 - redukcji ilości spożywanego czerwonego, przetworzonego mięsa, rafinowanych zbóż i produktów smażonych
 - ograniczenia spożycia soli, cukru oraz ograniczenia spożycia alkoholu
 - stosowania określonych modeli żywieniowych, m.in. diety DASH, diety śródziemnomorskiej, alternatywnej diety zdrowego odżywiania (AHEI)
- wywiad żywieniowy
- przekazanie pacjentowi szczegółowych zaleceń dietetycznych, zindywidualizowanych w zależności od jego potrzeb i możliwości
- pierwszy pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikacja według BMI ($18,5-25 \text{ kg/m}^2$ - prawidłowy, $25-30 \text{ kg/m}^2$ - nadwaga, $30-35 \text{ kg/m}^2$ - I stopień otyłości, $35-40 \text{ kg/m}^2$ - II stopień otyłości, $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ - III stopień otyłości)
- pierwszy pomiar poziomu aktywności fizycznej z wykorzystaniem wybranego zwalidowanego kwestionariusza (np. IPAQ)
- pierwszy pomiar nawyków żywieniowych z wykorzystaniem wybranego zwalidowanego kwestionariusza (np. QEB, KomPAN)

c) Indywidualny 14-dniowy jadłospis:

- przygotowany przez dietetyka (zaleca się aby był to dietetyk przeprowadzający konsultacje z pacjentem)
- przekazany pacjentowi do 7 dni od konsultacji dietetycznej

- uwzględniający proporcje makroskładników ustalone w sposób zindywidualizowany z uwzględnieniem m.in. wieku, aktywności fizycznej, schorzeń dodatkowych (poza cukrzycą/stanem przedcukrzycowym) oraz preferencji pacjenta
- możliwy do zastosowania przez kolejnych 28 dni poprzez jego powtórzenie

d) Druga konsultacja dietetyczna (po 30 dniach od wdrożenia przez pacjenta żywienia zgodnie z jadłospisem), obejmująca:

- omówienie z pacjentem wdrożonych zaleceń żywieniowych
- drugi pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikację według BMI
- drugi pomiar poziomu aktywności fizycznej z wykorzystaniem wybranego zwalidowanego kwestionariusza (np. IPAQ)
- drugi pomiar nawyków żywieniowych z wykorzystaniem wybranego zwalidowanego kwestionariusza (np. QEB, KomPAN)

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu realizacji świadczeń uczestnikowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika (załącznik 3).

3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- w przypadku osób, u których na podstawie badań przesiewowych nie zostaną stwierdzone zaburzenia poziomu glikemii udział w PPZ kończy się na etapie badania przesiewowego,
- w przypadku osób, u których na podstawie badań przesiewowych zostanie stwierdzona cukrzyca udział w PPZ kończy się na etapie kontrolnej wizyty lekarskiej, a uczestnik zostaje skierowany do lekarza POZ;
- w przypadku osób, u których na podstawie badań przesiewowych stwierdzone zostaną zaburzenia poziomu glikemii, w tym stan przedcukrzycowy, udział w PPZ kończy się wraz z wykonaniem drugich pomiarów antropometrycznych, nawyków żywieniowych oraz poziomu aktywności fizycznej po zakończeniu udziału w interwencji nacelowanej na styl życia,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2025)
- 2) przesłanie oświadczenia o zgodności z Rekomendacją do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III kwartał 2025)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (IV kwartał 2025)
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025)
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2025),
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (IV kwartał 2025)
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2025)
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2025)
- 9) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2026)

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze ochrony zdrowia na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 236 z późn. zm.),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- zapewnienie prowadzenia działań edukacyjnych przez dietetyka, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie w przeprowadzaniu zajęć edukacyjnych dot. cukrzycy typu 2,
- zapewnienie prowadzenia wizyt kwalifikacyjnych i badań przesiewowych przez pielęgniarkę,
- zapewnienie realizacji wizyty kontrolnej przez lekarza,
- zapewnienie realizacji poradnictwa zdrowotnego przez dietetyka, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie w realizacji poradnictwa zdrowotnego dot. cukrzycy typu 2,
- zapewnienie realizacji porad dietetycznych przez dietetyka,
- posiadanie w swojej strukturze laboratorium analitycznego lub gwarantowanego dostępu do laboratorium z możliwością wykonania badań stosownych do prowadzonych w ramach programu działań, spełniających pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodków, w których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. Podmiot realizujący interwencje w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik A), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik C). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik B). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta

i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym
- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w badaniu przesiewowym
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2
- liczba osób, które zakwalifikowały się do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia
- liczba osób, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia
- liczba osób, które uzyskały poprawę wskaźnika BMI (pomiar po zakończeniu interwencji)
- liczba osób, u których odnotowano redukcję masy ciała o co najmniej 2% (pomiar po zakończeniu interwencji)
- liczba osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2, skierowanych na leczenie do lekarza POZ w związku z tym rozpoznaniem
- liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów - ze wskazaniem tych powodów
- liczba osób, które zrezygnowały w udziału w programie - ze wskazaniem przyczyny

