

**PROGRAM PROFILAKTYKI CUKRZYCY TYPU 2
DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA LEGNICY
W WIEKU 45-65 LAT
NA LATA 2025-2030**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146, z późn. zm.).

Spis treści

Wstęp	3
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	5
3. Opis obecnego postępowania	6
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	8
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	10
1. Cel główny	10
2. Cele szczegółowe	10
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	11
1. Populacja docelowa	11
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia	12
3. Planowane interwencje	13
3.1. Uzasadnienie skuteczności planowanych działań	14
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu	15
5. Sposób zakończenia działań i kontynuacja opieki zdrowotnej	16
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	16
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne	16
2. Warunki realizacji programu – personel, wyposażenie, zaplecze lokalowe	17
2.1. Wymagania formalne wobec realizatorów	17
2.2. Wymagania techniczno-organizacyjne	17
2.3. Obowiązki w zakresie dokumentacji i ochrony danych	17
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	18
1. Monitorowanie	18
2. Ocena jakości świadczeń	18
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	19
VII. Bibliografia	20
VIII. Załączniki	21

Wstęp

W trosce o zdrowie i jakość życia mieszkańców Legnicy, Prezydent Miasta podejmuje działania na rzecz wdrożenia „Programu profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców miasta Legnicy w wieku 45-65” na lata 2025-2030.

Cukrzyca typu 2 stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego społeczeństwa – zarówno w Polsce, jak i na świecie, a jej rozwój w dużej mierze zależy od stylu życia i wczesnego rozpoznania czynników ryzyka.

W związku z rosnącą skalą zachorowań na cukrzycę typu 2, program został opracowany w oparciu o **Rekomendację nr 7/2024 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**, która wskazuje najlepsze praktyki i rekomendowane interwencje w ramach programów polityki zdrowotnej. Dzięki temu program wpisuje się w aktualne standardy i strategię zdrowia publicznego, zapewniając wysoką jakość i skuteczność działań profilaktycznych.

Wychodząc naprzeciw potrzebom zdrowotnym lokalnej społeczności, program skierowany zostanie do mieszkańców Legnicy w wieku 45–65 lat – grupy szczególnie narażonej na rozwój cukrzycy typu 2. Głównym celem przedsięwzięcia jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby poprzez wdrożenie kompleksowych działań z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Program obejmie m.in. edukację zdrowotną, diagnostykę przesiewową oraz wsparcie w modyfikacji stylu życia – w tym w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej i kontroli masy ciała.

Działania realizowane w ramach programu mają na celu nie tylko poprawę świadomości zdrowotnej mieszkańców, ale również wczesne wykrycie zaburzeń gospodarki węglowodanowej, zapobieganie powikłaniom zdrowotnym i poprawę ogólnego stanu zdrowia populacji objętej wsparciem. Wdrożenie programu stanowi inwestycję w zdrowie publiczne, której rezultatem będzie poprawa jakości życia mieszkańców oraz redukcja kosztów leczenia chorób przewlekłych w przyszłości.

Program będzie możliwy do realizacji w całości dzięki wsparciu finansowemu z budżetu Miasta Legnica, które zapewnia niezbędne środki na jego organizację i realizację.

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

1. Opis problemu zdrowotnego:

Cukrzyca (łac. diabetes mellitus) to przewlekła choroba metaboliczna charakteryzująca się hiperglikemią, wynikającą z zaburzeń wydzielania i/lub działania insuliny. Wyróżnia się kilka typów cukrzycy: typu 1, typu 2, cukrzycę ciężarnych oraz inne, rzadsze postacie, przy czym cukrzyca typu 2 stanowi zdecydowaną większość przypadków (AOTMiT, 2024).

Mechanizm patofizjologiczny cukrzycy typu 2 opiera się na insulinooporności oraz stopniowym niedoborze insuliny. Insulinooporność oznacza obniżoną wrażliwość tkanek na działanie insuliny, co skutkuje zaburzeniami metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek.

Hiperglikemia prowadzi do uszkodzeń naczyń krwionośnych, a w konsekwencji – do przewlekłych powikłań cukrzycy, takich jak retinopatia, nefropatia, neuropatia czy choroby sercowo-naczyniowe (Nowiny Lekarskie, 2007). Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) szacuje, że w 2021 roku na świecie żyło blisko **537 milionów osób z cukrzycą**, z czego **90–95% stanowiły przypadki cukrzycy typu 2**.

Rozwój cukrzycy typu 2 jest determinowany zarówno przez czynniki genetyczne (obciążenie rodzinne), jak i środowiskowe. Najważniejsze modyfikowalne czynniki ryzyka to:

- 1) nadwaga i otyłość, zwłaszcza typu brzuszego,
- 2) niska aktywność fizyczna,
- 3) nieprawidłowa dieta,
- 4) nadciśnienie tętnicze,
- 5) dyslipidemia,
- 6) zespół metaboliczny,
- 7) nieprawidłowa glikemia na czczo lub upośledzona tolerancja glukozy,
- 8) przebyta cukrzyca ciążowa lub urodzenie dziecka o masie >4 kg (PTD, 2023).

Cukrzyca typu 2 najczęściej rozwija się u osób po 45. roku życia, choć w ostatnich latach obserwuje się obniżenie wieku zachorowania, co wiąże się z narastającą epidemią otyłości także wśród młodszych grup wiekowych. Istnieją także przesłanki wskazujące, że procesy zapalne związane z wiekiem, w tym wzrost poziomu cytokin takich jak IL-6 czy TNF- α , sprzyjają rozwojowi choroby (WHO, Globalny Raport o Cukrzycy, 2016).

W 2021 roku w Polsce z cukrzycą żyło około 2,67 mln osób. Dodatkowo, nieprawidłową tolerancję glukozy odnotowano u około 2,4 mln osób, a nieprawidłową glikemię na czczo u ponad 740 tys. (IDF, 2021). W tym samym roku cukrzyca była przyczyną ponad 5 300 zgonów. Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych (MPZ 2022–2026), cukrzyca została uznana za jeden z kluczowych problemów zdrowotnych w Polsce (AOTMiT, 2024).

Wobec rosnącej liczby zachorowań na cukrzycę typu 2, kluczową rolę odgrywa profilaktyka pierwotna i wtórna. Zmiana stylu życia – obejmująca zdrową dietę, zwiększenie aktywności fizycznej i redukcję masy ciała – może znacząco obniżyć ryzyko zachorowania lub opóźnić rozwój choroby (PTD, 2023).

Obecne wytyczne zalecają prowadzenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 2 u osób ≥ 45 roku życia, zwłaszcza jeśli ich BMI przekracza 25 kg/m², a obwód pasa wynosi >80 cm

u kobiet i >94 cm u mężczyzn. Badania powinny być powtarzane co 3 lata, a w przypadku osób z podwyższonym ryzykiem – co roku (Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, 2023).

Do grup ryzyka zalicza się również osoby młodsze z dodatkowymi czynnikami ryzyka (otyłość, nieprawidłowy lipidogram, nadciśnienie). Osoby z rozpoznanymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej wymagają objęcia opieką edukacyjną, ukierunkowaną na modyfikację stylu życia i zmniejszenie masy ciała (WHO, 2023).

