

**UCHWAŁA NR XXVII/249/2026
RADY MIEJSKIEJ W TOSZKU**

z dnia 24 września 2026 r.

**w sprawie przyjęcia "Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II
dla mieszkańców Gminy Toszek na lata 2027-2028"**

Działając na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 662 z późn. zm.) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1, ust. 3 pkt 2, ust. 4-5, art. 48a ust. 2 i ust. 5 pkt 1 lit b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.), na wniosek Burmistrza Toszka

**Rada Miejska w Toszku
uchwala, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się do realizacji "Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II dla mieszkańców Gminy Toszek na lata 2027-2028" w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Toszka.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Przewodniczący Rady
Miejskiej w Toszku**

Rafał Kucharczyk

A K C E P T U J Ę

08.09.2026

Burmistrz Toszka

dr inż. Grzegorz Kupczyk

.....
data, imię, nazwisko i stanowisko służbowe i podpis
osoby zatwierdzającej program polityki zdrowotnej



**Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II
dla mieszkańców Gminy Toszek**

okres realizacji: lata 2027-2028

**Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.)
oraz na podstawie Rekomendacji 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**

**Dotychczas w Gminie Toszek NIE był realizowany program polityki zdrowotnej
w zakresie profilaktyki cukrzycy typu II**

**Autor Programu: Urząd Miejski w Toszku
Sandra Drewniok – Starszy Inspektor w Referacie Organizacyjnym,
PIN, Zastępca IOD**

Toszek, data opracowania Programu: wrzesień 2026 r.

SPIS TREŚCI

Rozdział 1 Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3
§ 1. Opis problemu zdrowotnego.....	3
§ 2. Epidemiologia	8
§ 3. Obecne postępowanie	12
§ 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	13
Rozdział 2 Cele Programu	17
§ 1. Cel główny Programu.....	17
§ 2. Cele szczegółowe:.....	18
§ 3. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu:	19
Rozdział 3 Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	21
§ 1. Populacja docelowa.....	21
§ 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu..	22
§ 3. Planowane interwencje	24
§ 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	28
§ 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	28
Rozdział 4 Organizacja Programu.....	29
§ 1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	29
§ 2. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	30
Rozdział 5 Monitoring i ewaluacja	32
§ 1. Monitorowanie.....	32
§ 2. Ewaluacja.....	33
Rozdział 6 Budżet programu	34
§ 1. Koszty jednostkowe	34
§ 2. Planowane koszty całkowite.....	39
§ 3. Źródła finansowania, ...	39
Bibliografia	40

Rozdział 1

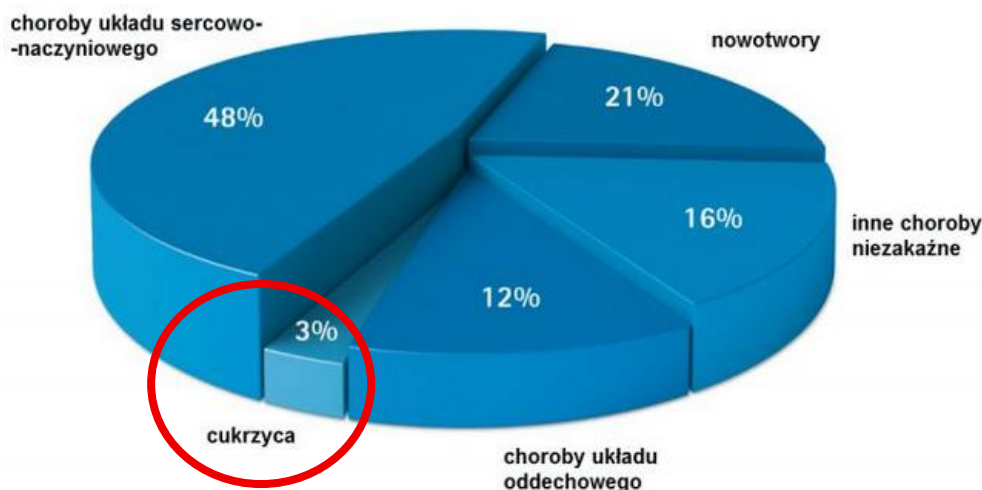
Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

§ 1. Opis problemu zdrowotnego

1. Choroby cywilizacyjne XXI wieku to jedne z największych obecnie problemów zdrowotnych państw wysoko rozwiniętych i szybko rozwijających się, do grona których zaliczana jest też Polska. Istotnymi czynnikami zapobiegania chorobom cywilizacyjnym są kwestie wprowadzania odpowiedniej profilaktyki i edukacji społeczeństwa w zakresie unikania czynników ryzyka, wykonywania systematycznych badań i odpowiednio szybkiego reagowania w przypadku pojawiania się niepokojących, często lekceważonych objawów. Jedną z chorób cywilizacyjnych jest właśnie cukrzyca¹.

Rysunek 1

Najczęstsze przyczyny śmierci na świecie



źródło: Global atlas of cardiovascular disease prevention and control, WHO 2011²

2. Cukrzyca jest uznawana za chorobę cywilizacyjną, a ze względu na masowość występowania – społeczną. Cukrzyca jest głównym i stale rosnącym problemem zdrowotnym świata, który dotyczy wszystkich bez względu na wiek i kraj pochodzenia. To przewlekła choroba metaboliczna, której podstawowym objawem jest podwyższony poziom cukru (glukozy) we krwi³.

¹ E. Ochendowska, B. Witek, *Choroby cywilizacyjne XXI wieku*.

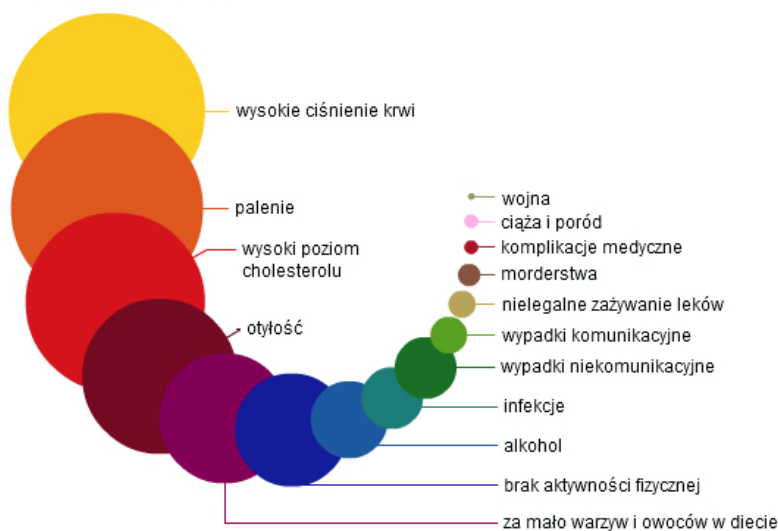
² według statystyk Ministerstwa Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczy to ponad 114 tys. zgonów w Polsce – dokument „Statystyka umieralności w wyniku chorób układu krążenia”, opublikowany 7 stycznia 2016 roku na oficjalnej stronie GUS, dane aktualne (brak nowszych publikacji)

³ Raport „Cukrzyca. Ukryta pandemia 2014” - <http://www.pfed.org.pl/aktualno347ci/cukrzyca-ukryta-pandemia-2014>, dostęp: 01.09.2026 r.

3. Co 10 sekund na świecie diagnozuje się cukrzycę u kolejnej osoby. Co 6 sekund ktoś umiera z powodu jej powikłań. Blisko 382 miliony osób na świecie, w tym 3 miliony w Polsce, choruje obecnie na cukrzycę. Cukrzyca to pierwsza niezakaźna choroba uznana przez ONZ za epidemię XXI wieku. Szacuje się, że w 2035 roku liczba chorych sięgnie 592 milionów.⁴

Rysunek 2

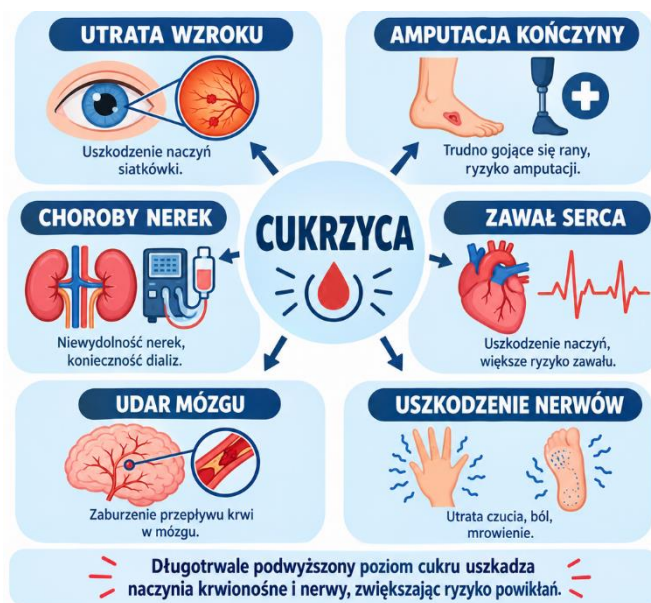
Największe zagrożenia dla życia w krajach wysokorozwiniętych



źródło: NHS Atlas of Risk

4. Cukrzyca jest przyczyną przewlekłego złego stanu zdrowia i przedwczesnej śmierci. Stanowi jedną z głównych przyczyn utraty wzroku i schyłkowej choroby nerek u osób w wieku produkcyjnym. Stanowi najczęstszą przyczynę amputacji kończyn dolnych, zwiększa ryzyko niedokrwiennej choroby serca i udaru mózgu 2–4-krotnie, zagraża rozwojowi płodu i powoduje obumarcie płodów. Hamuje rozwój osób młodych, ogranicza produktywność dorosłych i niszczy spokój osób w wieku podeszłym. Cukrzyca powoduje znaczne obciążenie ekonomiczne dla całego społeczeństwa, jak też dla chorych i ich rodzin.

Rysunek 3



Konsekwencje cukrzycy

źródło:
opracowanie własne

⁴ IDF Atlas, 6 edycja, 14. listopada 2013

5. Jak podaje Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) w Polsce choruje na cukrzycę około 3 mln osób, z których około milion osób (1/3) jeszcze o tym nie wie⁵. W tej grupie pacjentów nie podejmuje się żadnych działań terapeutycznych, a do rozpoznania choroby dochodzi najczęściej dopiero wtedy, gdy pojawiają się pierwsze powikłania. Stopień rozwoju cukrzycy jest już na tyle poważny, że prowadzi do dotkliwych konsekwencji zdrowotnych.
6. Cukrzycę dzieli się na następujące podstawowe typy:
- 1) **cukrzyca typu I** (nazywana również cukrzycą insulinozależną), która na ogół dotyczy osób poniżej 30 roku życia z genetycznymi predyspozycjami. Spośród chorych na cukrzycę, na typ 1 choruje 15-20% chorych. Jedynym możliwym leczeniem tej choroby jest podawanie insuliny oraz właściwe odżywianie i aktywny tryb życia;
 - 2) **cukrzyca typu II** (nazywana również cukrzycą insulinoniezależną) - na ogół dotyczy osób w wieku starszym z genetycznymi predyspozycjami i jest często konsekwencją nadwagi i otyłości. Przyczyną cukrzycy typu II jest pierwotna oporność na insulinę, co prowadzi do mniejszego wykorzystania glukozy w mięśniach i w wątrobie. Cukrzyca typu II przebiega łagodniej niż cukrzyca typu I i często bezobjawowo, co jest przyczyną późnego zdiagnozowania choroby, kiedy już pacjent cierpi na powikłania chorobowe. Około 80-85% wszystkich pacjentów z cukrzycą stanowią chorzy na cukrzycę typu 2. Początkowo leczenie tej choroby opiera się na stosowaniu odpowiedniej diety, dostosowanego do możliwości chorego wysiłku fizycznego oraz doustnych leków hipoglikemizujących (przeciwcukrzycowych). Często, z czasem, potrzebne jest także przejście na zastrzyki z insuliną;
 - 3) **cukrzyca ciężarnych** - cukrzyca po raz pierwszy rozpoznana w ciąży i występująca do momentu urodzenia dziecka. W grupie kobiet z cukrzycą ciężarnych istnieje wyższe ryzyko zachorowania w przyszłości na cukrzycę w porównaniu z kobietami bez tego powikłania. Leczenie tej postaci cukrzycy powinno być prowadzone tylko w wyspecjalizowanych ośrodkach ginekologiczno-diabetologicznych.
 - 4) **cukrzyca wtórna** - to najbardziej zróżnicowana etiologicznie grupa cukrzycy. Łącznie stanowi około 2-3% wszystkich postaci cukrzycy w Europie i Ameryce Północnej. Charakterystyczne dla tej postaci są współistniejące z cukrzycą inne zaburzenia⁶.
7. Najczęstsze przyczyny cukrzycy wtórnej można podzielić na:
- 1) **polekowe** - niektóre leki stosowane w chorobach układu krążenia (tiazdy lub inne leki moczopędne, szczególnie w zestawieniu z beta blokerami, leki sterydowe i inne);
 - 2) **niektóre choroby gruczołów dokrewnych (endokrynopatie)** - choroba i zespół Cushinga, akromegalia, nadczynność tarczycy, guz chromochłonny nadnerczy, guz wydzielający glukagon;
 - 3) **genetycznie uwarunkowane choroby przemiany materii** - m.in. hemochromatoza;
 - 4) **choroby trzustki** - przewlekłe zapalenie trzustki, rak trzustki, stan po pankreatektomii (operacyjnym usunięciu trzustki);
 - 5) **cukrzyca na tle niedostatecznego i wadliwego odżywiania** - występuje głównie wśród ludności tubylczej strefy międzyzwrotnikowej w krajach Azji, Afryki i Ameryki Południowej, w których niedożywienie i głód są powszechne⁷.

⁵ ibidem

⁶ Wolnik B.: „Cukrzyca”, http://zdrowie.med.pl/cukrzyca/cukrzyca_1.html [dostęp: 07.09.2026 r.]; Rampazzo S.: „Cukrzyca - jak zapobiegać, jak z nią żyć”, 2014, ISBN: 978-83-7660-301-8.

⁷ Polskie Towarzystwo Diabetologiczne: „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę”, 2016, https://journals.viamedica.pl/diabetologia_kliniczna/article/view/44880/30969 [dostęp: 13.06.2017].