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- analizy wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik C)
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail)
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ)

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników

ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test

- odsetek liczby osób włączonych do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia z BMI o wartości ≥ 25 kg/m² (w momencie kwalifikacji), które po zakończeniu interwencji uzyskały BMI < 25 kg/m² lub u których masa ciała obniżyła się o co najmniej 2% względem wartości wyjściowej (konieczne spełnienie co najmniej jednego z dwóch wyżej wymienionych kryteriów),
- odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych, np. QEB lub KomPAN) w porównaniu do wyników podczas pierwszej porady dietetycznej
- odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej, np. IPAQ), w porównaniu do wyników podczas pierwszej porady dietetycznej
- odsetek osób, u których aktywność fizyczna wzrosła do 150 min. tygodniowo
- odsetek osób skierowanych na leczenie w związku z wykryciem cukrzycy typu 2 w ramach programu

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli II przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty przystępujące do konkursu na wybór realizatora programu.

Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład działań profilaktycznych

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania informacyjno-edukacyjne	3 000,00
2. Wizyta kwalifikacyjna	85,00
3. Badanie FPG	30,00
4. Badanie FPG (powtórne)	30,00
5. Badanie OGTT	60,00
6. Lekarska wizyta kontrolna	200,00
7. Poradnictwo zdrowotne	100,00
8. Pierwsza konsultacja dietetyczna	200,00

9. Indywidualny 14-dniowy jadłospis	250,00
10. Druga konsultacja dietetyczna	100,00

Badania przesiewowe w Programie, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą 160 osób. Należy zaznaczyć, że w związku z brakiem danych epidemiologicznych w tym obszarze, na potrzeby zaplanowania Programu i oszacowania budżetu założono, że u każdego z uczestników zostanie wykonane pierwsze badanie FPG (80 osób), u połowy uczestników badanie to zostanie powtórzone (ok. 80 osób), a połowa uczestników zostanie skierowana na badanie OGTT (ok. 80 osób). Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia obejmie osoby, u których zostaną zdiagnozowane zaburzenia glikemii. Szacuje się, jak już wspomniano w części dot. populacji docelowej, że zaburzenia glikemii dotyczą ok. 13% populacji⁴³, jednakże z uwagi na objęcie programem głównie osób w wieku 45 lat i więcej, wśród których rozpowszechnienie to jest wyższe, w Programie założono udział w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia co najmniej 25% osób biorących udział w badaniach przesiewowych tj. ok. 40 osób. W praktyce program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

2. Planowane koszty całkowite

Tab. III. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania informacyjno-edukacyjne	1	działanie	3 000,00	3 000,00
2. Wizyta kwalifikacyjna	160	osoba	85,00	13 600,00
3. Badanie FPG	160	osoba	30,00	4 800,00
4. Badanie FPG (powtórne)	80	osoba	30,00	2 400,00
5. Badanie OGTT	80	osoba	60	4 800,00
6. Lekarska wizyta kontrolna	40	osoba	200	8 000,00
7. Poradnictwo zdrowotne	40	osoba	100	4 000,00
8. Pierwsza konsultacja dietetyczna	40	osoba	200	8 000,00
9. Indywidualny 14-dniowy jadłospis	40	osoba	250	10 000,00
10. Druga konsultacja dietetyczna	40	osoba	100	4 000,00
Koszty Programu				62 600,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu i ewaluacji w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 62 600 zł. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Konstancin-Jeziorna.

⁴³ Kowalska I., Profilaktyka, edukacja i wczesna diagnostyka cukrzycy, Parlamentarny Zespół ds. Cukrzycy, Warszawa 23.01.2024.