Leczenie cukrzycy typu 2 obejmuje zarówno metody nefarmakologiczne, jak i farmakologiczne. W początkowej fazie choroby zaleca się zmianę stylu życia: stosowanie diety z ograniczoną kalorycznością i zwiększenie aktywności fizycznej. Gdy te działania okazują się niewystarczające, wdrażane są doustne leki przeciwcukrzycowe lub insulina (PTD, 2023).

Edukacja pacjenta jest integralnym elementem leczenia – umożliwia zrozumienie istoty choroby, nabycie umiejętności samokontroli i podejmowania decyzji terapeutycznych. Edukacja znacząco zmniejsza ryzyko powikłań i poprawia jakość życia chorych (Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, 2023).

Cukrzyca typu 2 zwiększa ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, mózgowo-naczyniowego i przewlekłej niewydolności narządowej. Dlatego odpowiednie leczenie i kontrola czynników ryzyka – glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidów i masy ciała mają fundamentalne znaczenie w zapobieganiu powikłaniom i przedwczesnej śmierci (Nowiny Lekarskie, 2007).

Większa część osób z cukrzycą typu 2 żyje z nadwagą lub otyłością, co może prowadzić do insulinooporności lub ją nasilać. W niektórych przypadkach osoby te mogą nie mieć otyłości według wskaźnika BMI, ale mają wyższy udział tkanki tłuszczowej skoncentrowanej głównie w obrębie brzucha. Ta otyłość trzewna prowadzi do insulinooporności (WHO 2019).

2. Dane epidemiologiczne

Cukrzyca typu 2 stanowi dominującą formę cukrzycy, odpowiadając za około 90–95% wszystkich przypadków tej choroby u dorosłych (IDF Diabetes Atlas 2021).

Według raportu Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) z 2021 roku, na świecie na cukrzycę choruje 536,6 milionów osób w wieku 20–79 lat (ok 10,5% populacji tej grupy wiekowej). Aż 40% z nich, czyli ok. 240 milionów, nie jest świadomych swojej choroby, co opóźnia rozpoczęcie leczenia i zwiększa ryzyko powikłań (IDF Diabetes Atlas 2021).

Prognozy na 2050 rok wskazują, że liczba chorych może wzrosnąć do 853 milionów, co będzie stanowiło **około 12,2% dorosłej populacji świata**. Co ósma osoba dorosła na świecie będzie dotknięta cukrzycą. Szczególnie szybki wzrost zachorowań notuje się w krajach o niskim i średnim dochodzie, gdzie dostęp do opieki zdrowotnej i edukacji jest ograniczony. Z tego względu cukrzyca uznawana jest dziś za poważne wyzwanie społeczne, zdrowotne i ekonomiczne (IDF Diabetes Atlas 2025).

Cukrzyca typu 2 znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, w tym chorób sercowo-naczyniowych, udaru mózgu, niewydolności nerek oraz zmian mikroangiopatycznych (retinopatia, nefropatia, neuropatia).

Cukrzyca typu 2 jest chorobą o podłożu dziedzicznym. Zwykle dotyczy osób w starszym wieku, dawniej nazywana była nawet cukrzycą starczą, ale ze względu na epidemię otyłości wiek zachorowania na cukrzycę typu 2 znacznie się obniżył i cukrzyca typu 2 obecnie występuje coraz częściej u otyłych osób w młodszym wieku, niekiedy nawet u nastolatków (ADA, 2019).

W „Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026” uznano cukrzycę za jeden z najistotniejszych problemów zdrowotnych wymagających działań systemowych.

W Europie wciąż rośnie liczba osób z otyłością, co ma silny związek z rozwojem cukrzycy typu 2. Ponadto, zmiany demograficzne, takie jak starzenie się społeczeństwa, oraz spadek poziomu aktywności fizycznej, stanowią istotne czynniki ryzyka, które dodatkowo przyczyniają się do wzrostu zachorowań na cukrzycę.

Tabela: Prewalencja cukrzycy w wybranych krajach Europy (wiek 20–79 lat)

Kraj	Prewalencja (%)	Liczba chorych (mln)	Źródło
Polska	9,4 %	2,68	IDF Diabetes Atlas 2024/2025
Hiszpania	14,8 %	5,14	IDF Diabetes Atlas 2021
Francja	8,6 %	3,94	IDF Diabetes Atlas 2021
Litwa	9,5 %	0,19	IDF Diabetes Atlas 2021
Niemcy	6,9 %	5,8	NCBI / WHO Europe
Wielka Brytania	8,5 %	5,8	Diabetes UK (diabetes.org.uk)

Polska – dane szczegółowe

W 2021 roku, według IDF, w Polsce na cukrzycę chorowało 2,68 mln dorosłych. Dodatkowo:

- 1) **Niediędiagnozowana cukrzyca:** brak dokładnych danych w IDF,
- 2) **Nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT):** 2,45 mln osób,
- 3) **Nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG):** 747 tys. osób,
- 4) **Zgony przypisane cukrzycy:** 5 330 osób.

W 2022 roku zarejestrowano 230,9 tys. nowych przypadków cukrzycy. Prognozy do 2031 roku przewidują wzrost do 249,5 tys. rocznie (+8,1%) (Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2023).

Dane GUS z 2022 roku pokazują, że 3,1 mln dorosłych korzystało z usług publicznej opieki zdrowotnej z powodu cukrzycy, co odpowiadało 10,8% populacji dorosłych. W 2017 roku było to 2,7 mln osób (9,5%). Ministerstwo Zdrowia prognozuje, że do 2030 roku liczba chorych wzrośnie do 4,2 mln.

Cukrzyca typu 2 pozostaje jednym z największych wyzwań zdrowotnych w Polsce i na świecie. Narastająca liczba chorych, wysoki odsetek przypadków nierozpoznanych oraz istotne konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne wymagają skoordynowanych działań w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Kluczowe znaczenie ma również zwiększenie świadomości społecznej i poprawa dostępu do opieki zdrowotnej.

3. Opis obecnego postępowania

Uznanie cukrzycy typu 2 za chorobę cywilizacyjną wpłynęło na zmianę podejścia do edukacji zdrowotnej – obecnie postrzega się ją jako integralny element terapii. Świadome uczestnictwo pacjenta w procesie leczenia, oparte na wiedzy i zrozumieniu choroby, stanowi kluczowy czynnik poprawy stanu zdrowia i ograniczania ryzyka powikłań.

W Polsce działania edukacyjne na rzecz pacjentów z cukrzycą wspierane są przez szereg instytucji i programów:

- 1) **Polskie Stowarzyszenie Edukacji w Diabetologii (PFED)**, powołane w 2006 roku, prowadzi szkolenia, konferencje i kursy dla personelu medycznego oraz wspiera rozwój standardów opieki diabetologicznej. W ramach współpracy z firmą Eli Lilly utworzono

Centra Edukacji Lilly (cCEL) oraz bezpłatną infolinię, które ułatwiają pacjentom dostęp do rzetelnych informacji.