8. Około 85-90% wszystkich przypadków cukrzycy to cukrzyca typu II. Czynnikiem determinującym cukrzycę jest nadwaga – według badań około 48% osób cierpiących na cukrzycę jest klasyfikowana, jako osoby z nadwagą – BMI 25-29,9 kg/m², dalsze 40% chorych jest klasyfikowana, jako osoby otyłe pierwszego stopnia (BMI 30-34,9). Jedynie 12% chorych na cukrzycę ma normalną masę ciała (BMI:18,5–24,9). Choć cukrzyca dotyczy osób po 40 roku życia, to coraz więcej dzieci i osób młodych również zapada na to schorzenie. Brak tutaj dokładnych statystyk, ale ocenia się że 2-3% przypadków cukrzycy u dzieci stanowi cukrzyca typu 2⁸.

Rysunek 4
Najczęstsze przyczyny zachorowania
na cukrzycę typu 2

źródło:
opracowanie własne



9. Główną przyczyną przewlekłych powikłań cukrzycy jest utrzymujący się przez długi czas zbyt wysoki poziom glukozy we krwi (hiperglikemia) oraz zbyt wysoki poziom białka HbA1c. Dodatkowo na powikłania wpływają uwarunkowania genetyczne, nadciśnienie, hiperinsulinizm, palenie tytoniu i zaburzenia lipidowe.
10. Objawy wskazujące na możliwość rozwoju cukrzycy typu II:
- 1) zmniejszenie masy ciała - glukoza krążąca we krwi jest wydalana przez nerki z moczem, nie przechodzi do wnętrza komórek. Komórki muszą szukać innego źródła energii, którym jest tkanka tłuszczowa. W konsekwencji następuje zdecydowany, niespodziewany ubytek masy ciała w bardzo krótkim czasie,
 - 2) glikozuria - inaczej cukromocz, nadmierne stężenie glukozy w moczu,
 - 3) poliuria - inaczej wielomocz - obecność cukru w moczu powoduje absorpcję wody, co przejawia się dużą ilością oddawanego moczu,
 - 4) wzmożone pragnienie - wzmożone pragnienie jest wynikiem poliurii,
 - 5) polifagia (inaczej hiperfagia) – chorobliwie wzmożony apetyt,
 - 6) ogólne osłabienie,
 - 7) pojawienie się zmian ropnych na skórze oraz stanów zapalnych narządów moczowo-płciowych,
 - 8) świąd skóry⁹.

⁸ <http://cukrzycapolska.pl/cukrzyca/statystyki/>

⁹ 4. Portal mojacukrzyca.org [dostęp: 01.09.2026 r.].

Rysunek 5



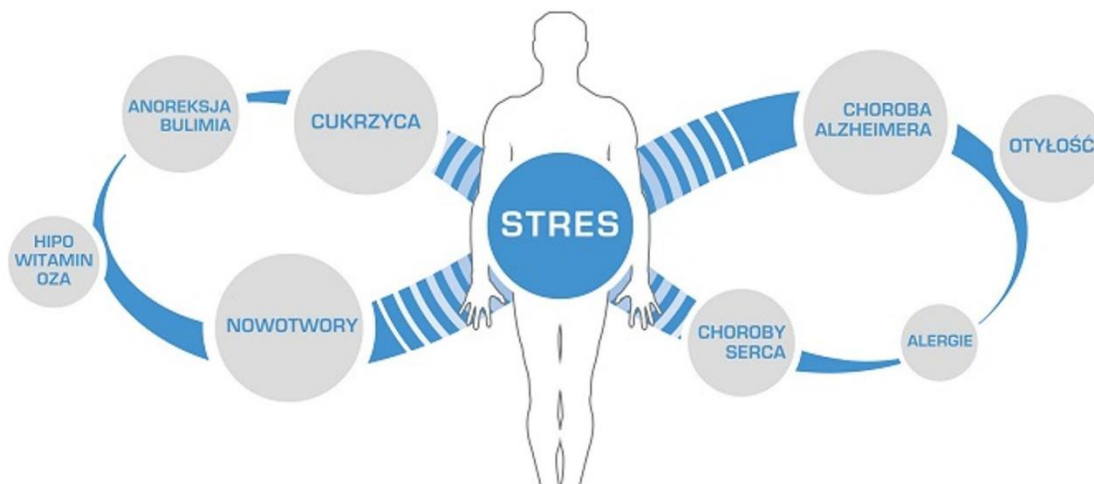
źródło: <https://avigon.pl/obszary-wsparcia/cukrzyca>

11. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznaje cukrzycę za jedno z najpoważniejszych zagrożeń naszego wieku. Według szacunków WHO między 2005, a 2030 rokiem, liczba zgonów w ogólnej populacji podwoi się. IDF ocenia, że rocznie z powodu cukrzycy na świecie umiera 4,8 mln osób. W najbliższym okresie stanie się ona jedną z najczęstszych przyczyn przedwczesnej śmierci spowodowanej chorobami niezakaźnymi. Globalną epidemię zachorowań na cukrzycę typu II powoduje przede wszystkim:

- 1) starzenie się społeczeństwa;
- 2) niezdrowe odżywianie się, wysokokaloryczna dieta (w Polsce jest to związane z przejściem zachodniego, amerykańskiego stylu życia);
- 3) nadwaga;
- 4) siedzący tryb życia, brak regularnej aktywności fizycznej;
- 5) przewlekły stres.

Rysunek 6

Stres jako główna przyczyna wszystkich chorób cywilizacyjnych

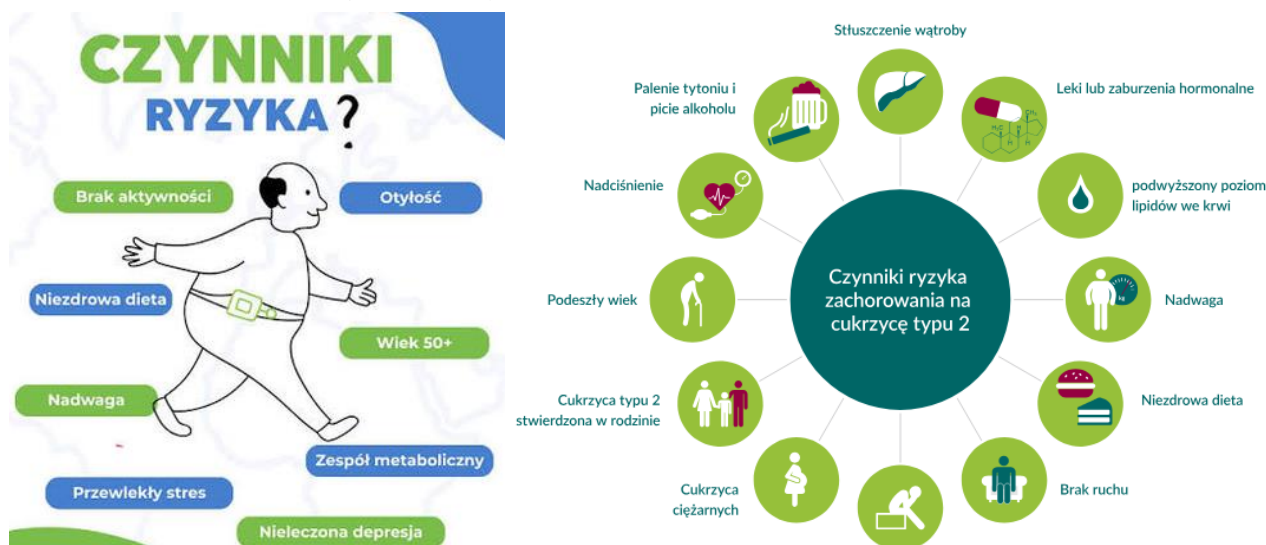


źródło: <https://www.gov.pl/web/psse-swidwin/choroby-cywilizacyjne>

12. Do najczęstszych czynników ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 należą:
- 1) nadwaga lub otyłość,
 - 2) obecność członka rodziny w I stopniu pokrewieństwa ze stwierdzoną cukrzycą,
 - 3) mała aktywność fizyczna,
 - 4) stwierdzony stan przedcukrzycowy w poprzednim badaniu,
 - 5) przebyta cukrzyca ciążowa lub zespół policystycznych jajników,
 - 6) choroba lub zdarzenie sercowo-naczyniowe oraz dyslipidemia.

Rysunek 7

Najczęstsze czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2



źródło: <https://www.diabinfo.de/pl/zapobieganie/cukrzyca/czy-jestem-zagrozony/co-zwieksza-ryzyko-zachorowania-na-cukrzycę-typu-2.html>

§ 2. Epidemiologia

1. W Polsce, podobnie jak i w innych krajach rozwiniętych, choroby serca i naczyń są odpowiedzialne za blisko 50% wszystkich zgonów. Jedną z najpoważniejszych przyczyn tych chorób jest zespół metaboliczny (ZM). Zespół ten można zdefiniować jako zbiór wzajemnie powiązanych czynników metabolicznych: otyłość, podwyższone stężenie glukozy, nadciśnienie, zaburzenia lipidowe, zwiększających istotnie ryzyko rozwoju miażdżycy i **cukrzycy typu II**.
2. Badania epidemiologiczne jednoznacznie wskazują, że cukrzyca i stany przedcukrzycowe (nieprawidłowa glikemia na czczo i nieprawidłowa tolerancja glukozy) są zjawiskiem powszechnym w populacji ogólnej. Na samą cukrzycę choruje w Polsce ponad dwa miliony ludzi, przy czym połowa osób o tym nie wie, gdyż szacuje się, że 40–50% przypadków cukrzycy pozostaje w dalszym ciągu nierozpoznanych.
3. Obok samej cukrzycy rozpoznaje się także inne zaburzenia gospodarki węglowodanowej. Mogą one prowadzić do powstawania powikłań: nieprawidłowa glikemia na czczo i nieprawidłowa tolerancja glukozy, określane wspólnym mianem stanów przedcukrzycowych. Kryteria diagnostyczne dla wyżej wymienionych jednostek chorobowych przewidują konieczność wykonania oznaczenia glikemii na czczo, przeprowadzenia testu doustnego obciążenia glukozą lub oznaczenia tak zwanej glikemii przypadkowej.

4. W badaniach epidemiologicznych zidentyfikowano kilka potencjalnych czynników modyfikowalnych, zwiększających ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2. Należą do nich: otyłość, dieta wysokokaloryczna i niedostateczna aktywność fizyczna. U osób otyłych ryzyko wystąpienia cukrzycy jest kilkukrotnie wyższe niż u osób charakteryzujących się BMI w granicach normy.
5. Literatura przedmiotu dowodzi, że zarówno otyłość jak i cukrzyca typu 2 w sposób istotny zwiększają ryzyko wystąpienia wielu innych groźnych chorób, wpływając tym samym na częstość hospitalizacji i inwalidztwa. Cukrzyca jest poważną chorobą przewlekłą, a jej znaczenie często jest bagatelizowane, chociaż powikłania tej choroby mogą powodować duże szkody i zwiększać koszty opieki. Często powstają one z powodu niewiedzy o ich przyczynach i niewłaściwego leczenia. Cukrzyca jest także jedną z najczęściej występujących chorób u dzieci, która nie tylko wpływa na same dzieci, ale także na ich bezpośrednie otoczenie. Zachorowania na cukrzycę typu 2 są odnotowywane w coraz młodszych grupach wiekowych. Rodzice nie zawsze wiedzą, jak reagować i postępować, co wzmaga niepokój o przyszłość ich dzieci. Nauczyciele i przyjaciele często nie wiedzą, jak się zachować wobec dziecka chorującego na cukrzycę, w konsekwencji czego często czuje się ono izolowane i stygmatyzowane.
6. Cukrzyca nie jest chorobą, która powinna ograniczać funkcjonowanie, tylko wymaga właściwej samokontroli i obserwacji. Ćwiczenia fizyczne, sport i rekreacja połączone z ruchem są korzystne dla zdrowia zarówno dzieci zdrowych, jak i chorych na cukrzycę. Działania takie podnoszą sprawność fizyczną, przynoszą radość, a u osób z cukrzycą mogą przyczynić się do poprawy wyników leczenia, a także do zapobiegania otyłości czy chorobom krążenia. Poza zdrowotną, sport pełni wiele psychologicznych funkcji w życiu dziecka: wspiera jego prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny, pomaga rozwijać samodyscyplinę, gratyfikuje, daje przyjemność i satysfakcję. Dlatego też, wysiłek fizyczny jest zalecany wszystkim chorym z cukrzycą. Aby był dobrze realizowany i nie szkodził, musi być jednak indywidualnie dobrany dla każdego z cukrzycą i umiejętnie stosowany. Jego rodzaj oraz intensywność zależą od kilku czynników: dotychczasowej aktywności fizycznej, ogólnej sprawności, stylu życia, masy ciała, występowania powikłań cukrzycy.
7. Chociaż od czasu odkrycia insuliny upłynął prawie wiek, terapia cukrzycy w dalszym ciągu stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny. O skali problemu świadczy uznanie cukrzycy przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) za chorobę epidemiczną. Po nadciśnieniu tętniczym i paleniu tytoniu zajmuje ona trzecie miejsce wśród czynników ryzyka przedwczesnej śmierci. W krajach wysoko rozwiniętych najczęściej spotykanym typem cukrzycy jest właśnie cukrzyca typu II, która w zależności od prowadzonych badań występuje u 87-91% przypadków ogółu chorych na cukrzycę. Na cukrzycę typu I choruje 7-12% populacji cukrzyków, a inne typy stanowią mniej niż 3% zachorowań. Czynnikiem, które sprzyjają szybkiemu rozwojowi cukrzycy typu II są zachodzące na świecie zmiany socjalno-kulturowe, urbanizacja oraz współczesny styl życia (wzrost spożycia żywności przetworzonej oraz węglowodanów, istotna redukcja udziału warzyw i owoców w diecie, spadek aktywności fizycznej¹⁰).
8. Dane pochodzące z najnowszego raportu opracowanego przez ekspertów Międzynarodowej Federacji Cukrzycy (IDF) wskazują, że w skali globalnej na cukrzycę choruje 415 mln osób, około 8,8% populacji światowej w wieku 20-79 lat. Szacuje się, że w 2040 roku liczba ta wyniesie 642 mln (10,4%).