Bibliografia

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care 2014; 37, Supplement 1: 14-80.
2. Bank danych lokalnych - stan na rok 2023 [bdl.stat.gov.pl].
3. Chmielewska-Kassassir M, Woźniak L, Ogrodniczek P, Wójcik M, Rola receptorów aktywowanych przez proliferatory peroksysomów γ (PPAR γ) w otyłości i insulinooporności. Postepy Hig Med Dosw 2013; 67: 1283-1299.
4. Dane dot. rodzajów cukrzycy [http://mojacukrzyca.pl/cukrzyca-ale-jaka-nowa-klasyfikacja/].
5. Dane NFZ [www.nfz.gov.pl].
6. Diabetes Atlas, 11th Edition, 2025, diabetesatlas.org.
7. Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2007.
8. Jarosz M. Choroby metaboliczne. W: Praktyczny podręcznik dietetyki. Red. Jarosz M. Wydawnictwo Instytutu Żywności i Żywienia; Warszawa 2010; 341-352.
9. Koordynowana opieka zdrowotna, Przychodnie POZ realizujące opiekę koordynowaną [https://koordynowana.nfz.gov.pl/].
10. Korzon-Burakowska A, Adamska K, Skuratowicz-Kubica A, Jaworska M. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. Diabetologia Praktyczna 2010; 11 (2): 46-53.
11. Kowalska I., Profilaktyka, edukacja i wczesna diagnostyka cukrzycy, Parlamentarny Zespół ds. Cukrzycy, Warszawa 23.01.2024.
12. Krystoń-Serafin M, Jankowiak B, Popławska E, Krajewska-Kułak E. Powikłania cukrzycy jako choroby przewlekłej. Nowiny Lekarskie 2007; 76 (6): 482-484.
13. Mapy potrzeb zdrowotnych, Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, basiw.mz.gov.pl.
14. Mapy potrzeb zdrowotnych, Epidemiologia, Przyczyny zgonów wg GUS w 2019 i 2023 roku, basiw.mz.gov.pl.
15. Mapy potrzeb zdrowotnych, Leczenie szpitalne, basiw.mz.gov.pl.
16. Mapy potrzeb zdrowotnych, Podstawowa opieka zdrowotna, basiw.mz.gov.pl.
17. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540).
18. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).
19. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
20. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].
21. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [DZ. URZ. WOJ. 2024.13424].
22. Pickup JC: Inflammation and Activated innate Immunity in the Pathogenesis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 813-823.
23. Rekomendacja nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2, bip.aotm.gov.pl.

24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
25. Serwis Ministerstwa Zdrowia: Program Moje Zdrowie, <https://pacjent.gov.pl>.
26. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021.
27. Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej. W: Choroby wewnętrzne. Red. Szczeklik A, Gajewski P. Medycyna Praktyczna; Kraków 2009; 640 -671.
28. Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki... op. cit.
29. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
30. WHO, Diabetes, 14 November 2024, www.who.int.
31. Wojtyniak B., Smaga A. (red), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.
32. World Health Organization. Screening for type 2 diabetes 2003, <http://www.who.int>.
33. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2008, Diabetologia Praktyczna 2008, tom 9, supl. A
34. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 124/2022/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Załączniki

Załącznik A

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2025” (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

2. Zgody pacjenta oraz klauzula RODO

W tym miejscu należy wstawić:

- 1) wzór zgody na udział w Programie oraz wzór zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych i pozostałych usług w Programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt telefoniczny/mailowy, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń
- 2) wzór zgody pacjenta na wykorzystywanie jego numeru PESEL w ocenie efektów PPZ
- 3) wzór klauzuli informacyjnej (RODO)

.....
(data i podpis uczestnika Programu)

3. Wizyta kwalifikacyjna

Data udzielenia świadczenia	
Edukacja zdrowotna	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie
Kwalifikacja do badań przesiewowych w programie	☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

4. Badania przesiewowe

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia
-------------------	----------------------------

Badanie FPG	
Powtórne Badanie FPG (jeżeli dotyczy)	
Badanie OGTT	

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

5. Kontrolna wizyta lekarska

☐ Niniejszym zaświadczam, że u pacjenta w ramach badań przesiewowych wykryto zaburzenia poziomu glikemii, w związku z czym **zakwalifikowano** go do udziału w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia

☐ Niniejszym zaświadczam, że u pacjenta na podstawie wyników badań przesiewowych rozpoznano cukrzycę typu 2, w związku z czym **nie zakwalifikowano** go do udziału w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia – pacjenta skierowano do lekarza POZ