- 2) **Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD)** zajmuje się doskonaleniem zawodowym lekarzy i innych specjalistów działających w obszarze diabetologii, wspierając rozwój naukowy i wdrażanie nowoczesnych standardów leczenia.
- 3) **Polskie Stowarzyszenie Diabetyków (PSD)**, działające od 1981 roku, oferuje kompleksową pomoc osobom chorym na cukrzycę – w zakresie leczenia, edukacji i rehabilitacji. Organizuje m.in. turnusy edukacyjno-rehabilitacyjne dla dorosłych oraz szkolenia dla pacjentów i ich rodzin.
- 4) **Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą**, powstała w 2009 roku, prowadzi działania informacyjne, promujące świadomość na temat choroby i jej powikłań. Szczególny nacisk kładzie na rolę stylu życia w prewencji i leczeniu cukrzycy. W ramach jej inicjatyw w 2015 roku uruchomiono kampanię „Menu dla diabetyka”, oferującą praktyczne informacje żywieniowe.

Na poziomie systemowym również wdrażano liczne programy profilaktyczno-edukacyjne:

- 1) **„Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce”** (2006–2008), realizowany ze środków Ministra Zdrowia, a następnie kontynuowany w ramach **„Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym”**.
- 2) **„Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej”** z 2012 roku miał na celu zwiększenie świadomości społecznej, redukcję zachorowalności oraz poprawę jakości życia chorych poprzez wczesną diagnostykę, działania edukacyjne, szkolenia personelu medycznego oraz wsparcie pacjentów i ich bliskich.

Na początku 2011 roku zatwierdzono program kursu specjalistycznego **„Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych”**, który umożliwia przygotowanie kadry pielęgniarskiej do prowadzenia edukacji terapeutycznej osób z cukrzycą. Celem kształcenia jest wyposażenie edukatora w umiejętności wspierające pacjenta w zrozumieniu istoty choroby, jej konsekwencji oraz zasad leczenia.

Rola pielęgniarki-edukatora polega m.in. na:

- 1) przekazywaniu informacji dotyczących samokontroli,
- 2) motywowaniu do utrzymywania zdrowego stylu życia,
- 3) wyjaśnianiu znaczenia aktywności fizycznej i właściwego odżywiania,
- 4) wspieraniu pacjenta w adaptacji do życia z chorobą.

Cykliczne spotkania edukacyjne budują poczucie bezpieczeństwa, umożliwiają systematyczne uzupełnianie wiedzy i wspierają osiągnięcie równowagi między wymaganiami leczenia a codziennym funkcjonowaniem.

Zgodnie z **rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 28 października 2013 r.** w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wykonywane są podstawowe badania diagnostyczne w kierunku cukrzycy: pomiar glikemii, test tolerancji glukozy, oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) oraz badanie moczu pod kątem obecności glukozy.

Dodatkowo, zgodnie z **rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r.** dotyczącym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zapewnione są świadczenia obejmujące poradnictwo diabetologiczne i pogłębioną diagnostykę. Pomiar glukozy na czczo stanowi także element **Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)**, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zmiana stylu życia, wspierana poprzez edukację zdrowotną, pozostaje podstawowym elementem leczenia niefarmakologicznego cukrzycy typu 2. Kluczowe znaczenie ma stosowanie odpowiedniego

leczenia żywieniowego oraz regularna aktywność fizyczna. Nawet umiarkowana, 3–5% redukcja masy ciała, wynikająca głównie ze zmniejszenia ilości tłuszczu trzewnego, może istotnie zmniejszyć ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 oraz poprawić kontrolę glikemii u osób już chorujących.

Dotychczasowe działania miasta Legnicy w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2

Miasto Legnica nie realizowało dotychczas programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2 posiadających opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Niemniej jednak, w przeszłości podejmowano działania profilaktyczne, ukierunkowane na wczesne wykrywanie zaburzeń metabolicznych, które są istotnymi czynnikami ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2.

W latach 2008–2009 Urząd Miasta Legnicy we współpracy z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym zrealizował program „Ocena zagrożeń metabolicznych”, adresowany do mieszkańców w wieku 45–50 lat. Wzięło w nim udział 1 035 osób spośród 2 200 zaproszonych. U ponad 60 % uczestników stwierdzono nieprawidłowości zdrowotne, w tym podwyższony poziom glukozy (u 91 osób), trójglicerydów (204 osoby), nadciśnienie tętnicze (275 osób), a u 132 osób rozpoznano zespół metaboliczny.

W latach 2009–2010 program został rozszerzony na szerszą grupę wiekową (40–55 lat). Kolejne edycje potwierdziły wysoką wykrywalność nieprawidłowości metabolicznych i zasadność działań prewencyjnych. Inicjatywy te były finansowane z budżetu Gminy Legnica i stanowiły element lokalnej polityki zdrowotnej, mimo że formalnie nie miały charakteru PPZ zatwierdzonych przez AOTMiT.

Obecnie, w obliczu rosnącej liczby zachorowań na cukrzycę typu 2, celowym jest podjęcie kompleksowych działań w formie programu polityki zdrowotnej, zgodnego z wytycznymi Agencji oraz krajową i międzynarodową strategią przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Cukrzyca typu 2 dotyczy statystycznie najczęściej osób otyłych w starszym wieku – gwałtowny wzrost zachorowań przypada na wiek powyżej 50. roku życia. Jednak w związku z obserwowaną obecnie epidemią otyłości, wiek zachorowania na cukrzycę typu 2 znacznie się obniżył (Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, 2024). Z tego względu wykonywanie badań w kierunku cukrzycy rekomendowane jest już po ukończeniu 45. roku życia – rutynowo co 3 lata, a w grupach ryzyka nawet corocznie (PTD, 2019).

Cukrzyca jako choroba przewlekła wiąże się z wysokimi obciążeniami finansowymi dla całego systemu ochrony zdrowia. Przykładowo, w 2010 roku średnia wysokość wydatków na opiekę zdrowotną związaną z leczeniem cukrzycy wynosiła 12% ogółu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce (Raport NFZ, 2010). Całkowite obciążenie budżetu NFZ kosztami cukrzycy – rozumianymi jako suma leczenia samej choroby, jej powikłań oraz cięższego przebiegu chorób współistniejących – w 2017 roku wyniosło 6,073 mln zł (NFZ, 2018).

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) (rekomendacja nr 7/2024 Prezesa AOTMiT).

Ponieważ największe koszty wynikają z leczenia powikłań cukrzycy oraz utraty zdolności do pracy i przedwczesnych zgonów, priorytetem powinno stać się wdrażanie skutecznych działań profilaktycznych – zwłaszcza w zakresie edukacji żywieniowej i promocji zdrowego stylu życia. Wykazano, że długotrwała redukcja masy ciała o 3–5%, przede wszystkim w zakresie tłuszczu trzewnego, może prowadzić do klinicznie istotnego zmniejszenia ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 (WHO 2016).

Założenia niniejszego programu odpowiadają na powyższe wyzwania: mają na celu zwiększenie kompetencji zdrowotnych pacjentów, przygotowanie ich do skutecznej samokontroli, zmniejszenie ryzyka powikłań oraz zapobieganie inwalidztwu i przedwczesnym zgonom.