¹⁰ Program wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2017-2019 okres realizacji: lata 2017-2019 Regionalny Program Zdrowotny Samorządu Województwa Mazowieckiego, Warszawa 2016

9. Chorobowość wzrosła w ciągu ostatnich 40 lat o 150-300% i w dalszym ciągu się zwiększa. Potwierdzają to dane oraz inne opracowania prognostyczne. Około 65% chorych na cukrzycę to mieszkańcy miast i terenów zurbanizowanych. Około 77% chorych na cukrzycę to osoby w wieku produkcyjnym. Większa chorobowość z powodu cukrzycy dotyczy państw średnio oraz słabo rozwiniętych. Chorobę częściej rozpoznaje się u mężczyzn (215 mln mężczyzn i 199 mln kobiet). Najnowsze dane sugerują jednak, że ta różnica się zmniejsza. Ponad 193 mln chorych na cukrzycę (46,5%) nie jest świadomych swojej choroby, zwłaszcza w krajach słabo rozwiniętych (np. na terenie Afryki). Brak właściwej diagnozy powoduje szybki rozwój powikłań, często nieodwracalnych, które prowadzą do przedwczesnej śmierci lub kalectwa. Jest to niezmiernie istotny fakt, gdyż ponad 320 mln chorych na cukrzycę to osoby w wieku produkcyjnym. Mimo prowadzonej od wielu lat profilaktyki, wdrażania licznych programów edukacyjnych, stosowania badań przesiewowych w grupach ryzyka oraz coraz szerszej świadomości społeczeństwa, w dalszym ciągu obserwuje się systematyczny wzrost zachorowań na cukrzycę.
10. Wiedza społeczeństwa na temat cukrzycy i jej profilaktyki nie jest duża. Co piąty Polak nigdy nie wykonał badania sprawdzającego stężenie glukozy we krwi, a tylko 26% badanych deklaruje, że wykonuje to badanie corocznie. Według jednej trzeciej badanych cukrzycy nie można zapobiec. A to przecież my sami, bez względu na wiek, poprzez nie zbilansowaną, zbyt wysokokaloryczną dietę i brak aktywności fizycznej zapracowujemy sobie na cukrzycę. W 2010 roku Koalicja na rzecz Walki z Cukrzycą wspólnie z TNS OBOP przeprowadziła ogólnopolskie badanie epidemiologiczne poświęcone epidemii cukrzycy w Polsce. Jest to pierwsze tego typu badanie, które nie tylko określa sytuację epidemiologiczną, ale także dostarcza szczegółowych informacji na temat faktycznej kondycji i potrzeb osób chorych na cukrzycę w Polsce. Projekt miał na celu zbadanie percepcji problemu cukrzycy i osób chorych wśród szerokiej opinii publicznej, a także osób będących blisko choroby – lekarzy specjalistów, pielęgniarek i samych pacjentów.¹¹
11. Dziesiątki milionów ludzi z cukrzycą cierpi z powodu jej groźnych powikłań. Cukrzyca znajduje się w grupie pierwszych 10 przyczyn niepełnosprawności ludzi na całym świecie. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia 15 milionów ludzi niewidomych utraciło wzrok w wyniku powikłań cukrzycy. Spośród czterech milionów osób, które każdego roku umierają z powodu cukrzycy, spora część to osoby w najbardziej produktywnym wieku (40-60 lat)¹².
12. W Polsce co druga osoba, która umiera z powodu cukrzycy jest poniżej 60 roku życia. W dużej mierze choroba nadal pozostaje nierozpoznana lub jest rozpoznawana bardzo późno.¹³
13. Świadomość konsekwencji cukrzycy także nie jest wystarczająca. Aż 35% społeczeństwa nie potrafi wymienić ani jednego skutku choroby, mimo że jest to schorzenie wielonarządowe charakteryzujące się szeregiem powikłań. Wiedza samych chorych o cukrzycy, choć stosunkowo większa niż u osób zdrowych, również nie jest satysfakcjonująca. Jej stosunkowo niski poziom prowadzi nie tylko do mało świadomego kontrolowania choroby, ale także do nieutrzymywania dyscypliny i prowadzenia niezbyt higienicznego trybu życia. Niska wiedza przekłada się także na dość mechaniczne podejście do choroby: ograniczenie się do kontroli poziomu cukru we krwi i sterowania nim wg zaleceń lekarza, ale bez dogłębnego zrozumienia istoty samej choroby.

¹¹ NIEBIESKA KSIĘGA CUKRZYCY Warszawa, 21 listopada 2013

¹² A call to action on diabetes, International Diabetes Federation, 2010

¹³ NIEBIESKA KSIĘGA CUKRZYCY

14. Znacznym problemem dla chorych jest przestrzeganie diety. Badani z niechęcią przyjmują ograniczenia żywieniowe. Często nie wiedzą, jak powinna wyglądać prawidłowo dobrana dieta, a nawet jeśli mają taką wiedzę, to rzadko się do niej stosują.
15. Cukrzyca (kod ICD- 10: E11) to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Cukrzyca typu 2 to postępująca utrata zdolności komórek β trzustki do prawidłowej sekrecji insuliny z towarzyszącą insulinoopornością. Jej wystąpienie jest uwarunkowane genetycznie, jednak decydującą rolę pełnią czynniki środowiskowe: nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej oraz nieprawidłowe nawyki żywieniowe.
16. Cukrzyca typu 2 w połowie przypadków przebiega bezobjawowo. Objawy pojawiają się w następstwie wzrastającego stężenia glukozy we krwi i mogą wystąpić dopiero po kilku latach. Do klasycznych objawów cukrzycy typu 2 zalicza się: osłabienie i sennosc spowodowane odwodnieniem, spadek masy ciała, zwiększone oddawanie moczu (poliuria) oraz nadmierne pragnienie (polidypsja). Mogą także wystąpić ropne zakażenia skóry lub zakażenia układu moczowo-płciowego. Niekontrolowana cukrzyca prowadzi do rozwoju przewlekłych powikłań, zwłaszcza sercowo-naczyniowych, które są główną przyczyną zgonów wśród chorych. Według publikacji Zdrojewski 2016, szacuje się, że z powodu choroby wieńcowej umiera ponad 50% chorych na cukrzycę. Współistnienie cukrzycy i choroby wieńcowej prowadzi do wzrostu ryzyka wystąpienia zgonu od 3 do 5 razy w przypadku kobiet oraz od 2 do 3 razy w przypadku mężczyzn. Do ostrych powikłań cukrzycowych należą: nasilona hiperglikemia, hipoglikemia, kwasica ketonowa i/lub mleczanowa oraz niewydolność poszczególnych organów, a w szczególności nerek oraz wątroby.
17. Diagnostyka cukrzycy typu 2, z uwagi na skąpoobjawowy lub bezobjawowy przebieg, powinna opierać się na laboratoryjnym pomiarze następujących parametrów: glikemii, glikozurii, stężenia peptydu C w surowicy, zaburzeń lipidowych oraz ciał ketonowych w moczu lub ich zwiększonego stężenia w surowicy. Stan zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy rozpoznaje się na podstawie przynajmniej nieprawidłowej glikemii na czczo lub nieprawidłowej tolerancji glukozy.
18. Cukrzyca rozpoznawana jest w przypadkach, gdy:
 - a) występują objawy hiperglikemii i glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l);
 - b) w dwukrotnym pomiarze na czczo glikemia wyniosła ≥ 126 mg/dl (≥ 7 mmol/l);
 - c) w 120 minucie testu obciążenia glukozą glikemia wyniosła ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l).
19. Według danych International Diabetes Federation (IDF) z 2021 r. na całym świecie liczba chorych na cukrzycę wyniosła 536,6 mln, a liczba zgonów z powodu tej choroby osiągnęła poziom 6,7 mln. W Polsce wskazano, że rozpowszechnienie cukrzycy wynosiło 9,4 i odnotowano ok. 2 667,0 tys. chorych na cukrzycę. Ponadto odnotowano ok. 2 446,4 tys. osób z nieprawidłową tolerancją glukozy i ok. 747,7 tys. osób z nieprawidłową glikemią na czczo. W tym samym roku 5.330 osób zmarło z powodu tej choroby.
20. Z danych Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) wynika, że w 2022 r. cukrzyca typu 2 zajęła 8 miejsce wśród 10 najczęstszych chorób rozpoznawanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a jej udział w liczbie udzielanych świadczeń wyniósł 1,76% (rozpoznano cukrzycę u 2.942.644). W 2020 r. odnotowano największą liczbę dni absencji spowodowanych przez cukrzycę typu 2 (tj. 530 589 dni).

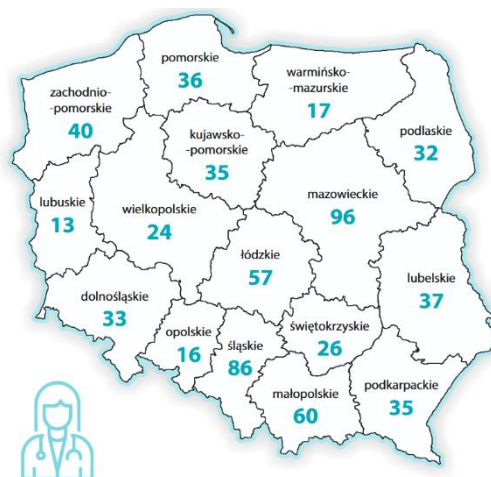
§ 3. Obecne postępowanie

1. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD), profilaktyka cukrzycy typu 2 w Polsce opiera się na wczesnej identyfikacji grup ryzyka, regularnych badaniach poziomu glukozy we krwi oraz edukacji w zakresie modyfikacji stylu życia.
2. Świadczenia gwarantowane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej ukierunkowane są na diagnostykę schorzeń, leczenie oraz usprawnienie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Badania laboratoryjne - między innymi oznaczenie glukozy, jak również test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1427 z późn. zm.).
3. Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez Narodowy Fundusz Zdrowia Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK) lub ogólnego pakietu profilaktycznego "Profilaktyka 40 PLUS" (ewentualnie w ramach powszechnych świadczeń lekarza POZ oraz dedykowanych programów profilaktyki cukrzycy typu 2).
4. Podczas leczenia osób przewlekle chorych z rozpoznaną potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą lekarz podstawowej opieki zdrowotnej monitoruje proces leczenia poprzez wykonanie niezbędnych dla tego celu badań diagnostycznych, spośród badań okresowych dla podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Chorzy na cukrzycę mogą korzystać z poradni diabetologicznych dla dorosłych i dzieci - średni przewidywany czas oczekiwania na wizytę w poradni diabetologicznej w ramach NFZ w Polsce wynosi 82 dni. W Toszku nie ma poradni diabetologicznej, czas oczekiwania na wizytę w Gliwicach wynosi około 137 dni¹⁴, w Chorzowie 71 dni, w Katowicach 72 dni, a w Pyskowicach 90 dni.

Rysunek 8

**Lekarze diabetolodzy zatrudnieni w placówkach
ochrony zdrowia według województw
i podstawowego miejsca zatrudnienia w 2022 r.**
(dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia)

źródło: stat.gov.pl



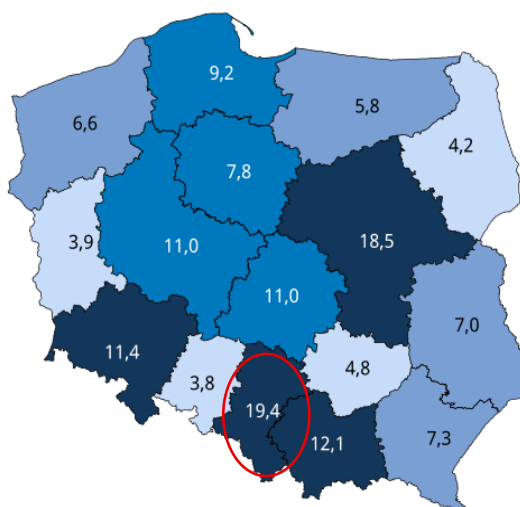
¹⁴ Stan na dzień 1 września 2026 r. zgodnie z informacjami przedstawionymi na stronie internetowej ogólnopolskiego informatora o czasie świadczeń medycznych, <http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/>, <https://swiatprzychodni.pl/specjalnosci/diabetolog/gliwice/>

§ 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

1. Cukrzyca jest jedyną w historii chorobą niezakaźną, która została uznana przez ONZ jako choroba epidemiczna. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) umieściła ją wśród najpoważniejszych zagrożeń naszego wieku. Na całym świecie na cukrzycę choruje ponad 371 mln ludzi. W Polsce według danych szacunkowych liczba ta może przekraczać nawet 3 mln. Szacuje się, że ponad 25% chorych w Polsce nie wie, że choruje na cukrzycę.
2. Chorobę rozpoznaje się najczęściej dopiero wraz z pojawieniem się jej powikłań. Zazwyczaj stopień zaawansowania cukrzycy jest już na tyle duży, że prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Tak szybkie rozprzestrzenianie się cukrzycy jest wynikiem niezdrowego trybu życia oraz w dalszym ciągu zbyt niskiej świadomości choroby w populacji.
3. Obecnie w Europie cukrzyca jest przyczyną jednego z dziewięciu przedwczesnych zgonów wśród osób dorosłych (w wieku 20–79 lat)¹⁵.
4. Współczynnik rejestrowanej zachorowalności na cukrzycę typu II jest najwyższy w województwie śląskim i wynosi on 19,4 tys. osób (6,5%).

Rysunek 9

Zapadalność według województwa zamieszkania pacjenta



źródło: mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa śląskiego,
opracowane na podstawie danych z GUS oraz NFZ

5. Ze względu na globalny wzrost zachorowań na cukrzycę (głównie typu II) Światowa Organizacja Zdrowia uznała to schorzenie za pierwszą niezakaźną epidemię na świecie. Miliony ludzi na świecie choruje na cukrzycę. Jeśli nic nie zostanie zrobione, liczba ta podwoi się tylko w ciągu jednego pokolenia. Dzisiejsza bezczynność w sprawie cukrzycy skazuje nasze dzieci na zły stan zdrowia w przyszłości. To właśnie przyszłe pokolenia będą domagać się wyjaśnienia, dlaczego przespaliśmy jedną z największych epidemii, jaką jest cukrzyca. ONZ w 2011 roku uznała, że cukrzyca może zabić ludzkość^{16,17}.

¹⁵ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016882272030139X>, dostęp 01.09.2026 r.