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

6. Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia

1) Poradnictwo zdrowotne	
Data wykonania świadczenia	
2) Porada dietetyka (pierwsza)	
Data wykonania świadczenia	
Pomiary	Masa ciała: Wartość BMI:
Nawyki żywieniowe	Wynik kwestionariusza dot. nawyków żywieniowych (np. np. QEB, KomPAN):
Aktywność fizyczna	Wynik kwestionariusza dot. poziomu aktywności fizycznej (np. IPAQ):
3) Przekazanie jadłospisu 14-dniowego	
Data przekazania	
4) Porada dietetyka (kontrolna)	
Data wykonania świadczenia	
Pomiary	Masa ciała: Wartość BMI: Obniżenie BMI do wartości <25 kg/m ² : ☐ tak ☐ nie Redukcja masy ciała o co najmniej 2%: ☐ tak ☐ nie
Nawyki żywieniowe	Wynik kwestionariusza dot. nawyków żywieniowych (np. np. QEB, KomPAN): Zmiana pozytywna w zakresie wyniku: ☐ tak ☐ nie
Aktywność fizyczna	Wynik kwestionariusza dot. poziomu aktywności fizycznej (np. IPAQ): Zmiana pozytywna w zakresie wyniku: ☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

5) Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika Programu

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2025” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	
Liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym	
Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w badaniu przesiewowym	
Liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2	
Liczba osób, które zakwalifikowały się do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia	
Liczba osób, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia	
Liczba osób, które uzyskały poprawę wskaźnika BMI (pomiar po zakończeniu interwencji)	
Liczba osób, u których odnotowano redukcję masy ciała o co najmniej 2% (pomiar po zakończeniu interwencji)	
Liczba osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2, skierowanych na leczenie do lekarza POZ w związku z tym rozpoznaniem	
Liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów - ze wskazaniem tych powodów	
Liczba osób, które zrezygnowały w udziału w programie - ze wskazaniem przyczyny	
Wyniki ankiety satysfakcji* (krótki opis)	

Ewaluacja	
Liczba i odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.	
Liczba i odsetek liczby osób włączonych do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia z BMI o wartości ≥ 25 kg/m ² (w momencie kwalifikacji), które po zakończeniu interwencji uzyskały BMI < 25 kg/m ² lub u których masa ciała obniżyła się o co najmniej 2% względem wartości wyjściowej (konieczne spełnienie co najmniej jednego z dwóch wyżej wymienionych kryteriów).	
Liczba i odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych, np. QEB lub KomPAN) w porównaniu do wyników podczas pierwszej porady dietetycznej.	
Liczba i odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej, np. IPAQ), w porównaniu do wyników podczas pierwszej porady dietetycznej.	
Liczba i odsetek osób, u których aktywność fizyczna wzrosła do 150 min. tygodniowo.	
Liczba i odsetek osób skierowanych na leczenie w związku z wykryciem cukrzycy typu 2 w ramach programu	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32

Test wiedzy dla uczestnika edukacji zdrowotnej w programie pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2025” (wzór)

1. Który z poniższych objawów może świadczyć o cukrzycy?

- A. Brak apetytu i spadek ciśnienia
- B. Nadmierne pragnienie, częste oddawanie moczu, senność
- C. Zwiększone napięcie mięśni i bezsenność
- D. Swędzenie skóry i wypadanie włosów

2. Jakie badanie najczęściej służy do wykrycia cukrzycy?

- A. Morfologia krwi
- B. Pomiar poziomu glukozy na czczo
- C. USG jamy brzusznej
- D. Pomiar ciśnienia krwi

3. Który z poniższych czynników zwiększa ryzyko cukrzycy typu 2?

- A. Regularne spożywanie warzyw
- B. Codzienne spacerowanie
- C. Nadwaga, brak ruchu i niezdrowa dieta
- D. Picie dużej ilości wody

4. Co oznacza termin „insulinooporność”?

- A. Całkowity brak insuliny w organizmie
- B. Odporność organizmu na infekcje
- C. Słabsze działanie insuliny – organizm nie reaguje na nią prawidłowo
- D. Zbyt duży poziom insuliny we krwi przy niskim cukrze

5. Jakie powikłania może powodować nieleczona cukrzyca?

- A. Katar i kaszel
- B. Bóle głowy i bezsenność
- C. Uszkodzenie nerek, oczu, nerwów i naczyń krwionośnych
- D. Przeziębienia i alergie

UZASADNIENIE

do uchwały Nr /IX/20/2025 Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna z dnia 15 października 2025 r. w sprawie uchwalenia programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2025". Programy polityki zdrowotnej realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego są uzupełnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozwalają na podniesienie świadomości potrzeb dbania o zdrowie wśród mieszkańców, wpływają także na poziom profilaktyki zdrowotnej. Skierowane są do konkretnych grup mieszkańców.

Program jest zgodny z rekomendacją nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2.