Dodatkowo, zaplanowane działania wpisują się w krajowe i regionalne strategie zdrowotne, w tym:

- 1) **Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025** (Ministerstwo Zdrowia, 2021):
 - a) cel operacyjny 1: profilaktyka nadwagi i otyłości,
 - b) cel operacyjny 5: wyzwania demograficzne;
 - c) wzmocnienie działań profilaktycznych w POZ oraz tworzenie bilansów zdrowia,
 - d) promowanie wysokiej jakości edukacji zdrowotnej,
 - e) kontynuacja działań w ramach programu „Profilaktyka 40+”;
- 2) **Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2022–2026** (Ministerstwo Zdrowia, 2022):
 - a) rekomendacja zwiększenia zgłaszalności na badania przesiewowe.
- 3) **Regionalny Program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego**
 - a) Okres realizacji programu 2020-2023
 - b) Zmniejszenie zachorowalności (zapadalności) na cukrzycę typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego w wieku 35-64 lat do 2023 roku.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Celem głównym programu jest **zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2** wśród mieszkańców Miasta Legnicy w wieku **45–65 lat** poprzez realizację **kompleksowych działań profilaktyki pierwotnej i wtórnej** w latach **2025–2030**.

2. Cele szczegółowe:

- 1) **Zwiększenie poziomu wiedzy zdrowotnej** mieszkańców w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2, ze szczególnym uwzględnieniem:
 - a) czynników ryzyka zachorowania,
 - b) znaczenia stylu życia w prewencji,
 - c) wczesnych objawów choroby,
 - d) skutków nieleczonej cukrzycy.
- 2) **Wczesna identyfikacja osób z grup ryzyka**, u których mogą występować zaburzenia gospodarki węglowodanowej (m.in. stan przedcukrzycowy), poprzez przesiewowe testy diagnostyczne.
- 3) **Motywowanie uczestników programu do zmiany stylu życia**, w tym:
 - a) redukcji masy ciała (u osób z nadwagą i otyłością),
 - b) zwiększenia aktywności fizycznej,
 - c) poprawy jakości diety.
- 4) **Zapewnienie dostępu do edukacji diabetologicznej**, umożliwiającej uczestnikom programu rozwój umiejętności w zakresie samokontroli oraz zapobiegania postępowi choroby.

- 5) **Zwiększenie wykrywalności nowych przypadków cukrzycy typu 2** na wczesnym etapie jej rozwoju, umożliwiając szybkie wdrożenie leczenia i ograniczenie ryzyka powikłań.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- 1) **Liczba przebadanych osób** (Ile osób z grupy docelowej (45-65 lat) skorzystało z badań przesiewowych (pomiar glukozy na czczo, BMI).
- 2) **Odsetek wykrytych nowych przypadków nieprawidłowej glikemii lub cukrzycy** (Ile osób zostało skierowanych do dalszej diagnostyki lub leczenia).
- 3) **Satysfakcja uczestników z programu** (w formie ankiety, czy uczestnicy oceniają program jako pomocny i czy zamierzają kontynuować zdrowe nawyki).

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

1. Populacja docelowa

Populację docelową działań profilaktycznych powinny stanowić osoby należące do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2. Do głównych czynników ryzyka zalicza się: nadwagę lub otyłość, niski poziom aktywności fizycznej, wiek powyżej 45 lat, obciążenie rodzinne cukrzycą, a także występowanie stanu przedcukrzycowego. Wspomniane czynniki mogą występować pojedynczo lub jednocześnie, istotnie zwiększając prawdopodobieństwo rozwoju choroby.

W związku z powyższym, program będzie skierowany do mieszkańców **Miasta Legnicy** w wieku **45–65 lat**, z wyłączeniem osób, u których wcześniej rozpoznano cukrzycę typu 2. Kryterium wiekowe nawiązuje do zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, które rekomenduje wykonywanie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy od 45. roku życia, a w przypadku grup ryzyka – nawet corocznie (źródło: PTD, 2019).

Zgodnie z danymi z **Banku Danych Lokalnych GUS** (stan na koniec 2024 roku), populacja Miasta Legnica wynosiła **90823 osoby**. Wśród nich, grupa mieszkańców w wieku **45–65 lat** liczy około **25 000 osób**, co stanowi ok. **26%** ogółu populacji miasta (źródło: BDL GUS, 2024).

Biorąc pod uwagę:

- 1) przyjęte kryteria włączenia do programu,
- 2) ograniczenia organizacyjne i budżetowe,
- 3) doświadczenia z realizacji podobnych programów w innych gminach.

Szacuje się, że w programie może wziąć udział ok. 300 osób rocznie, co daje łącznie około 1800 uczestników w całym okresie realizacji programu (2025–2030).

Dane te należy traktować jako szacunek, uzależniony od poziomu zaangażowania społecznego, skuteczności kampanii informacyjnej oraz dostępnych środków finansowych.

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

Program kierowany jest do mieszkańców Miasta Legnica w wieku 45–65 lat, którzy nie mają rozpoznanej cukrzycy typu 2, a jednocześnie wykazują czynniki ryzyka rozwoju tej choroby. Zakłada się podział działań na kilka etapów, w których zastosowane zostaną odpowiednie kryteria włączenia i wyłączenia.

1) Etap I – Akcja informacyjna:

a. Kryteria włączenia:

- wiek 45–65 lat,
- miejsce zamieszkania: Miasto Legnica.

b. Kryteria wyłączenia:

- rozpoznana wcześniej cukrzyca typu 2.

2) Etap II – Badania przesiewowe:

a. Kryteria włączenia:

- wiek 45–65 lat,
- miejsce zamieszkania: Miasto Legnica.

b. Kryteria wyłączenia:

- rozpoznana wcześniej cukrzyca typu 2,
- wykonane badania w kierunku cukrzycy w ciągu ostatnich 3 lat.

3) Etap III – Konsultacja lekarska lub pielęgniarska:

a. Kryteria włączenia:

- wiek 45–65 lat,
- miejsce zamieszkania: Miasto Legnica,
- wynik badań przesiewowych wskazujący na stan przedcukrzycowy lub cukrzycę typu 2 (nowo wykrytą).

b. Kryteria wyłączenia:

- wcześniej rozpoznana cukrzyca typu 2,
- wykonane badanie w kierunku cukrzycy w ciągu ostatnich 3 lat.

4) Etap IV – Porady dietetyczne:

a. Kryteria włączenia:

- wiek 45–65 lat,
- miejsce zamieszkania: Miasto Legnica,
- BMI ≥ 25
- wynik badań przesiewowych wskazujący na stan przedcukrzycowy lub cukrzycę typu 2 (nowo wykrytą).

b. Kryteria wyłączenia:

- wcześniej rozpoznana cukrzyca typu 2,
- wykonane badanie w kierunku cukrzycy w ciągu ostatnich 3 lat.