¹⁶ UN High - level Summit Unite Draft, Czerwiec 2011

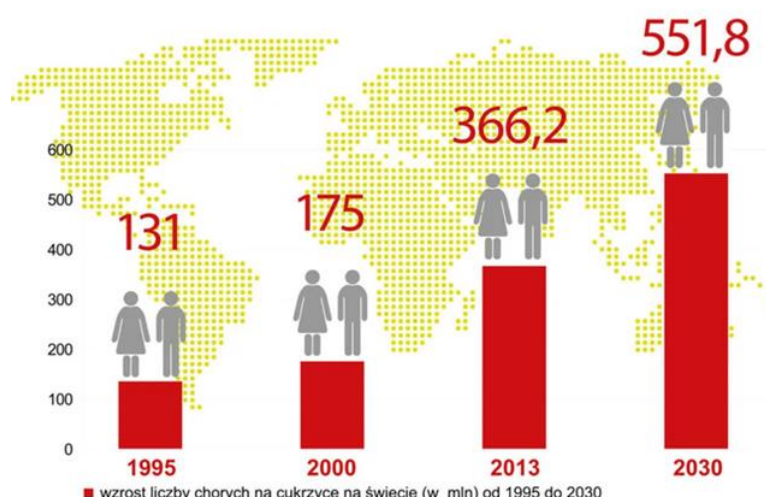
¹⁷ w wrześniu 2011 roku podczas nowojorskiego szczytu przyjęto przełomową Deklarację Polityczną w sprawie Chorób Niezakaźnych (NCDs). W dokumencie tym uznano cukrzycę (obok nowotworów,

Rysunek 10

Wzrost liczby chorych na cukrzycę
na świecie (w mln)
w latach 1995 - 2030

źródło:

<https://swiatlekarza.pl/cukrzyca-pandemia-xxi-wieku/>



6. W 2010 roku Koalicja na rzecz Walki z Cukrzycą wspólnie z TNS OBOP przeprowadziła ogólnopolskie badanie epidemiologiczne poświęcone epidemii cukrzycy w Polsce. Jest to pierwsze tego typu badanie, które nie tylko określa sytuację epidemiologiczną, ale także dostarcza szczegółowych informacji na temat faktycznej kondycji i potrzeb osób chorych na cukrzycę w Polsce. Zgodnie z wynikami w/w badania statystyczny chory na cukrzycę w naszym kraju to osoba między 50. a 70. rokiem życia posiadająca wykształcenie średnie, będąca rencistą lub emerytem, mieszkająca w małym mieście. Częściej jest to kobieta niż mężczyzna. Połowa pacjentów, którzy wzięli udział w badaniach, to osoby chorujące na cukrzycę dłużej niż 10 lat¹⁸. Dodatkowo niepokojącym zjawiskiem jest malejąca liczba poradni diabetologicznych, co w konsekwencji powoduje, iż wiele szczególnie starszych osób nie korzysta z wizyt u diabetologa. Ponadto brakuje we wszystkich regionach dostatecznej liczby diabetologów. Generalnie chorzy na cukrzycę mają zapewnioną opiekę szpitalną wysokospecjalistyczną, jednak liczba łóżek na oddziałach diabetologicznych nie odpowiada na rosnące potrzeby chorych. Ponadto konieczna jest poprawa warunków lokalowych wymagających doposażania istniejących oddziałów diabetologicznych, poradni, lub wymaga wymiany zużytego sprzętu, aparatury diagnostycznej i terapeutycznej¹⁹.
7. Potrzeba zahamowania niepokojąco rozprzestrzeniającej się cukrzycy zrodziła potrzebę stworzenia silnej reprezentacji środowisk diabetologicznych, która wspólnie zainspiruje Narody Zjednoczone do zainteresowania się tą chorobą, a konsekwencji do rezolucji, która pomoże w zahamowaniu epidemii cukrzycy w XXI wieku. W związku z powyższym zrodziły się inicjatywy lokalne potrzeb globalnych walki z cukrzycą²⁰.

chorób serca i płuc) za jedno z największych globalnych zagrożeń dla ludzkości, zdolne do wywołania katastrofy zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej

¹⁸ http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/blue_paper_raport_cukrzyca_to.pdf.pdf

¹⁹ Niebieska Karta cukrzycy – raport.

²⁰ „Rządy i Ministerstwa Zdrowia krajów Europy powinny przyjąć za swój obowiązek i stać się odpowiedzialnymi za stworzenie warunków, które umożliwiłyby znaczne ograniczenie wielkich strat z powodu cukrzycy i śmierci, jakie ona powoduje. Kraje te powinny formalnie uznać znaczenie problemów cukrzycy i wytworzyć środki do ich rozwiązania. Należy na szczeblach lokalnych, krajowych i europejskich stworzyć oraz formalnie opublikować plany zapobiegania, rozpoznawania i leczenia cukrzycy, a szczególnie jej powikłań – ślepoty, niewydolności nerek, zgorzeli i amputacji kończyn dolnych, nasilenia choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu” (Fragment przyjętej przez polski rząd Deklaracji z St. Vincent, 1989)

8. Międzynarodowi eksperci przestrzegają, że budżet żadnego państwa nie jest w stanie udźwignąć kosztów generowanych przez cukrzycę i jej powikłań, dlatego też niezbędne jest podejmowanie działań prowadzących do zmniejszenia liczby nowych zachorowań i wczesnego wykrywania schorzenia.
9. Uwzględniając art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej oraz deklarację z St. Vincent w sprawie opieki i badań diabetologicznych w Europie, dnia 14 marca 2012 roku parlament Europejski przyjął rezolucję z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie działania w walce z epidemią cukrzycy w Unii Europejskiej (Dz. U. UE z 2013 r. poz. C 251 E/09).
10. Na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych wskazują także dane epidemiologiczne, z których wynika, że w 2021 r. w Polsce cukrzycę odnotowano u ok. 2 667 tys. osób, nieprawidłową tolerancję glukozy u ok. 2.446,4 tys. osób, a nieprawidłową glikemię na czczo u ok. 747,7 tys. osób. Z powodu cukrzycy w 2021 r. w Polsce zmarło 5 330 osób (dane IDF). W mapach potrzeb zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 cukrzycę wskazano jako jeden z najbardziej istotnych problemów zdrowotnych w Polsce.
11. Obecne rekomendacje są zgodne w zakresie działań profilaktycznych nakierowanych na cukrzycę typu 2. Kluczowym elementem większości uwzględnionych rekomendacji jest modyfikacja stylu życia, a przede wszystkim redukcja masy ciała oraz zwiększenie poziomu aktywności fizycznej. Ponadto istotnym elementem prowadzenia działań profilaktycznych jest modyfikacja diety.
12. Eksperci kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w kierunku cukrzycy typu 2. Podkreślają, iż interwencje w zakresie profilaktyki tej choroby powinny w pierwszej kolejności skupiać się na modyfikacji stylu życia, a przede wszystkim zwiększaniu poziomu aktywności fizycznej.
13. Założenia niniejszego Programu są zgodne z:
 - 1) 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 programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2;
 - 2) Regionalną Polityką Zdrowotną Województwa Śląskiego, w której zwalczanie chorób cywilizacyjnych (w tym metabolicznych) stanowi jeden z głównych filarów operacyjnych;
 - 3) Narodowym Programem Ministerstwa Zdrowia – realizacja gminnego programu polityki zdrowotnej może wpływać bezpośrednio na realizację Celu Operacyjnego nr 1 NPZ – *Profilaktyka nadwagi i otyłości*. Ministerstwo Zdrowia regularnie podkreśla, że edukacja diabetologiczna i wczesna interwencja to klucz do ograniczenia powikłań i wydłużenia życia obywateli.Działania samorządu mogą uzupełnić centralne inicjatywy Ministerstwa Zdrowia i NFZ, takie jak program „Moje Zdrowie” (skupiony na wczesnym wykrywaniu chorób cywilizacyjnych u dorosłych) oraz podstawowy program profilaktyki CHUK (chorób układu krążenia, silnie powiązanych z cukrzycą) lub zachęcić mieszkańców do udziału w w/w lub innych programach zdrowotnych poprzez ich promocję.

Rysunek 9

Podstawowe dane statystyczne dotyczące
cukrzycy

źródło:
www.diabetyk.org.pl



14. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) możliwe jest wykonanie podstawowych testów w diagnostyce cukrzycy, tj:

- 1) pomiar stężenia glukozy we krwi;
- 2) stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
- 3) test obciążenia glukozą oraz badanie moczu z ilościowym oznaczeniem glukozy.

Pomiar stężenia glukozy jest także wykonywany w POZ, w ramach świadczenia „profilaktyka chorób układu krążenia”. Ponadto świadczenia gwarantowane w POZ obejmują opiekę koordynowaną z zakresu diagnostyki i leczenia stanów przedcukrzycowych albo cukrzycy w tym: porady kompleksowe, badania diagnostyczne (albuminurię, UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu), USG Doppler naczyń kończyn dolnych); konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne, konsultacje dietetyczne.

15. W przypadku świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dostępne są działania nakierowane na poradnictwo, diagnostykę oraz opiekę nad pacjentem z cukrzycą.

16. Obecnie w Polsce nie są realizowane ogólnopolskie programy profilaktyczne nacelowane wprost na zapobieganie cukrzycy typu 2. W 2023 r. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło pilotażowy program pt. „Recepta na Ruch”, wspierający pacjentów z problemami zdrowotnymi. Składa się z dwóch modułów:

- 1) treningi stacjonarne prowadzone przez fizjoterapeutę;
- 2) własna praca uczestnika z wykorzystaniem aplikacji „mojeIKP”.

W ramach pilotażu przewidziane są także konsultacje z dietetykiem, a w razie potrzeby – z psychologiem lub lekarzem specjalistą. Program w swych założeniach ma objąć 15 tys. osób po 25 r.ż. korzystających z aplikacji „mojeIKP”.

Rozdział 2

Cele Programu

§ 1. Cel główny Programu

Głównym celem niniejszego programu polityki zdrowotnej jest podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2 u co najmniej 80% uczestników działań edukacyjnych, ocenianego na podstawie wyników testu wiedzy przeprowadzonego przed rozpoczęciem i po zakończeniu działań edukacyjnych.

Główny cel Programu jest zgodny z zasadą **SMART**, co zostało przedstawione w sposób tabelaryczny w tabeli poniżej.

Tabela 1

Główny cel w oparciu o zasadę SMART

Kryterium SMART		Ocena	Uzasadnienie
S	specific (konkretny/ skonkretyzowany)	☑ Spełniony	Cel wskazuje, czego dotyczy zmiana – wiedzy na temat cukrzycy typu 2, w szczególności zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych. Wskazuje również grupę, której dotyczy – uczestników działań edukacyjnych
M	measurable (mierzalny)	☑ Spełniony	Wskazano konkretny poziom „co najmniej 80% uczestników”, co umożliwia ocenę realizacji celu. Problemem jest jednak brak definicji, co oznacza „wysoki poziom wiedzy” oraz jak zostanie określone „podniesienie lub utrzymanie” wiedzy. Należy to zdefiniować za pomocą testu wiedzy i określonego progu punktowego.
A	achievable (osiągalny)	☑ spełniony	Założenie osiągnięcia efektu u $\geq 80\%$ uczestników może być realistyczne w przypadku programu edukacyjnego, ale powinno być uzasadnione np. wynikami wcześniejszych edycji programu, literaturą lub założeniami ewaluacji.
R	relevant (istotny)	☑ Spełniony	Cel jest bezpośrednio związany z profilaktyką cukrzycy typu 2 i odpowiada działaniom edukacyjnym programu. Podnoszenie wiedzy dotyczącej czynników ryzyka i profilaktyki jest istotne z punktu widzenia zapobiegania chorobie.
T	time-bound (określony w czasie)	☑ Spełniony	Wskazano „w trakcie trwania programu”, ale nie określono konkretnego momentu pomiaru. Lepiej wskazać, że efekt będzie oceniany np. bezpośrednio po zakończeniu działań edukacyjnych lub w określonym czasie od ich zakończenia.

źródło: opracowanie własne

§ 2. Cele szczegółowe:

- 1) obniżenie wartości wskaźnika BMI wśród co najmniej 30% uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia;
- 2) zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród 60 % uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia;
- 3) zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród 30% uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia.

Sformułowane cele są zgodne z zasadą SMART:

S (skonkretyzowane) - cele szczegółowe programu są jasne, jednoznaczne i precyzyjnie określone. Zamiast ogólnych haseł, projekt skupia się na mierzalnych aspektach profilaktyki cukrzycy typu 2 (redukcja BMI, poprawa diety, wzrost aktywności fizycznej) oraz na wczesnym wykrywaniu choroby poprzez badania diagnostyczne. Działania skierowane są do konkretnej grupy docelowej – mieszkańców Gminy Toszek obarczonych czynnikami ryzyka (np. wiek, nadwaga, obciążenia rodzinne)

M (mieralne) - efekty programu będą weryfikowane za pomocą twardych, policzalnych wskaźników sukcesu: BMI zostanie zmierzone i obliczone na początku oraz na końcu programu (cel: spadek u min. 30% uczestników). Nawyki i aktywność: zmiana zostanie oceniona ilościowo za pomocą standaryzowanych ankiet wiedzy i zachowań zdrowotnych (pre-test i post-test) (cele: 60% i 30% uczestników). Wczesne wykrywanie: sukces mierzy się liczbą osób, które przeszły badania przesiewowe i otrzymały interpretację wyników oraz dalsze zalecenia medyczne

A (osiągalne) - założone progi efektywności (30% i 60%) są realistyczne i możliwe do osiągnięcia przy zastosowaniu odpowiednich narzędzi edukacyjnych i motywacyjnych. Cel ten zostanie zrealizowany dzięki zaangażowaniu profesjonalnego personelu (dietetyków, edukatorów diabetologicznych, fizjoterapeutów/trenerów) oraz zapewnieniu bezpłatnego, łatwego dostępu do badań laboratoryjnych na terenie Gminy Toszek

R (realne) - Program bezpośrednio odpowiada na kluczowy problem zdrowotny populacji, w tym mieszkańców Gminy Toszek. Cukrzyca typu 2 jest chorobą cywilizacyjną, która przez lata może rozwijać się bezobjawowo. Wczesne wykrycie zaburzeń gospodarki węglowodanowej (np. insulinooporności czy stanu przedcukrzycowego) oraz natychmiastowa modyfikacja stylu życia pozwalają na całkowite cofnięcie zmian lub znaczne opóźnienie rozwoju pełnoobjawowej choroby i jej groźnych powikłań

T (określone w czasie) - Program posiada sztywne ramy czasowe. Wszystkie działania edukacyjne, treningowe oraz badania profilaktyczne zostaną zrealizowane w trakcie trwania edycji programu. Ostateczna weryfikacja wszystkich założonych wskaźników (porównanie wyników badań i ankiet początkowych z końcowymi) zostanie przeprowadzona niezwłocznie po zakończeniu zaplanowanych działań interwencyjnych.