5) Etap V – Konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej:

a. Kryteria włączenia:

- wiek 45–65 lat,
- miejsce zamieszkania: Miasto Legnica,
- BMI ≥ 25 wg
- wynik badań przesiewowych wskazujący na stan przedcukrzycowy lub cukrzycę typu 2 (nowo wykrytą).

b. Kryteria wyłączenia:

- wcześniej rozpoznana cukrzyca typu 2,
- wykonane badanie w kierunku cukrzycy w ciągu ostatnich 3 lat.

3. Planowane interwencje

W ramach realizacji programu profilaktyki cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców Miasta Legnicy przewidziano pięcioetapowy model działań, który obejmuje edukację, diagnostykę oraz wsparcie dietetyczne i ruchowe. Celem interwencji jest ograniczenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 w populacji objętej programem poprzez kompleksowe i skoordynowane działania profilaktyczne.

1) Etap I – Akcja informacyjna:

- **Działania promocyjne** realizowane będą za pośrednictwem ulotek, plakatów oraz informacji zamieszczanych w wybranych placówkach ochrony zdrowia, Urzędzie Miasta Legnica, jednostkach organizacyjnych miasta, a także na stronach internetowych i mediach społecznościowych tych podmiotów.

2) Etap II – Badania przesiewowe realizowane przez pielęgniarkę:

- a) **Wywiad zdrowotny** obejmujący „Kwestionariusz pacjenta” (załącznik nr 1) oraz „Karty Badania Profilaktycznego” (załącznik nr 2).
- b) **Badania biochemiczne krwi**, obejmujące:
 - **Glikemia na czczo (FPG)**
Pomiar poziomu glukozy we krwi po co najmniej 8 godzinach od ostatniego posiłku. Pozwala ocenić aktualną gospodarkę węglowodanową i wykryć podwyższony poziom cukru.
 - **Doustny test tolerancji glukozy (OGTT), tzw. „krzywa cukrowa”**
Pomiar poziomu glukozy na czczo oraz w określonych odstępach czasu po wypiciu roztworu zawierającego 75 g glukozy. Test służy do wykrywania stanów przedcukrzycowych i cukrzycy u osób z niejednoznacznymi wynikami innych badań.

Diagnoza cukrzycy oparta będzie na aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

c) Obliczenie BMI i pomiar ciśnienia tętniczego:

- obliczenie BMI (za wartość nieprawidłową przyjmuje się BMI ≥ 25 kg/m²,
- pomiar ciśnienia tętniczego (norma dla osób <65 lat: 120–129/70–79 mmHg).

d) Ustalenie terminu wizyty lekarskiej.

3) Etap III – Porada lekarska/pielęgniarska:

- a) Wpisanie wyników badań do „Karty Badania Profilaktycznego”.

- b) Omówienie wyników badań, przedstawienie zaleceń oraz edukacja pacjenta.
- c) Tematyka edukacji obejmuje: profilaktykę chorób układu krążenia, zasady zdrowego odżywiania, znaczenie aktywności fizycznej, techniki radzenia sobie ze stresem.
- d) W przypadku nieprawidłowego BMI – skierowanie na konsultację z dietetykiem.

4) Etap IV – Porady dietetyczne:

- a) Realizowane przez wykwalifikowanego diabetologa.
- b) Zakres porad obejmuje: zasady żywienia w cukrzycy typu 2, stosowanie wymienników węglowodanowych, analizę interakcji składników diety z lekami.
- c) Regularne pomiary BMI pozwolą na ocenę skuteczności interwencji.

5) Etap V – Warsztaty ze specjalistą aktywności fizycznej:

- a) Warsztaty grupowe dotyczące zasad tworzenia indywidualnego planu aktywności fizycznej, oraz podstawy bezpiecznego treningu, dobór ćwiczeń do wieku i stanu zdrowia oraz motywację do regularnej aktywności, zgodnie z zaleceniami WHO (minimum 150 minut ćwiczeń tygodniowo).

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

1) Opinie ekspertów klinicznych

Edukacja zdrowotna, zwłaszcza w kontekście cukrzycy typu 2, jest jednoznacznie rekomendowana przez wiodące krajowe i międzynarodowe towarzystwa naukowe. Do najważniejszych należą:

- a) **Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD),**
- b) **American Diabetes Association (ADA),**
- c) **International Diabetes Federation (IDF),**
- d) **European Society of Cardiology (ESC) oraz European Association for the Study of Diabetes (EASD)** (wspólne wytyczne z 2019 r.).

Ekspersi tych instytucji jednoznacznie wskazują, że edukacja pacjentów, modyfikacja stylu życia oraz wczesna diagnostyka są kluczowe w skutecznym zapobieganiu cukrzycy typu 2 i jej powikłaniom (ADA 2022, PTD 2022, ESC/EASD 2019).

2) Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (2022), działania profilaktyczne powinny być ukierunkowane na osoby z grupy podwyższonego ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2. Do grupy tej należą osoby:

- a) z nadwagą lub otyłością,
- b) prowadzące siedzący tryb życia,
- c) powyżej 45. roku życia,
- d) z obciążonym wywiadem rodzinnym w kierunku cukrzycy,
- e) u których występuje stan przedcukrzycowy.

Rekomendowane działania obejmują m.in.:

- a) **modyfikację stylu życia** – poprzez ograniczenie spożycia cukrów prostych, tłuszczów nasyconych i napojów słodzonych oraz promowanie zdrowych wzorców żywieniowych (np. dieta śródziemnomorska, dieta roślinna);
- b) **zwiększenie aktywności fizycznej** – minimum 150 minut tygodniowo umiarkowanego wysiłku (np. marsz, pływanie, taniec, tenis);
- c) **edukację zdrowotną** – jako narzędzie do zwiększania świadomości zdrowotnej, samokontroli oraz zmian nawyków żywieniowych i stylu życia;
- d) **regularne badania przesiewowe** – u osób powyżej 45. roku życia z grupy ryzyka, obejmujące: oznaczenie glikemii na czczo, doustny test tolerancji glukozy (OGTT), pomiar HbA1c lub glikemii przygodnej (IDF 2019).

Edukacja pacjenta powinna być indywidualizowana, dostosowana do wieku, wiedzy, stanu zdrowia i stylu życia. Program edukacyjny winien obejmować:

- a) podstawy patofizjologii cukrzycy,
- b) samokontrolę (glikemia, ciśnienie tętnicze),
- c) techniki leczenia (w tym obsługę penów i pomp insulinowych),
- d) zapobieganie powikłaniom,
- e) zasady zdrowego żywienia,
- f) aktywność fizyczną i wsparcie psychologiczne.

Zespół edukacyjny opiekujący się osobami z cukrzycą powinien mieć charakter interdyscyplinarny i obejmować lekarzy, edukatorów diabetologicznych, dietetyków oraz psychologów. Kompleksowa i zindywidualizowana opieka sprzyja trwałemu wdrożeniu zaleceń oraz poprawie jakości życia pacjentów.

3) Dowody skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej

Cukrzyca typu 2 stanowi jedno z największych obciążeń finansowych współczesnych systemów ochrony zdrowia. Według danych:

- a) Działania profilaktyczne, szczególnie w zakresie edukacji żywieniowej i stylu życia, są uznawane za **kosztowo efektywne**. Wczesna interwencja znacząco ogranicza późniejsze wydatki związane z leczeniem powikłań, hospitalizacjami oraz kosztami pośrednimi (absencje, spadek produktywności). Skuteczność edukacji potwierdzają liczne badania, które wykazały poprawę wskaźników metabolicznych, jakości życia oraz redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów uczestniczących w programach edukacyjnych (ADA 2022, WHO 2019).
- b) Według *IDF Diabetes Atlas 2025*: W 2024 roku globalny wydatek zdrowotny na cukrzycę wyniósł **1 bilion USD** (1 015 miliardów USD), co stanowi wzrost o **338%** w ciągu ostatnich 17 lat.
- c) Zgodnie z rekomendacjami międzynarodowymi, edukacja zdrowotna powinna być integralną częścią każdej strategii opieki nad osobami z cukrzycą oraz tymi, u których istnieje ryzyko jej rozwoju (ADA 2022).

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne w ramach Programu profilaktyki cukrzycy typu 2 będą realizowane przez podmioty lecznicze wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W ramach kampanii informacyjnej uczestnicy Programu zostaną poinformowani o terminach i miejscach realizacji poszczególnych działań, w tym:

- 1) badań przesiewowych w kierunku zaburzeń gospodarki węglowodanowej,
- 2) indywidualnych porad lekarskich,
- 3) konsultacji dietetycznych,
- 4) warsztatów z zakresu aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia.

Edukacja zdrowotna będzie prowadzona w dwóch formach:

- 1) **indywidualnej** – w trakcie porad specjalistycznych (np. lekarskich, dietetycznych)
- 2) **grupowej** – w postaci warsztatów tematycznych z zakresu znaczenia diety i aktywności fizycznej.

Wszystkie wyniki przeprowadzonych badań i ocen będą dokumentowane w **Karcie Badania Profilaktycznego**, która stanowi integralny element monitorowania przebiegu i efektów uczestnictwa w Programie (załącznik nr 2)

Świadczenia będą realizowane przez **wykwalfikowany personel medyczny**, posiadający odpowiednie kompetencje w zakresie profilaktyki, diabetologii, dietetyki, edukacji zdrowotnej oraz promocji aktywności fizycznej. W skład zespołu realizującego Program wejdą m.in.: lekarze, pielęgniarki, dietetycy, edukatorzy zdrowotni i specjaliści ds. aktywności ruchowej.

W trakcie realizacji Programu zostaną zapewnione uczestnikom **warunki komfortu psychicznego**, w tym: poszanowanie intymności i godności osobistej, przyjazna atmosfera oraz pełna dostępność informacji dotyczących celów i przebiegu świadczeń.

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

Po zakończeniu udziału w Programie uczestnik otrzymuje **informację o dalszym postępowaniu**, uwzględniającą:

- 1) **zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia**, obejmujące m.in. modyfikację diety, aktywność fizyczną oraz eliminację czynników ryzyka;
- 2) w przypadku wykrycia **nieprawidłowości wymagających dalszej diagnostyki lub leczenia** (np. podwyższonego poziomu glukozy, otyłości brzusznej, nadciśnienia tętniczego), uczestnik otrzymuje zalecenia oraz **wykaz podmiotów leczniczych**, w których może kontynuować leczenie w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne źródła publiczne.

Uczestnik zostaje również poproszony o **wypełnienie krótkiej ankiety** (załącznik nr 3), której wyniki posłużą do oceny skuteczności i jakości realizacji Programu oraz do wnioskowania o ewentualne jego kontynuowanie lub modyfikację w kolejnych latach.

Zakończenie udziału w Programie następuje po realizacji zaplanowanych działań lub **na życzenie uczestnika**, w dowolnym momencie jego trwania. W przypadku przedwczesnej rezygnacji z uczestnictwa, pacjent zostaje poinformowany o **potencjalnych konsekwencjach zdrowotnych**, w szczególności o zwiększonym ryzyku rozwoju cukrzycy typu 2 i jej powikłań w przypadku zaniechania działań profilaktycznych.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Realizacja programu polityki zdrowotnej będzie przebiegać w kilku następujących po sobie etapach:

- 1) **Opracowanie projektu programu** – przygotowanie kompleksowego dokumentu zawierającego uzasadnienie, cele, zakres i sposób realizacji działań profilaktycznych (III kwartał 2025 r.).
- 2) **Uchwalenie programu przez Radę Miejską Legnicy** – przyjęcie programu jako aktu prawa miejscowego, umożliwiającego jego wdrożenie i finansowanie ze środków publicznych (III kwartał 2025 r.).
- 3) **Przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej** – wyłonienie podmiotów leczniczych, które będą realizować program. Podmioty muszą spełniać określone kryteria formalne, organizacyjne i merytoryczne (III kwartał 2025 r.).
- 4) **Podpisanie umowy z realizatorem** – zawarcie umowy określającej zasady realizacji, finansowania oraz zakres obowiązków stron (III kwartał 2025 r.).
- 5) **Realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem** (lata 2025–2030), obejmująca pięć kluczowych etapów działań profilaktycznych:
 - a) **Etap I** – *akcja informacyjna* skierowana do mieszkańców Legnicy;
 - b) **Etap II** – *przeprowadzenie badań przesiewowych* w kierunku czynników ryzyka cukrzycy typu 2;
 - c) **Etap III** – *porady lekarskie w oparciu o wyniki badań*;
 - d) **Etap IV** – *grupowe i indywidualne konsultacje dietetyczne*;
 - e) **Etap V** – *warsztaty ze specjalistą aktywności fizycznej*.

Równolegle prowadzony będzie **monitoring zgłaszalności** do programu, realizowany poprzez systematyczne przekazywanie sprawozdań przez realizatora do koordynatora programu.

- 6) **Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu** – opracowanie kompleksowego podsumowania przebiegu, osiągniętych efektów oraz rekomendacji na przyszłość (I kwartał 2031 r.).

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

Koordynatorem Programu będzie **Urząd Miasta Legnicy**, który odpowiadać będzie za jego nadzór, monitorowanie oraz organizację naboru realizatorów.

Realizatorem Programu będą **podmioty lecznicze wyłonione w drodze konkursu ofert**, spełniające następujące wymogi formalne i organizacyjne:

2.1. Wymagania formalne wobec realizatorów

Podmioty ubiegające się o realizację Programu muszą:

- 1) posiadać **wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**, prowadzonego zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 711 z późn. zm.);
- 2) zapewnić realizację interwencji edukacyjnych i profilaktycznych przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym:

- a) **lekarza** (preferencyjnie specjalistę medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub diabetologii),
- b) **diabetologa** (preferencyjnie z doświadczeniem w pracy z pacjentami z grupy ryzyka cukrzycy typu 2),
- c) **specjalistę aktywności fizycznej** (np. fizjoterapeutę, trenera zdrowia, instruktora rekreacji ruchowej).