Dodatkowe „niemierzalne” cele będące efektem ubocznym Programu w dłuższej perspektywie (możliwe do weryfikacji dopiero po kilku latach od daty jego zakończenia):

- ✓ poprawa stanu zdrowia populacji Gminy Toszek;
- ✓ wzrost stopnia zgłaszalności na badania przesiewowe w kierunku cukrzycy, w szczególności poprzez ułatwianie dostępu do badań mieszkańcom z obszarów wiejskich;
- ✓ zwiększenie świadomości zdrowotnej poprzez edukację zdrowotną m.in. o objawach i profilaktyce cukrzycy typu II;
- ✓ zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków cukrzycy typu II oraz stanów przedcukrzycowych poprzez przeprowadzenie badań diagnostycznych (np. pomiar poziomu glukozy na czczo / HbA1c).

§ 3. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu:

Ocena skuteczności oraz stopnia realizacji założonych celów Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Gminy Toszek na lata 2027-2028 opiera się na systemie precyzyjnie dobranych mierników. Wskaźniki te pozwalają na bieżące monitorowanie postępów, a także na ostateczne, ilościowe i jakościowe podsumowanie rezultatów zdrowotnych oraz edukacyjnych uzyskanych przez uczestników. Zastosowane kryteria ewaluacji zostały podzielone na wskaźniki produktu, obrazujące skalę przeprowadzonych działań, oraz wskaźniki rezultatu, mierzące bezpośredni wpływ interwencji na styl życia, poziom wiedzy i parametry antropometryczne populacji objętej wsparciem. Zebrane w ten sposób dane stanowią kluczowy element weryfikacji trwałości i zasadności realizowanego programu zdrowotnego.

Tabela 2

Mierniki efektywności realizacji PPZ

Nazwa celu	Miernik	Wartość docelowa	Sposób weryfikacji
CEL GŁÓWNY			
podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2 u co najmniej 80% uczestników działań edukacyjnych, ocenianego na podstawie wyników testu wiedzy przeprowadzonego przed rozpoczęciem i po zakończeniu działań edukacyjnych	Odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy* z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy	zwiększenie wiedzy u $\geq 80\%$ uczestników działań edukacyjnych	narzędziem weryfikacji będzie standaryzowany test wiedzy (ankietowy), składający się z pytań zamkniętych jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru, obejmujący zakresem zachowania prozdrowotne, czynniki ryzyka oraz działania profilaktyczne w cukrzycy typu 2
Cele szczegółowe			
obniżenie wartości wskaźnika BMI wśród co najmniej 30% uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia	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 (wartość docelowa: obniżenie wagi o 10% względem wartości wyjściowej) (konieczne spełnienie co najmniej jednego z dwóch wyżej wymienionych kryteriów).	$\geq 30\%$ uczestników ze spadkiem BMI	Karta pomiarów antropometrycznych (waga i wzrost mierzone na początku i na końcu programu). Wszystkie pomiary antropometryczne wykonywane są w programie dwukrotnie. Brak pomiaru końcowego należy interpretować jako niespełnienie żadnego z ww. kryteriów.

Nazwa celu	Miernik	Wartość docelowa	Sposób weryfikacji
CEL GŁÓWNY			
zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 60% uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia	odsetek uczestników interwencji nacełowanej 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 uzyskanych na pierwszej wizycie.	≥60% uczestników, u których nastąpi poprawa nawyków żywieniowych	Porównanie wyników standaryzowanej ankiety nawyków żywieniowych (tzw. pre-test przed rozpoczęciem programu i post-test po jego zakończeniu). Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym spotkaniu i po zakończeniu interwencji np. po 2 miesiącach). Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów
zwiększenie aktywności fizycznej wśród co najmniej 60% uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia	odsetek uczestników interwencji nacełowanej 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 uzyskanych podczas pierwszej wizyty	≥60% uczestników, u których nastąpi zwiększenie poziomu aktywności fizycznej	Kwestionariusz oceny aktywności fizycznej przeprowadzony przed i po interwencji (np. po 2 miesiącach). Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów

źródło: opracowanie własne

Dodatkowe wskaźniki pomocnicze – pokazujące skalę działań:

- 1) liczba osób przebadanych, tj. liczba mieszkańców Gminy Toszek, u których wykonano badania diagnostyczne (np. poziom glukozy na czczo / HbA1c);
- 2) liczba osób objętych wsparciem: liczba uczestników, którzy ukończyli pełny cykl interwencji modyfikacji stylu życia (warsztaty z dietetykiem, zajęcia ruchowe);
- 3) liczba przeprowadzonych porad/warsztatów lub szkoleń, w tym również liczba godzin zrealizowanych warsztatów dietetycznych lub treningów grupowych.

Rozdział 3

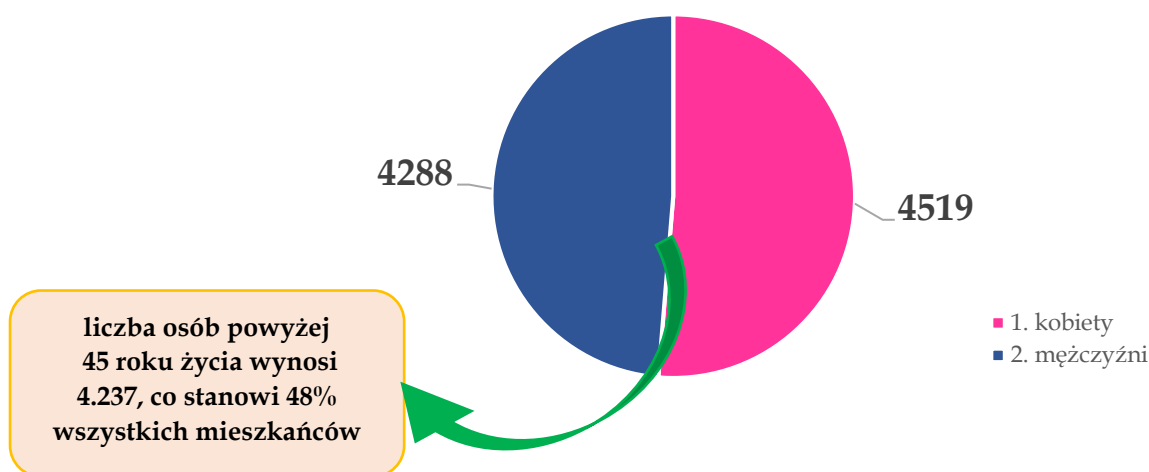
Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

§ 1. Populacja docelowa

1. Definicja oraz struktura populacji docelowej Programu są ściśle skorelowane z rodzajem planowanej interwencji zdrowotnej, zgodnie z wytycznymi Rekomendacji AOTMiT²¹.
2. Według danych demograficznych na dzień 2 września 2026 r. łączna liczba mieszkańców zameldowanych na pobyt stały i czasowy na terenie Gminy Toszek wynosi 8.807 osób²² i to z tej grupy, na podstawie określonych kryteriów włączenia, rekrutowani będą uczestnicy poszczególnych modułów programu.

Wykres 1

Liczba mieszkańców Gminy Toszek w podziale na płeć



źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku

3. Zależnie od charakteru podejmowanych działań, populację docelową podzielono na trzy komplementarne segmenty:
 - 1) **działania edukacyjno-informacyjne** - moduł edukacyjny kierowany jest do populacji ogólnej Gminy Toszek. Z uwagi na zróżnicowane uwarunkowania społeczne oraz zindywidualizowane potrzeby odbiorców, w ramach tej grupy wydzielone zostaną subpopulacje o spójnych potrzebach informacyjnych (np. dedykowane grupy wiekowe lub zawodowe). Działania edukacyjne będą prowadzone sukcesywnie na różnych obszarach i z wykorzystaniem wszystkich dostępnych metod rozpowszechniania informacji (ulotki, plakaty, informacje publikowane na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych, czy w gminnej gazecie samorządowej,

²¹ oczywiście mowa tutaj o Rekomendacji nr 7/2024 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji będącej podstawą opracowania niniejszego Programu

²² dane z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku

spotkania edukacyjne, cyklicznie organizowane eventy pro-zdrowotne lub przykładowo w postaci wystawienia namiotów profilaktycznych lub mobilnych punktów edukacyjnych podczas wydarzeń gminnych). Zarówno forma przekazu, jak i treść merytoryczna materiałów zostaną precyzyjnie dostosowane do specyfiki danej subpopulacji, a działania edukacyjne dla różnych grup mogą być realizowane równolegle;

- 2) **badania przesiewowe** - kwalifikacja do bezpłatnej diagnostyki laboratoryjnej (pomiar glikemii) opiera się na kryteriach medycznych i obejmuje mieszkańców Gminy Toszek spełniających co najmniej jeden z poniższych warunków:

- a) osoby powyżej 45. roku życia²³,
- b) osoby poniżej 45. roku życia wykazujące nadwagę lub otyłość, u których występuje co najmniej jeden dodatkowy czynnik ryzyka cukrzycy typu 2 (zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, dalej: „PTD”)²⁴
- c) osoby ze zdiagnozowanym wcześniej stanem przedcukrzycowym.

Wariant efektywności kosztowej: W przypadku ograniczeń budżetowych na etapie realizacyjnym, dostęp do badań przesiewowych podlegać będzie procedurze priorytetyzacji (zawężenia populacji). W pierwszej kolejności wsparciem objęte zostaną osoby ze zdiagnozowanym stanem przedcukrzycowym, w drugiej kolejności mieszkańcy powyżej 45. roku życia, a w dalszej – osoby poniżej 45. roku życia z nadwagą/otyłością i dodatkowym czynnikiem ryzyka wg PTD.

- 3) **interwencja w zakresie modyfikacji stylu życia** - ten najbardziej intensywny moduł programu (obejmujący wsparcie dietetyczne i aktywność fizyczną) skierowany jest do ściśle wyselekcjonowanej populacji pacjentów. Kryterium wejścia stanowi wykrycie nieprawidłowego poziomu glukozy we krwi (w toku badań przesiewowych realizowanych w programie) lub posiadanie wcześniejszego, udokumentowanego rozpoznania stanu przedcukrzycowego.

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

Kwalifikacja uczestników do Programu opiera się na strukturze trójstopniowej, ściśle uzależnionej od rodzaju planowanej interwencji zdrowotnej. Precyzyjne określenie kryteriów włączenia i wyłączenia pozwala na efektywne kierowanie zasobów projektu – od powszechnych działań edukacyjnych dla populacji ogólnej, po specjalistyczne badania przesiewowe i intensywną modyfikację stylu życia dla osób z grupy najwyższego ryzyka medycznego. Przedstawione w poniższej tabeli wytyczne są w pełni zgodne z zaleceniami AOTMiT oraz Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

²³ liczba mieszkańców gminy Toszek według stanu na dzień 2 września 2026 r. powyżej 45 roku życia wynosi 4.237 osób, co stanowi 48% mieszkańców

²⁴ czynniki ryzyka zostały opisane w pierwszym rozdziale Programu, dodatkowo szczegółowe kryteria wyłączenia wskazano w tabeli nr 3

Tabela 3

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia

Nazwa modułu (Segment interwencji)	Kryteria włączenia (kwalifikacja do udziału)	Kryteria wyłączenia	Metody realizacji
1 EDUKACJA (działania edukacyjno-informacyjne) 	populacja ogólna Gminy Toszek	brak (dostęp powszechny)	ulotki, plakaty, strona www, media społecznościowe, gazeta samorządowa, spotkania edukacyjne, eventy prozdrowotne, mobilne punkty edukacyjne itp.
2 DIAGNOSTYKA (badania przesiewowe/diagnostyka laboratoryjna) 	mieszkańcy Gminy Toszek spełniający minimum jeden warunek: a) osoby powyżej 45. roku życia; b) osoby poniżej 45. roku życia z nadwagą lub otyłością oraz min. jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka (wg wytycznych PTD) c) osoby z wcześniej zdiagnozowanym stanem przedcukrzycowym	– zdiagnozowana cukrzyca typu 2 – wykonanie badania przesiewowego podczas wizyty lekarskiej w POZ w ramach świadczeń gwarantowanych – pozostawanie pod opieką poradni diabetologicznej Kryterium priorytetyzacji (w przypadku ograniczeń budżetu): I stopień: osoby ze stanem przedcukrzycowym, II stopień: osoby powyżej 45 r.ż., III stopień: osoby poniżej 45 r.ż. z nadwagą/otyłością + czynnikiem ryzyka	bezpłatna diagnostyka laboratoryjna (pomiar glikemii/głukozy we krwi), badania BMI, analiza składu masy ciała
3 WSPARCIE INTENSYWNE Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia 	mieszkańcy Gminy Toszek, u których stwierdzono: a) nieprawidłowy poziom glukozy we krwi (wykryty w toku badań przesiewowych w programie) b) rozpoznano stan przedcukrzycowy	– osoby z wcześniej zdiagnozowaną, zaawansowaną lub leczoną farmakologicznie cukrzycą typu 2 (wymagające opieki specjalistycznej, a nie profilaktycznej); – osoby, które wzięły już udział w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia w ramach niniejszego Programu lub innego finansowanego ze środków publicznych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu	Indywidualne lub/i grupowe wsparcie dietetyczne, zaplanowana aktywność fizyczna (zajęcia ruchowe)

źródło: opracowanie własne na podstawie rekomendacji AOTMiT

§ 3. Planowane interwencje

1. Realizacja gminnego programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego profilaktyki wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 opiera się na strukturze wieloetapowej, łączącej działania edukacyjne, diagnostyczne oraz zindywidualizowane interwencje terapeutyczno-behawioralne. Wszystkie etapy zostały zaprojektowane w sposób komplementarny, zapewniając płynną ścieżkę uczestnika od budowania świadomości prozdrowotnej do specjalistycznego wsparcia medycznego.
2. Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia istnieją 2 kluczowe czynniki wczesnego wykrywania nowotworu oraz innych chorób, mianowicie:
 - 1) edukacja w zakresie promocji wczesnej diagnostyki;
 - 2) badania przesiewowe.

ETAP I: DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE

3. Działania informacyjno-edukacyjne kierowane są do jasno zdefiniowanych subpopulacji mieszkańców Gminy Toszek. Dopuszcza się równoległe prowadzenie więcej niż jednego etapu edukacyjnego, o ile dedykowane są one różnym grupom odbiorców (np. zróżnicowanie ze względu na wiek lub profil zawodowy). W celu maksymalizacji efektów i dotarcia do populacji, Gmina Toszek podejmie partnerską współpracę z podmiotami lokalnymi posiadającymi odpowiednie kompetencje i doświadczenie w obszarze edukacji zdrowotnej oraz pomocy społecznej, w szczególności z Ośrodkiem Pomocy Społecznej (OPS) oraz organizacjami pozarządowymi.
4. Kampania informacyjna zintegrowana jest z procesem aktywnej i wielokanałowej rekrutacji mieszkańców do kolejnych etapów programu. Działania te obejmują:
 - 1) wykonanie i rozwieszenie na terenie Gminy Toszek plakatów i/lub ulotek promocyjno-edukacyjnych o realizacji Programu
 - 2) umieszczenie informacji na stronie www.toszek.pl przez cały okres realizacji Programu;
 - 3) zamieszczenie informacji w gminnej gazecie samorządowej oraz w programie lokalnej telewizji współpracę z lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), którzy będą bezpośrednio kierować pacjentów z grup ryzyka do programu;
 - 4) rozpowszechnienie informacji o samym programie, możliwości udziału w nim oraz bezpośrednio opracowanych materiałów edukacyjnych w lokalizacjach dopasowanych do specyfiki lokalnej społeczności (zakłady pracy, kościoły, lokalne ośrodki zdrowia);
 - 5) zamieszczenie plakatów i/lub ulotek promocyjno-edukacyjnych w siedzibie realizatora/ realizatorów Programu;
 - 6) spotkania edukacyjne – przewiduje się zorganizowanie co najmniej jednego spotkania edukacyjno-informacyjnego w każdym roku jego realizacji. Liczba spotkań uzależniona będzie od możliwości finansowych. Przykładowy zakres tematyczny:
 - a) etiologia i powikłania: przyczyny powstawania oraz zdrowotne i społeczne skutki cukrzycy typu 2, w tym ryzyko rozwoju chorób współistniejących, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu sercowo-naczyniowego (CVD), istota choroby, różnice między cukrzycą typu 1, typu 2 a insulinoopornością;
 - b) medycyna stylu życia: korzyści z codziennego wdrażania działań profilaktycznych (aktywność fizyczna, racjonalna dieta, redukcja i kontrola masy ciała, regularne pomiary glikemii), praktyczne układanie jadłospisu, unikanie ukrytego cukru i wybór węglowodanów złożonych.

- c) wczesna diagnostyka: rola wczesnego wykrywania stanów przedcukrzycowych i korzyści wynikające z szybkiego podjęcia leczenia;
 - d) narzędzia samokontroli: nauka samodzielnej oceny ryzyka chorych – w tym praktyczna interpretacja wskaźnika BMI, prawidłowy pomiar stosunku obwodu talii do bioder (WHR) oraz zasady ciągłej samokontroli i samoopieki.
 - e) przygotowanie do badań: praktyczny instruktaż dotyczący prawidłowego przygotowania się do pobrania krwi w ramach etapu przesiewowego.
 - f) porady dla cukrzyków: „Techniczne ABC diabetyka” – warsztat z prawidłowej obsługi glukometru, techniki nakłuwania, interpretacji wyników oraz nowoczesnych systemów ciągłego monitorowania glukozy (CGM), prawidłowa technika iniekcji, rotacja miejsc wkłuć, przechowywanie insuliny oraz działanie leków doustnych.
5. Poza spotkaniami edukacyjnymi dopuszcza się także możliwość stworzenia „stref profilaktyki” podczas innych wydarzeń organizowanych przez gminy lub stworzenie jednodniowego wydarzenia poświęconego przykładowo wyłącznie profilaktyce cukrzycy podczas którego można by zarówno wykonać badania krwi, analizy składu masy ciała, jak i przeprowadzenie wykładów (szkoleń) oraz rozdysponowanie materiałów edukacyjnych. Zadanie to mogłoby zostać zrealizowane z wykorzystaniem mobilnego busa profilaktyki lub namiotów profilaktycznych.
6. W celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji wdrożona zostanie mnogość środków przekazu:
- 1) edukacja bezpośrednia i grupowa: wykłady stacjonarne, konferencje, szkolenia online, indywidualne porady podczas wizyt lekarskich oraz dedykowane stoiska edukacyjne (namioty profilaktyczne/mobilne punkty edukacyjne) podczas lokalnych eventów i wydarzeń gminnych;
 - 2) media i narzędzia promocyjne: wykorzystanie gminnej gazety samorządowej, strony internetowej Urzędu Miejskiego w Toszku, mediów społecznościowych (grafiki informacyjne) oraz nośników komunalnych i aplikacji miejskich/gminnych dedykowanych mieszkańcom;
 - 3) narzędzia przesiewowe w przestrzeni publicznej: kwestionariusze samooceny ryzyka cukrzycy, ulotki, wzory ankiet itp. będą powszechnie dostępne w placówkach POZ, aptekach, gabinetach stomatologicznych, urzędzie biblioteki, jednostkach organizacyjnych oraz kościołach, a uczestnicy będą zachęceni do ich wypełnienia;
 - 4) elementy motywacyjne: proces edukacyjny wspierany będzie premiowaniem wiedzy za pomocą gadżetów profilaktycznych (magnesy, breloki, książki, zabawki) wzmacniających zaangażowanie uczestników. W celu optymalizacji kosztowej oraz zapewnienia najwyższej jakości merytorycznej, program w pierwszej kolejności wykorzysta oficjalne, bezpłatne materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje państwowe (z zachowaniem praw autorskich):
 - a) Ministerstwo Zdrowia (gov.pl/web/zdrowie/cukrzyca) Serwis pacjent.gov.pl (sekcje dotyczące zapobiegania i życia z cukrzycą);
 - b) Narodowy Fundusz Zdrowia (portale Akademia NFZ oraz Diety NFZ – plany żywieniowe dla cukrzyków);
 - c) Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej NCEZ-PZH Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne (Sanepid)
7. Warunek formalny etapu: przystąpienie do działań edukacyjnych uwarunkowane jest obowiązkowym wypełnieniem testu wiedzy początkowej (pre-test), natomiast zakończenie udziału wymaga wypełnienia testu końcowego (post-test).

ETAP II: BADANIE PRZESIEWOWE (DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA)

II.1 Badania laboratoryjne

8. Zasadniczym elementem wczesnego wykrywania choroby jest diagnostyka laboratoryjna polegająca na profesjonalnym oznaczeniu stężenia glukozy na czczo w próbce krwi żyłnej. Krew musi zostać pobrana z zachowaniem rygoru profilu metabolicznego, tj. po upływie 8-14 godzin od momentu spożycia ostatniego posiłku.
9. Schemat interpretacji wyników i algorytm diagnostyczny wygląda następująco: w oparciu o wynik badania przesiewowego należy stwierdzić, czy u uczestnika występuje choroba. Glikemia na czczo:
- ✓ **70-99 mg/dl** (3,9-5,5 mmol/l) - **wynik prawidłowy** pozwala na wykluczenie obecności zaburzeń gospodarki węglowodanowej na tym etapie;
 - ✓ **100-125 mg/dl** (5,6-6,9 mmol/l) - **stan przedcukrzycowy** - stanowi wskazanie do natychmiastowego pogłębienia diagnostyki;
 - ✓ **≥126 mg/dl** (≥7,0 mmol/l) - **podejrzenie cukrzycy** - stanowi bezpośrednią podstawę do medycznego rozpoznania choroby i wdrożenia procedur leczniczych.
10. Procedura weryfikacyjna (Doustny Test Tolerancji Glukozy - OGTT): w przypadku uzyskania wyniku glikemii na czczo w przedziale 100-125 mg/dl, bądź w sytuacji, gdy pomimo wyniku poniżej 100 mg/dl u pacjenta występuje silne, uzasadnione klinicznie podejrzenie nieprawidłowej tolerancji glukozy, program finansuje test potwierdzający metodą OGTT. Pacjent otrzymuje pełną informację o procedurze i sposobie przygotowania do tego badania. Wynik stężenia glukozy w 120. minucie testu OGTT interpretowany jest następująco:
- 140-199 mg/dl (7,8-11,0 mmol/l) - potwierdzenie stanu przedcukrzycowego;
 - ≥200 mg/dl (≥11,1 mmol/l) - laboratoryjne potwierdzenie obecności cukrzycy typu 2.

II.2 Ewaluacyjna wizyta kontrolna

11. Każdy uczestnik po uzyskaniu wyników laboratoryjnych odbywa wizytę kontrolną, której celem jest lekarska interpretacja wskaźników oraz formalne zaaranżowanie dalszego postępowania:
- 1) w przypadku wykluczenia cukrzycy i stanu przedcukrzycowego (wynik prawidłowy), lekarz przeprowadza z pacjentem rozmowę na temat podstawowych zasad profilaktyki pierwotnej oraz przekazuje mu dedykowaną broszurę informacyjną;
 - 2) w przypadku wykrycia stanu przedcukrzycowego lub nieprawidłowej glikemii, pacjent jest automatycznie kwalifikowany i kierowany do Etapu III (intensywnej modyfikacji stylu życia);
 - 3) w przypadku potwierdzenia cukrzycy typu 2, pacjent otrzymuje pełną informację medyczną, kartę wyników oraz zostaje w trybie pilnym skierowany do poradni specjalistycznej lub lekarza POZ w celu rozpoczęcia standardowego leczenia farmakologicznego.

ETAP III: INTERWENCJA NACELOWANA NA MODYFIKACJĘ STYLU ŻYCIA

12. Forma przeprowadzenia interwencji powinna zostać uzależniona od indywidualnych potrzeb pacjentów. W trakcie interwencji dwukrotnie (na pierwszym spotkaniu oraz po ostatnim spotkaniu) wykonywane są pomiary antropometryczne z wyliczeniem BMI, aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych z wykorzystaniem zwalidowanych kwestionariuszy dotyczących nawyków żywieniowych (np. QEB, KomPAN) oraz poziomu aktywności fizycznej (np. IPAQ).
13. U osób z zaburzeniami poziomu glikemii należy wdrożyć ustrukturyzowany program z wykorzystaniem interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, która powinna zachęcać do poprawy nawyków żywieniowych oraz zwiększenia poziomu aktywności fizycznej poprzez:
 - 1) poradnictwo i/lub coaching zdrowotny,
 - 2) sesje i/lub poradnictwo żywieniowe/dietetyczne,
 - 3) poradnictwo związane z aktywnością fizyczną,
 - 4) poradnictwo antynikotynowe w tym zalecenia porzucenia nałogu palenia tytoniu i e-papierosów,
 - 5) jasno określone cele dotyczące redukcji wagi i sposobów na jej osiągnięcie.
14. Interwencja powinna być realizowana w formie konsultacji indywidualnych lub grupowych (maksymalnie 15 osób) istnieje także możliwość zastosowania formy połączonej tj. konsultacji indywidualnej i grupowej. Forma przeprowadzenia interwencji powinna zostać uzależniona od indywidualnych potrzeb pacjentów. Zaleca się, aby grupy programowe spotykały się co najmniej 3 razy w ciągu 12 miesięcy.
15. Należy prowadzić działania edukacyjne oraz poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ czynników ryzyka cukrzycy, w tym:
 - 1) nadwagi/otyłości,
 - 2) braku/niskiego poziomu aktywności fizycznej.
 - 3) siedzącego trybu życiaWszystkim osobom z nadwagą lub otyłością należy doradzać redukcję masy ciała o co najmniej 10%, i jej utrzymanie.

Aktywność fizyczna:

16. Należy zachęcać 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, 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, szybki marsz [np. 30 min szybkiego marszu 5 razy w tygodniu; energiczny (4,8-6,4 km/h), bardzo energiczny (>6,4 km/h)].

Modyfikacja diety:

17. Wszystkim osobom z cukrzycą typu 2 oraz stanem przedcukrzycowym powinno się oferować porady żywieniowe pod kierunkiem wykwalifikowanego dietetyka.

18. Należy wdrożyć działania z zakresu modyfikacji diety, w tym:

- ograniczenie kaloryczności spożywanych pokarmów,
- zmniejszenie całkowitego spożycia tłuszczów oraz tłuszczów nasyconych,
- zwiększenie spożycia nabiału, błonnika, warzyw, roślin strączkowych, owoców, drobiu, ryb oraz pełne ziarna i orzechy,
- redukcja ilości spożywanego czerwonego, przetworzonego mięsa, rafinowanych zbóż i produktów smażonych,
- ograniczenie spożycia soli i cukru,
- stosowanie określonych modeli żywieniowych, m.in. diety DASH, diety śródziemnomorskiej, alternatywnej diety zdrowego odżywiania (AHEI), diety wegetariańskiej i wegańskiej.

§ 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

1. 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.
2. Wszelkie świadczenia zdrowotne realizowane w ramach niniejszego Programu będą udzielane uczestnikom bezpłatnie. By móc wziąć udział w badaniach wystarczy zgłosić się do placówki medycznej realizującej Program (tj. do realizatora Programu).

§ 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Wyróżnia się następujące sposoby zakończenia udziału w niniejszym Programie:

- 1) w przypadku osób, u których na podstawie badań przesiewowych nie zostaną stwierdzone zaburzenia poziomu glikemii udział w PPZ kończy się na etapie badania przesiewowego,
- 2) w przypadku osób, u których na podstawie badań przesiewowych zostanie stwierdzona cukrzyca udział w PPZ kończy się na etapie badania przesiewowego, a uczestnik zostaje skierowany do lekarza POZ,
- 3) 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 pomiarów antropometrycznych, wypełnieniu kwestionariusza IPAQ i QEB po zakończeniu udziału w interwencji nacelowanej na styl życia (np. po 2 miesiącach),
- 4) zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ – możliwe jest odstąpienie od uczestnictwa w programie w każdym momencie jego trwania.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

Rozdział 4

Organizacja Programu

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

Etap 1: PRZYGOTOWANIE I KWALIFIKACJA FORMALNA

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. ✓
2. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust. 2 ustawy oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. ✓
3. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm., dalej: „ustawa”).

Etap 2: WYŁONIE NIE REALIZATORA PROGRAMU

4. Wyłonienie realizatora (lub realizatorów) Programu w drodze otwartego konkursu ofert, ogłoszonego na podstawie art. 48 ust. 4 ustawy z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156 z późn. zm.) oraz zgodnie z zasadą równego traktowania, uczciwej konkurencji poprzez:
 - 1) ogłoszenie przez Burmistrza Toszka otwartego konkursu ofert na wybór realizatora/realizatorów Programu;
 - 2) powołanie przez Burmistrza Toszka Komisji Konkursowej;
 - 3) przeanalizowanie złożonych ofert przez Komisję Konkursową i przedstawienie Burmistrzowi Toszka propozycji wyboru realizatora/realizatorów Programu;
 - 4) ogłoszenie przez Burmistrza Toszka wyników otwartego konkursu ofert;
 - 5) zawarcie umowy(-ów) z wyłonionym(-nymi) w drodze otwartego konkursu ofert realizatorem/realizatorami Programu.

Etap 3: AKCJA PROMOCYJNA I REKRUTACJA UCZESTNIKÓW

5. Uruchomienie akcji informacyjnej mającej na celu dotarcie do mieszkańców. Reklama Programu prowadzona będzie m.in. na oficjalnej stronie internetowej samorządu www.toszek.pl oraz za pośrednictwem innych dostępnych kanałów informacyjnych, tj. media społecznościowe, gminna gazeta samorządowa, plakaty, ulotki i inne.
6. Bieżące przyjmowanie zgłoszeń i formalne zakwalifikowanie mieszkańców do udziału w Programie. Weryfikacja odbywa się na podstawie ustalonych kryteriów włączenia i wyłączenia, z wykorzystaniem dedykowanej ankiety kwalifikującej.
7. Opracowywanie i kolportaż materiałów edukacyjno-informacyjnych.
8. Wybór realizatorów części edukacyjnej (przeprowadzenie szkoleń, spotkań profilaktycznych, warsztatów z dietetykiem, namioty profilaktyczne, wykłady, organizacja mini wydarzeń sportowych, np. zajęć fitness, czy nordic walking) – wybór realizatorów części edukacyjnej będzie odbywał się na podstawie wewnętrznego Regulaminu udzielania zamówień podprogowych (działania te nie obejmują zakupu usług zdrowotnych, więc nie ma konieczności stosowania ustawy).
9. Promocja organizowanych na terenie gminy wydarzeń sportowych lub/i udział w tych wydarzeniach realizatora (realizatorów) Programu oraz przedstawicieli urzędu zaangażowanych w jego realizację celem promocji nie tylko samego programu, ale przede wszystkim aktywnego stylu życia, aktywnych form spędzania wolnego czasu oraz kształtowania zdrowych nawyków.

Etap 4: REALIZACJA INTERWENCJI MEDYCZNYCH I EDUKACYJNYCH

10. Przeprowadzenie opisanych w programie bezpośrednich interwencji zdrowotnych u zakwalifikowanych pacjentów, realizowanych przez personel medyczny wyłonionego podmiotu:

- 1) wizyta lekarska - przeprowadzenie ogólnego badania pacjenta przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, połączone z zebraniem szczegółowego wywiadu medycznego (ze szczególnym uwzględnieniem obecności czynników ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2);
- 2) mini-interwencja edukacyjna - przeprowadzenie krótkich, zindywidualizowanych działań edukacyjno-informacyjnych z zakresu profilaktyki cukrzycy bezpośrednio podczas trwania wizyty lekarskiej;
- 3) diagnostyka laboratoryjna - wykonanie badania hemoglobiny glikowanej (HbA1c) jako kluczowego markera diagnostycznego. W celu maksymalizacji efektywności medycznej i kosztowej, do badań laboratoryjnych w pierwszej kolejności kierowane będą osoby wykazujące najwyższy stopień ryzyka zachorowania. W przypadku uzyskania wyniku glikemii na czczo w przedziale 100–125 mg/dl, bądź w sytuacji, gdy pomimo wyniku poniżej 100 mg/dl u pacjenta występuje silne, uzasadnione klinicznie podejrzenie nieprawidłowej tolerancji glukozy, program finansuje test potwierdzający metodą OGTT;
- 4) konsultacja i decyzja medyczna - odebranie wyników badań laboratoryjnych przez pacjenta i ich ponowna ocena podczas lekarskiej wizyty konsultacyjnej, połączona z ewentualnym wydaniem skierowania na dalsze leczenie specjalistyczne w przypadku wykrycia zaawansowanego stadium choroby.

Etap 5: MONITORING, SPRAWOZDAWCZOŚĆ I EWALUACJA

11. Bieżący monitoring - systematyczne zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających kontrolę jakości i późniejszą ewaluację. Monitoring opiera się na przekazywaniu Burmistrzowi Toszka przez realizatora/realizatorów pisemnych sprawozdań o liczbie zgłoszonych osób oraz o stopniu zrealizowania poszczególnych punktów programu (w tym zbiorczych wyników wywiadów lekarskich, ankiet kwalifikujących oraz wykonanych badań).
12. Ocena okresowa: przygotowanie oficjalnego raportu z realizacji działań w danym roku budżetowym.
13. Formalne zakończenie realizacji operacyjnej PPZ oraz jego końcowe rozliczenie.
14. Przeprowadzenie całościowej ewaluacji programu po zakończeniu jego realizacji. Opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz z załączoną pierwotną wersją PPZ, która została wdrożona do realizacji.).

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

1. W celu zapewnienia najwyższej jakości usług świadczonych na rzecz mieszkańców gminy Toszek w ramach niniejszego programu należy określić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, jakie powinni spełniać potencjalni realizatorzy.

Tabela 4

 Wymagania dotyczące personelu

Etap Programu/ działania		Wymagane kwalifikacje / Personel
działania edukacyjne		dietetyk, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego posiadający doświadczenie przeprowadzania zajęć edukacyjnych dotyczących cukrzycy. Ro także mogą być firmy szkoleniowe , przedstawiciele organizacji pozarządowych działających w sferze ochrony i promocji zdrowia, to również mogą być firmy medyczne i operatorzy innych programów zdrowotnych, specjalizujący się w tzw. medycynie mobilnej poprzez organizację plenerowych wydarzeń „Miasteczka Zdrowia” (np. podczas festiwalu, pikników czy wydarzeń gminnych), w których wykorzystuje namioty medyczne oraz specjalistyczne pojazdy
badania przesiewowe	badania laboratoryjne	pielęgniarka (przeprowadzanie badania laboratoryjnego)
	wizyta kontrolna	lekarz
interwencja naceLOWANA na modyfikację stylu życia		dietetyk, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego posiadający doświadczenie w przeprowadzaniu interwencji naceLOWanej na modyfikację stylu życia, trenerzy personalni, być może lokalni influencerzy posiadający wykształcenie i wiedzę medyczną/ dietetyczną

źródło: opracowanie własne

 2. **Wymagania sprzętowe i wyposażenie:** szczegółowy wykaz wyposażenia i sprzętu medycznego zostanie określony w otwartym konkursie ofert na wybór realizatora (realizatorów) programu. Wśród kluczowych wymogów wstępnych znajdują się:

- 1) punkt pobrań: dysponowanie miejscem poboru materiału do badań krwi, które spełnia wymagania określone w rozporządzeniu dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 2) zaplecze laboratoryjne: dysponowanie własnym laboratorium lub posiadanie podpisanej umowy z zewnętrznym laboratorium na cały okres realizacji programu. Posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001
- 3) status prawny laboratorium: posiadanie przez laboratorium wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL), potwierdzonego stosownymi dokumentami.

 3. **Warunki lokalowe:** brak szczególnych wymogów lokalowych – placówka musi spełniać ogólne standardy przewidziane dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402),

- 2) wskaźniki efektów zdrowotnych (jakościowe/medyczne):
 - 1) liczba osób, które uzyskały poprawę wskaźnika BMI (pomiar przed vs po zakończeniu interwencji);
 - 2) liczba osób, u których odnotowano redukcję masy ciała o co najmniej 10% względem wagi wyjściowej;
 - 3) liczba osób, u których w toku programu zdiagnozowano cukrzycę typu 2;
 - 4) liczba osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2, które zostały skierowane na dalsze leczenie do lekarza POZ;
- 3) wskaźniki utraty i rezygnacji z kohorty (efektywność procesu):
 - a) liczba osób nieobjętych PPZ z powodów zdrowotnych lub innych, wraz ze szczegółowym wskazaniem tych powodów;
 - b) liczba osób, które przedwcześnie zrezygnowały z udziału w programie, wraz z podaniem przyczyny rezygnacji.
- 4) ocena jakości świadczeń (ewaluacja satysfakcji): każdemu uczestnikowi programu będzie zapewniona możliwość anonimowego wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena ankietowa może być nadzorowana lub przeprowadzona przez eksperta zewnętrznego. Realizator ma obowiązek wyliczyć zbiorczy wskaźnik jakości: wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet. Wynik ten musi zostać przedstawiony w raporcie końcowym z realizacji programu.

§ 2. Ewaluacja

1. Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.
2. W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.
3. W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:
 - 1) odsetka osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2,
 - 2) odsetka osób z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI do wartości $<25 \text{ kg/m}^2$,
 - 3) odsetka osób z nadwagą lub otyłością, u których doszło do redukcji masy ciała o co najmniej 10%,
 - 4) odsetka osób deklarujących zmianę nawyków żywieniowych zgodnie z informacjami uzyskanymi w ramach programu,
 - 5) odsetka osób deklaruujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej,
 - 6) odsetka osób skierowanego na leczenie w związku z wykryciem cukrzycy w ramach programu,
 - 7) odsetka osób, u których aktywność fizyczna wzrosła do 150 min. tygodniowo,
 - 8) odsetka osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2.

4. Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:
 - 1) porównanie współczynnika chorobowości na cukrzycę typu 2 w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
 - 2) porównanie współczynnika zapadalności na cukrzycę typu 2 w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.
5. Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.
6. Ocena jakości świadczeń będzie dokonywana przez merytorycznego pracownika Urzędu Miejskiego Toszku na podstawie:
 - 1) uwag zgłaszanych do realizatora/ realizatorów programu lub do Urzędu Miejskiego w Toszku - możliwość zgłaszania takich uwag zostanie zamieszczona na plakatach promocyjno-edukacyjnych;
 - 2) ankiet ewaluacyjnych oceniających stan wiedzy adresatów programu przed i po przystąpieniem do Programu;
 - 3) ankiet zadowolenia z świadczonych usług w ramach Programu.

Rozdział 6

Budżet programu

§ 1. Koszty jednostkowe

1. Biorąc pod uwagę dotychczasową frekwencję mieszkańców gminy w innych realizowanych dotychczas programach polityki zdrowotnej oraz ogólnopolskie dane statystyczne²⁵ przewiduje się, że:
 - a) w części diagnostycznej (badania przesiewowe) w Programie weźmie udział zaledwie 15% populacji kwalifikującej się do programu, tj. około 640 osób²⁶;
 - b) w części edukacyjnej udział weźmie co najmniej 2.000 osób²⁷.

²⁵ odsetek mieszkańców biorących udział w gminnych programach polityki zdrowotnej jest bardzo niski i zazwyczaj wynosi od ułamka procenta do 3% populacji danej gminy (źródło: raport Najwyższej Izby Kontroli). Realny odsetek zgłaszalności (uczestnictwa w programie) na poziomie wybranej grupy docelowej w skali roku według AOTMiT wynosi od 5% do 15% wybranej grupy.

²⁶ jak wskazano w rozdziale 3 niniejszego programu do części diagnostycznej „z automatu” kwalifikują się wszystkie osoby powyżej 45. roku życia, których w gminie jest 4.237. Znaczna część z tej grupy wiekowej zapewne ma już stwierdzoną cukrzycę, inna część nie będzie zainteresowana udziałem w Programie lub weźmie/wzięła udział w programie ministerialnym

²⁷ działania promocyjno-edukacyjne będą prowadzone na wysoką skalę z wykorzystaniem wszystkich dostępnych środków komunikacji z mieszkańcami. Liczba 2.000 odnosi się do nakładu gminnej gazety samorządowej, w której będą zamieszczane cyklicznie stosowne materiały

Tabela 5

Zestawienie kosztów Programu w trakcie jego realizacji (2 lata)

Lp.	Nazwa działania (kosztu)	Liczba	Koszt jednostkowy danego działania (w zł)	Suma kosztów
1	2	3	4	5 (3x4)
Moduł I - edukacja²⁸				
1.	działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, ewentualne koszty zakupu ogłoszeń prasowych w prasie regionalnej, opracowanie graficzne, wydruk wraz z dostawą materiałów promocyjno-informacyjnych tj. plakaty, ulotki, ewentualnie koszty zakupów materiałów promocyjnych promujących program np. breloków, parasolek, słodczy reklamowych itp.	1 (jedno ciągle działanie)	6.000,00	6.000,00 <i>-koszt pośredni</i>
2.	koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców (pozostałych Adresatów Programu), tj. dorosłych mieszkańców Gminy Toszek (w tym wynagrodzenie firmy szkoleniowej lub lekarza/specjalisty przeprowadzającego szkolenie (wykład), mini-poczęstunek, ewentualny wynajem sali konferencyjnej/szkoleniowej)	2 (minimalna liczba szkoleń realizowanych w trakcie całego Programu)	5.000,00	10.000,00 <i>- koszt bezpośredni</i>
3.	organizacja „dnia profilaktyki cukrzycy” – wydarzenia polegającego na promocji zdrowego stylu życia, kształtowaniu dobrych nawyków, połączonych z wykładami, badaniami podstawowymi (badania krwi, analiza masy i składu ciała) itp.	2 (minimalna liczba wydarzeń realizowanych w trakcie całego Programu)	18.500,00	37.000,00 <i>- koszt bezpośredni</i>
4.	ewentualnie wysłanie pocztą indywidualnych pisemnych zaproszeń do udziału w Programie (tylko w przypadku bardzo niskiej aktywności) do połowy osób kwalifikującej się do części diagnostycznej	320 (połowa z 640)	4,90 (koszt wysyłki listu zwykłego)	1.568,00 <i>- koszt pośredni</i>
SUMA KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ MODUŁU I - EDUKACJA (wartość szacunkowa – orientacyjna)				54.568,00
Moduł II - diagnostyka				
5.	koszt badania diagnostycznego w kierunku wykrycia cukrzycy typu II – tj. przeprowadzenie badania hemoglobiny glikowanej (HbA1c) ceny podmiotów prywatnych, tj. świadczących usługi poza kontraktem z NFZ wynoszą średnio 30 zł)	640	30,00	19.200,00 <i>- koszt bezpośredni</i>

²⁸ Działania nami edukacyjnymi zostanie objętych co najmniej 2.000 osób

Lp.	Nazwa działania (kosztu)	Liczba	Koszt jednostkowy danego działania (w zł)	Suma kosztów
1	2	3	4	5 (3x4)
6.	wykonanie testu OGTT (krzywej cukrowej) (ceny podmiotów prywatnych, tj. świadczących usługi poza kontraktem z NFZ wynoszą od 25 do 75 zł) Zakłada się, że rozszerzenie badania krwi o krzywą cukrową nastąpi u 5% osób u których to badanie krwi było wykonywane	35	50,00	1.750,00 - koszt bezpośredni
7.	Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej (diagnostyczno-terapeutyczno-edukacyjnej)	640	100	64.000,00 - koszt bezpośredni
8.	Koszty administracyjne związane z obsługą Programu przez wyłonionych w drodze otwartych konkursów ofert Realizatorów Programu związane w szczególności ze sporządzeniem i wydrukiem niezbędnych formularzy (oświadczenia o wyrażeniu zgodny na udział w programie, formularze zgłoszeniowe, wyniki pomiarów, obsługa techniczna, artykuły piśmiennicze, koszty związane ze sporządzeniem półrocznych i rocznych sprawozdań do Burmistrza itp.)	640	10	6.400,00 - koszt bezpośredni
SUMA KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ MODUŁU II - DIAGNOSTYKA (wartość szacunkowa - orientacyjna)				91.350,00
Koszty interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia				
9.	Koszt konsultacji dietetycznej połączonej z analizą składu ciała, wyznaczeniem wskaźnika BMI, wywiadem żywieniowym, wstępnymi zaleceniami (szacuje się, że od 5 do 7% osób kwalifikujących się do programu)	45 osób (7% z 640)	200	9.000,00 - koszt bezpośredni
10	Organizacja zajęć/ bloków sportowych podczas różnego rodzaju wydarzeń (w pierwszej kolejności gmina nawiąże współpracę z organizacjami pozarządowymi oraz spróbuje nawiązać współpracę z trenerami/ instruktorami różnego rodzaju sportu w ramach wolontariatu). Minimalna stawka ją należy liczyć to 1.500 zł za event	3 (minimalna liczba zajęć sportowych w trakcie trwania programu, każde dla grupy około 15-20 osób, czas trwania od 30 minut do godziny)	1.500,00	4.500,00 - koszt bezpośredni
SUMA KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ INTERWENCJI NACELOWANEJ NA MODYFIKACJĘ STYLU ŻYCIA				13.500,00

Lp.	Nazwa działania (kosztu)	Liczba	Koszt jednostkowy danego działania (w zł)	Suma kosztów
1	2	3	4	5 (3x4)
Monitorowanie i ewaluacja Programu				
11.	Koszty ewaluacji końcowej – koszty opracowania dokumentacji porównawczej (statystycznej) w oparciu o porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu ze stanem po jego ukończeniu z wykorzystaniem wybranych mierników efektywności. Dokumentacja zostanie opracowana przez wyznaczonego pracownika Urzędu. Koszty wskazane w tej pozycji tabeli związane są z kosztami zakupu artykułów biurowych (głównie papier) oraz materiałów eksploatacyjnych (toner) – łączne koszty: 4.0000,00 zł	łączne koszty około 4.000,00 zł		4.000,00 <i>-koszt pośredni</i>
ŁĄCZNIE (SUMA WSZYSTKICH KOSZTÓW)				163.418,00

źródło: opracowanie własne

- Wskazane w tabeli dane są orientacyjne i szacunkowe. Dopiero po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert na wybór realizatora części diagnostycznej będzie można ocenić realność w/w stawek oraz dokonać ewentualnych zmian w budżecie lub samym programie. Liczba uczestników zależy od zgłaszalności do programu. Na dzień jego sporządzenia wiele danych jest niemożliwych do przewidzenia.
- Przewidywany koszt jednostkowy realizacji Programu wyniesie około 81,70 zł brutto dla uczestnika wszystkich modułów (163.418,00 zł : 2.000 osób).

Tabela 6

Zestawienie kosztów jednostkowych uczestników programu

Lp	Nazwa działania (kosztu)	Liczba	Koszt jednostkowy (w zł)	Suma kosztów (w zł)
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
KOSZTY POŚREDNIE				
1.	Koszty administracyjne i obsługa Programu (w tym: obsługa techniczna, artykuły piśmiennicze, przygotowanie, skład i wydruk oświadczeń, formularzy zgłoszeniowych, wyników pomiarów oraz sporządzanie sprawozdań rocznych/półrocznych do Burmistrza Toszka)	640	10,00	6.400,00
2.	Koszty personelu obsługowego oraz zarządzania (wytworzenie, przygotowanie i wysyłka tradycyjną pocztą pisemnych zaproszeń dla 320 adresatów w przypadku niskiej frekwencji)	320	4,90	1.568,00
3.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (opracowanie graficzne, druk i dostawa plakatów oraz ulotek; zakup ogłoszeń w prasie regionalnej; materiały promocyjne: breloki, parasolki, słodczyce reklamowe promujące badania) (działanie ciągłe)	1 (działanie ciągłe)	6.000,00	6.000,00

Lp	Nazwa działania (kosztu)	Liczba	Koszt jednostkowy (w zł)	Suma kosztów (w zł)
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4.	Koszty ewaluacji końcowej i monitorowania(koszty zakupu materiałów biurowych, papieru i tonerów do eksploatacji przy sporządzaniu zbiorczej dokumentacji statystyczno-porównawczej przez wyznaczonego pracownika Urzędu)	1 ryczałt	4.000,00	4.000,00
Suma kosztów pośrednich				17.968,00
KOSZTY BEZPOŚREDNIE				
1.	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja” a)przygotowanie i realizacja 2 wykładów/szkoleń dla dorosłych mieszkańców (wynagrodzenie trenera/lekarza, wynajem sali, mini-poczęstunek)	2 szkolenia	5.000,00	10.000,00
	b)organizacja 2 edycji masowego „Dnia Profilaktyki Cukrzycy” (promocja stylu życia, stanowiska pomiarowe, analizatory składu ciała)	2 eventy	18.500,00	37.000,00
2.	Koszt przeprowadzenia etapu „Badania przesiewowe i diagnostyka” a)podstawowe badanie laboratoryjne krwi: hemoglobina glikowana (HbA1c)	640 osób	30,00	19.200,00
	b)rozszerzenie diagnostyki o test obciążenia glukozą - OGTT (krzywa cukrowa dla zakładanych 5% populacji badanej)	35 osób	50,00	1.750,00
	c)lekarska wizyta podsumowująca (diagnostyczno-terapeutyczno-edukacyjna)	640 osób	100,00	64.000,00
3.	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia” a)indywidualne konsultacje dietetyczne (wywiad, BMI, analiza składu ciała, zalecenia dla szacowanych 7% grupy diagnostycznej)	45 osób	200,00	9.000,00
	b)organizacja 3 dedykowanych bloków/zajęć sportowych przy współpracy z NGO i trenerami-wolontariuszami	3 zajęcia	1.500,00	4.500,00
Suma kosztów bezpośrednich				145.450,00
SUMA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU				163.418,00

źródło: opracowanie własne

- Łączny szacowany koszt realizacji Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2 wynosi **163 418,00 zł brutto**. Konstrukcja budżetu opiera się na podziale kosztów na bezpośrednie i pośrednie, zgodnie z aktualnymi wytycznymi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), co zapewnia przejrzystość i efektywność wydatkowania środków publicznych.
- Koszty bezpośrednie (145.450,00 zł – ok. 89% budżetu): Główny strumień finansowania został skierowany na świadczenia medyczne i działania skierowane bezpośrednio do mieszkańców Gminy Toszek. Największą pozycję stanowią koszty modułu diagnostycznego (wykonanie u 640 osób badań HbA1c, u 35 osób testów OGTT oraz przeprowadzenie 640 lekarskich wizyt podsumowujących), co pochłonie 84.950,00 zł. Na działania edukacyjne (szkolenia oraz masowe „Dni Profilaktyki Cukrzycy”) zaplanowano 47.000,00 zł.

6. Koszty pośrednie (17.968,00 zł – ok. 11% budżetu): Środki te zabezpieczają prawidłowe wdrożenie, promocję oraz zarządzanie programem. Obejmują one koszty szeroko zakrojonej kampanii informacyjno-promocyjnej, dystrybucję zaproszeń oraz bieżącą obsługę administracyjną i sprawozdawczość realizatorów medycznych.
7. Zgodnie z wymogami formalnymi zawartymi w Rekomendacji Prezesa AOTMiT, wydatki na monitorowanie i ewaluację końcową (zakup materiałów eksploatacyjnych dla pracownika Urzędu przygotowującego raport porównawczy) zostały precyzyjnie wydzielone. Kwota ta stanowi ok. 2,45% całkowitego budżetu, co w pełni spełnia kryterium ustawowe nakazujące, aby koszty te nie przekraczały 10% wartości całego PPZ.
8. Przedstawiony plan finansowy gwarantuje pełną realizację założonych celów zdrowotnych przy zachowaniu optymalnego wskaźnika opłacalności kosztowej w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika.

§ 2. Planowane koszty całkowite

Na realizację Programu w budżecie Gminy Toszek została zabezpieczona kwota w wysokości minimum 85.000,00 zł rocznie. Całe zadanie zostanie wprowadzone do Wieloletniej Prognozy Finansowej i w przypadku konieczności zmiany (zwiększenia) limitu środków) zostanie ona dokonana niezwłocznie.

Koszty całkowite Programu prezentują się następująco

Tabela 7

Koszty całkowite Programu

rok realizacji	koszt całkowity
2027	81.709,00
2028	81.709,00
Koszt całkowity	163.418,00

źródło: opracowanie własne

§ 3. Źródła finansowania,

1. Całość Programu zostanie sfinansowana z budżetu Gminy Toszek.
2. Beneficjenci Programu nie będą ponosili żadnych kosztów związanych z realizacją Programu.

Bibliografia

Wytyczne kliniczne i literatura medyczna

1. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą* – 2026. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Gdańsk 2026.
2. American Diabetes Association (ADA), *Standards of Care in Diabetes* – 2026, "Diabetes Care" 2026, Vol. 49, Supplement 1. World Health Organization (WHO), *Global report on diabetes*, Genewa 2016 (wraz z aktualizacjami dotyczącymi strategii prewencji i opieki nad pacjentem ze stanem przedcukrzycowym).
3. Sieradzki J. i in., *Cukrzyca typu 2 jako problem zdrowia publicznego w Polsce*, Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2022. Jarosz M. i in., *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2020 (w zakresie zaleceń dietetycznych modyfikacji stylu życia).

Rekomendacje i wytyczne Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

4. Rekomendacja nr 7/2024 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 11 grudnia 2024 r. w sprawie modelu programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki cukrzycy typu
5. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 72/2024 z dnia 18 października 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej w zakresie diabetologii i epidemiologii chorób metabolicznych. Wytyczne oceny programów polityki zdrowotnej, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wersja 3.0 (w zakresie wymogów dotyczących struktury finansowania, monitorowania oraz ewaluacji mierników efektywności).

Akty prawne i źródła legislacyjne:

6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), w szczególności art. 48 art. 48aa regulujące zasady tworzenia, opiniowania i wdrażania programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 595 z późn. zm.) – stanowiące podstawę do określenia warunków lokalowych oraz funkcjonowania punktów pobrania materiału biologicznego do badań krwi.
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.) – określająca status i wymagania formalne stawiane podmiotom leczniczym aplikującym w otwartym konkursie ofert.

UZASADNIENIE

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizowanie programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U z 2026 r. poz. 662 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm., dalej: „u.ś.o.z.”).

Cukrzyca typu 2 uznawana jest za chorobę cywilizacyjną XXI w. to postępująca utrata zdolności komórek β trzustki do prawidłowej sekrecji insuliny z towarzyszącą insulinoopornością. Zakwalifikowano ją do grupy chorób cywilizacyjnych. Wystąpienie tej jednostki chorobowej jest uwarunkowane genetycznie, jednak decydującą rolę pełnią czynniki środowiskowe: nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej oraz nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Cukrzyca należy do grupy chorób metabolicznych i charakteryzuje się między innymi hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. Z uwagi na istotność i pełnione przez glukozę funkcje w organizmie, upośledzenie jej wydzielania prowadzi do uszkodzenia wielu istotnych narządów, w tym m.in.: oczu, nerek, układu krwionośnego oraz układu nerwowego. W dalszej perspektywie cukrzyca typu 2 może prowadzić do przedwczesnego zgonu ponieważ często współistnieje z chorobami sercowo-naczyniowymi (głównie nadciśnienie tętnicze).

Kluczowym elementem większości uwzględnionych rekomendacji jest modyfikacja stylu życia, a przede wszystkim redukcja masy ciała oraz zwiększenie poziomu aktywności fizycznej. Ponadto istotnym elementem prowadzenia działań profilaktycznych jest modyfikacja diety. Eksperti kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w kierunku cukrzycy typu 2.

Niniejszy program zakłada realizację wszystkich wymienionych powyżej interwencji celem zwrócenia uwagi mieszkańców na ten rosnący problem zdrowotny. Głównym celem niniejszego programu polityki zdrowotnej jest podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2 u co najmniej 80% uczestników działań edukacyjnych, ocenianego na podstawie wyników testu wiedzy przeprowadzonego przed rozpoczęciem i po zakończeniu działań edukacyjnych.

Przedmiotowy Program polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. oraz na podstawie Rekomendacji 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, czym został spełniony wymóg wynikający z art. 48a ust. 5 pkt 1 lit b u.ś.o.z. Zgodnie z w/w przepisami prawa program polityki zdrowotnej dotyczący choroby lub problemu zdrowotnego, dla których zostały wydane rekomendacje, o których mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6 w/w aktu, i który został opracowany zgodnie z tymi rekomendacjami, nie podlega przekazaniu do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu wydania opinii.

Mając na uwadze powyższe, przyjęcie do realizacji niniejszego Programu jest w pełni uzasadnione.