2.2. Wymagania techniczno-organizacyjne

Realizatorzy muszą dysponować odpowiednimi zasobami lokalowymi, sprzętowymi i organizacyjnymi, w tym:

- 1) **pomieszczeniami dostosowanymi do potrzeb realizacji świadczeń zdrowotnych**, zapewniającymi komfort, intymność i bezpieczeństwo uczestników Programu;
- 2) **sprzętem komputerowym i oprogramowaniem** umożliwiającym rejestrację, gromadzenie i przetwarzanie danych pozyskanych w trakcie realizacji Programu;
- 3) możliwością prowadzenia **dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej** – zgodnie z wzorami określonymi w załącznikach do Programu (załącznik nr 2)
- 4) możliwością **przekazywania raportów okresowych i końcowego sprawozdania** z realizacji działań Programu (załącznik 4 – wzór raportu okresowego).

2.3. Obowiązki w zakresie dokumentacji i ochrony danych

Podmioty realizujące Program będą zobowiązane do:

- 1) prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z:
 - a) ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2022 poz. 1876),
 - b) ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. 2022 poz. 1555),
 - c) ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781);
- 2) zapewnienia **bezpieczeństwa i poufności danych osobowych i medycznych** uczestników Programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO i krajowymi regulacjami;
- 3) przekazywania uczestnikom Programu **ankiet oceniających poziom satysfakcji z udziału w działaniach profilaktycznych** oraz włączania ich wyników do raportowania.

V. Sposób monitorowania programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie realizacji programu będzie prowadzone przez koordynatora programu **Urząd Miasta Legnicy** – na podstawie danych przekazywanych przez realizatorów zgodnie z harmonogramem sprawozdawczości. Analizie podlegać będą m.in.:

- 1) **liczba i odsetek osób zakwalifikowanych i uczestniczących w programie**, raportowane rocznie oraz po zakończeniu programu,
- 2) **liczba i odsetek uczestników, którzy nie ukończyli pełnego cyklu interwencji edukacyjnych i zdrowotnych**, raportowane z tą samą częstotliwością,
- 3) **liczba i odsetek uczestników objętych działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej**, w tym dietoprofilaktyki, edukacji ruchowej i samokontroli glikemii,
- 4) **procent uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie**, z podaniem – o ile to możliwe – przyczyn rezygnacji,
- 5) **procent uczestników, którzy ukończyli cały zaplanowany cykl programu** (w pełnym wymiarze edukacyjnym i diagnostycznym).

Dane te będą stanowiły podstawę do oceny realizacji celów operacyjnych programu oraz identyfikacji obszarów wymagających usprawnień.

2. Ocena jakości świadczeń

W celu zapewnienia wysokiego standardu realizacji działań, prowadzona będzie ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach programu. Obejme ona:

- 1) **coroczną analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników programu** (załącznik nr 3), zawierającej pytania dotyczące m.in. organizacji, dostępności, przydatności i poziomu zadowolenia z oferowanych interwencji;
- 2) wyniki monitorowania będą wykorzystywane do opracowania **okresowych raportów częściowych** oraz **sprawozdania końcowego** z realizacji programu. Dokumenty te posłużą również jako materiał dowodowy do ewentualnych wniosków o kontynuację lub modyfikację programu w kolejnych latach.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Budżet na rok 2025
programu profilaktyki cukrzycy typu 2
dla mieszkańców Miasta Legnicy w wieku 45-65 lat

(dla 150 uczestników, z czego ok 60 osób potencjalnie zakwalifikuje się do dalszych etapów -
przy założeniu, że rozpowszechnienie choroby wynosi ok 40%)

Etap	Działanie	Liczba jednostek	Stawka jednostkowa (zł)	Koszt całkowity (zł)	Uwagi
Etap I	Akcja promocyjna	ryczałt	—	5 000,00	Kampania lokalna, materiały promocyjne
Etap II	Koszt personelu medycznego	ryczałt	800,00	9 600,00	6 dni, 2 osoby po 800 zł dziennie
	OGTT (doustny test tolerancji glukozy)	150 osób	38,50	5 775,00	Pogłębiona diagnostyka
Etap III	Ocena wyników badań laboratoryjnych	150 osób	100,00	15 000,00	W oparciu o wyniki badań
	Porada lekarska	60 osób	200,00	12 000,00	W oparciu o wyniki badań
Etap IV	Konsultacja z edukatorem diabetologicznym	12 h	500,00	6 000,00	Zajęcia z edukatorem diabetologicznym dla 25 osób w formie warsztatów (6 x 2h)
Etap V	Warsztaty aktywności fizycznej	12 h	500,00	6 000,00	Zajęcia grupowe dla 25 osób (6 x 2 h)
X	Koszty administracyjno – gospodarcze realizatora	ryczałt	1 500,00	9 000,00	Koszty wynajmu sali na zajęcia edukacyjne dla 6 grup pacjentów, obsługi technicznej i administracyjnej programu
RAZEM				68 375,00	

W kolejnych latach program realizowany będzie w zakresie wynikającym z zainteresowania mieszkańców, możliwości finansowych budżetu Miasta Legnicy oraz dofinansowania pozyskanego ze źródeł zewnętrznych.

Bibliografia:

1. International Diabetes Federation (IDF). *IDF Diabetes Atlas*, 9th edition, Brussels 2019.
2. International Diabetes Federation (IDF). *IDF Diabetes Atlas*, 10th edition, Brussels 2021.
3. International Diabetes Federation (IDF). *IDF Diabetes Atlas*, 11th edition, Brussels 2025
4. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD). *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą na 2019 rok*, „Diabetologia Kliniczna”, 2019.
5. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD). *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą na 2023 rok*, „Diabetologia Kliniczna”, 2023.
6. World Health Organization (WHO). *Global report on diabetes*, Geneva 2016.
7. World Health Organization (WHO). *Diabetes in the WHO European Region: facts and figures*, 2019.
8. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). *Analiza świadczeń zdrowotnych związanych z cukrzycą w Polsce*, Warszawa 2010.
9. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). *Analiza świadczeń zdrowotnych związanych z cukrzycą w Polsce*, Warszawa 2018.
10. Basiw W. (BASIW). *Policy Brief: Cukrzyca a otyłość*, Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna i World Obesity Federation, 2022.
11. American Diabetes Association (ADA). *Standards of Medical Care in Diabetes – 2022*, „Diabetes Care”, vol. 45, suppl. 1, 2022.
12. European Society of Cardiology (ESC), European Association for the Study of Diabetes (EASD). *2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases*, „European Heart Journal”, 2019;40(39):3215–3221.
13. Główny Urząd Statystyczny (GUS). *Bank Danych Lokalnych (BDL)*, dostęp: 2024,
14. Ministerstwo Zdrowia. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025*, Warszawa 2021.
15. Ministerstwo Zdrowia. *Mapa Potrzeb Zdrowotnych – Stan Zdrowia Ludności i Potrzeby Zdrowotne na poziomie województwa dolnośląskiego*, Warszawa 2023.
16. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). *Rekomendacja nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. dotycząca profilaktyki cukrzycy typu 2*, Warszawa 2024.
17. Górski M., Czupryniak L. *Epidemiologia i prewencja cukrzycy typu 2*, „Nowiny Lekarskie”, 2007; 76(1): 52–56.
18. Ministerstwo Zdrowia. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025*. Warszawa, 2021.

Kwestionariusz uczestnika programu profilaktyki cukrzycy typu 2 (wzór)**A. Dane osobowe uczestnika**

(Imię i nazwisko, adres, PESEL, kontakt – dane powinny być zbierane zgodnie z RODO)

- Imię i nazwisko:
- PESEL:
- Adres zamieszkania:
- Numer telefonu:
- Adres e-mail (opcjonalnie):

B. Pytania wstępne – ocena ryzyka i kwalifikacja (można zaznaczyć „TAK” lub „NIE”)

Pytanie	TAK	NIE
Czy masz więcej niż 45 lat?	☐	☐
Czy masz nadwagę lub otyłość?	☐	☐
Czy jesteś aktywny fizycznie mniej niż 30 minut dziennie?	☐	☐
Czy w rodzinie (rodzice, rodzeństwo) ktoś choruje na cukrzycę?	☐	☐
Czy masz nadciśnienie tętnicze?	☐	☐
Czy miałeś/miałaś kiedyś podwyższony poziom glukozy we krwi?	☐	☐
Czy palisz papierosy?	☐	☐
Czy spożywasz warzywa i owoce rzadziej niż raz dziennie?	☐	☐

C. Deklaracja uczestnika

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się z celem i zasadami programu „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Gminy Legnica w wieku 45–65 lat na lata 2025–2030” i dobrowolnie wyrażam zgodę na udział w nim.
- Potwierdzam, że w chwili przystąpienia do programu **nie posiadam rozpoznanej cukrzycy typu 2**, ani nie jestem pod stałą opieką diabetologiczną z tego powodu.

.....

Data i podpis uczestnika

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Urzędzie Miasta Legnicy w związku z Programem profilaktyki cukrzycy typu 2

1. Administratorem Danych Osobowych jest Prezydent Miasta Legnicy, Plac Słowiański 8, 59-220 Legnica, tel. 76 72-12-100, email: kancelaria@legnica.eu
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych w osobie Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania, Plac Słowiański 8, 59-220 Legnica, tel. 76 7212187, e-mail : iod@legnica.eu
3. Celem przetwarzania danych jest zebranie danych osobowych i adresowych oraz informacji dotyczących oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 w związku z realizacją Programu profilaktyki cukrzycy typu 2.
4. Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. d) i e) Rozporządzenia RODO, to jest działanie niezbędne dla ochrony żywotnych interesów właściciela danych i działanie w interesie publicznym oraz art. 9 ust. 2 lit. h) Rozporządzenia RODO, to jest, kiedy przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej.
5. Odbiorcą Pani/Pana danych będzie personel medyczny i pomocniczy podmiotu realizującego Program, wyłonionego w drodze konkursu.
6. Urząd nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego, jeśli nie wymagają tego przepisy szczególne.
7. Okres przechowywania danych osobowych określony jest czasem trwania Programu, to jest do końca 2026r. i dalej, zgodnie z przepisami o archiwizacji.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania. Przysługuje Pani/Panu również prawo do przenoszenia danych. Dodatkowo ma Pani/Pan prawo żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych, prawo sprzeciwu wobec przetwarzania jeśli dzieje się to niezgodnie z prawem.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeśli Pani/Pan uważa, że przetwarzane są one niezgodnie z prawem.
10. Urząd nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany.

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO (WZÓR)

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Mieście Legnica

Dane pacjenta:

- Imię i nazwisko:
- PESEL:
- Adres zamieszkania:
- Telefon kontaktowy:

1. Wywiad medyczny:

Pytanie	TAK	NIE
Czy w rodzinie występuje cukrzyca (rodzice, rodzeństwo)?	☐	☐
Czy występuje nadciśnienie tętnicze?	☐	☐
Czy chorujesz na choroby sercowo-naczyniowe?	☐	☐
Czy kiedykolwiek stwierdzono u Ciebie podwyższony poziom glukozy?	☐	☐
Czy prowadzisz siedzący tryb życia / brak regularnej aktywności fizycznej?	☐	☐
Czy palisz papierosy?	☐	☐

2. Pomiar parametrów antropometrycznych i ciśnienia:

Parametr	Wynik	Jednostka
Masa ciała	_____	kg
Wzrost	_____	cm
Ciśnienie tętnicze krwi	_____	mmHg
BMI	_____	kg/m ²

3. Wynik oznaczenia glikemii (glukozy na czczo):

- **Wynik:** mg/dl
- **Data pobrania:**
- **Czy wynik przekracza 100 mg/dl?** ☐ TAK ☐ NIE

4. Ocena ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2:

(np. na podstawie punktacji FINDRISC lub oceny lekarza)

- ☐ Niskie ☐ Umiarkowane ☐ Wysokie

5. Decyzja lekarska:

- ☐ Brak wskazań do dalszej diagnostyki
- ☐ Skierowanie do lekarza POZ
- ☐ Skierowanie do dalszej diagnostyki
- ☐ Edukacja diabetologiczna i/lub udział w zajęciach ruchowych

Uwagi lekarza (opcjonalnie):

.....

.....

Podpis i pieczęć osoby wykonującej badanie

Data badania:

Ankieta oceny programu przez uczestnika (wzór)

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Mieście Legnica

(wypełnij po zakończeniu udziału w programie)

A. Ocena poszczególnych elementów programu (skala 1–5)

Gdzie: 1 – **bardzo źle**, 2 – **źle**, 3 – **przeciętnie**, 4 – **dobrze**, 5 – **bardzo dobrze**

Element programu	Ocena (1–5)
Organizacja zapisów i komunikacja	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Przebieg badań przesiewowych (pomiar glukozy, BMI)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Konsultacja dietetyczna	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Warsztaty sportowe	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Jakość materiałów edukacyjnych	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Kontakt z personelem realizującym program	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Ogólna satysfakcja z udziału w programie	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

B. Pytania otwarte:

1. Co najbardziej podobało Ci się w programie?

.....

2. Czy udział w programie wpłynął na Twoje nawyki zdrowotne? Jeśli tak, w jaki sposób?

.....

3. Co Twoim zdaniem warto poprawić lub zmienić w przyszłych edycjach?

.....

4. Czy polecił(a)byś udział w programie innym mieszkańcom Mieście Legnica?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

C. Informacje dodatkowe (dobrowolne):

- Wiek:
- Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

RAPORT OKRESOWY Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ (wzór)

„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Miasta Legnicy w wieku 45–65 lat”

1. Nazwa i adres podmiotu realizującego program:

.....

Okres sprawozdawczy:

Od do

Adresat:

Urząd Miasta Legnicy

2. Liczba uczestników programu w okresie sprawozdawczym:

Kategoria	Liczba osób
Liczba osób zgłoszonych do programu	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału	
Liczba osób przebadanych (badania przesiewowe)	
Liczba przeprowadzonych konsultacji dietetycznych	
Liczba uczestników warsztatów ruchowych	
Liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki	

3. Krótkie podsumowanie działań w okresie sprawozdawczym:

.....
.....
.....

Osoba sporządzająca sprawozdanie:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Kontakt (e-mail, telefon):

Data i podpis: