Projekt

z dnia 17 listopada 2026 r.
Zatwierdzony przez .....

UCHWAŁA NR .....
RADY GMINY SZTUTOWO

z dnia ..... 2026 r.

w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej na lata 2027–2029 dla mieszkańców Gminy Sztutowo“ w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2.

Na podstawie 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.) oraz art. 48 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.) Rada Gminy Sztutowo uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej na lata 2027–2029 dla mieszkańców Gminy Sztutowo“ w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Sztutowo.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały nr .....

Rady Gminy Sztutowo

z dnia.....2026 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„Przyszłość bez cukrzycy”

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców gminy Sztutowo

Okres realizacji programu: 2027-2029

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)

Program opracowany zgodnie z Rekomendacją nr 7/2024 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 11 grudnia 2024 r. dotyczącą profilaktyki cukrzycy typu 2

Podmiot opracowujący program: Badamysie.pl Sp. z o.o.

Sztutowo 2026

AKCEPTUJĘ

……..
data, oznaczenie1) oraz podpis osoby zatwierdzającej program polityki zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy

[1]) Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbow

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

W nawiasach na końcu zdań podano źródło informacji, np. „(Rekomendacja AOTMiT 7/2024)" albo „(GUS 2026a)". Pełne opisy źródeł zawiera rozdział VII. Bibliografia.

I. *Opis problemu zdrowotnego*

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią, która wynika z defektu wydzielania lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych (Rekomendacja AOTMiT 7/2024).

Według klasyfikacji WHO wyróżnia się cukrzycę typu 1, cukrzycę typu 2, hybrydowe postacie cukrzycy, inne specyficzne typy cukrzycy (m.in. związane z defektami genetycznymi, chorobami trzustki, endokrynopatiami lub stosowaniem leków), cukrzycę niesklasyfikowaną oraz hiperglikemię po raz pierwszy wykrytą w ciąży (WHO 2019). Program dotyczy profilaktyki cukrzycy typu 2, która stanowi zdecydowaną większość przypadków cukrzycy u dorosłych.

Cukrzyca typu 2 (kod ICD-10: E11) to postępująca utrata zdolności komórek β trzustki do prawidłowego wydzielania insuliny z towarzyszącą insulinoopornością. Jej wystąpienie jest uwarunkowane genetycznie, jednak decydującą rolę odgrywają czynniki środowiskowe: nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej oraz nieprawidłowe nawyki żywieniowe (Rekomendacja AOTMiT 7/2024). Ryzyko zachorowania rośnie z wiekiem, dlatego badanie w kierunku cukrzycy zaleca się każdej osobie po 45. roku życia (PTD 2026).

Do czynników ryzyka cukrzycy typu 2 należą (PTD 2026; PTD 2023, za: Rekomendacja AOTMiT 7/2024):

- nadwaga lub otyłość (BMI ≥25 kg/m² lub obwód talii ≥80 cm u kobiet i ≥94 cm u mężczyzn),
- cukrzyca u rodziców lub rodzeństwa,
- mała aktywność fizyczna,
- przynależność do grupy środowiskowej lub etnicznej o podwyższonym ryzyku cukrzycy,
- stan przedcukrzycowy stwierdzony w poprzednim badaniu,
- przebyta cukrzyca ciążowa lub urodzenie dziecka o masie ciała >4 kg,
- nadciśnienie tętnicze (≥140/90 mmHg),
- dyslipidemia (stężenie cholesterolu frakcji HDL <40 mg/dl lub triglicerydów >150 mg/dl),
- stłuszczeniowa choroba wątroby,
- zespół policystycznych jajników,
- choroba układu sercowo-naczyniowego.

Cukrzyca typu 2 w połowie przypadków przebiega bezobjawowo. Objawy pojawiają się w miarę narastania stężenia glukozy we krwi i mogą wystąpić dopiero po kilku latach. Do klasycznych objawów należą osłabienie i senność, spadek masy ciała, zwiększone oddawanie moczu (poliuria) oraz nadmierne pragnienie (polidypsja). Mogą wystąpić także ropne zakażenia skóry lub zakażenia układu moczowo-płciowego (Rekomendacja AOTMiT 7/2024).

Niekontrolowana cukrzyca prowadzi do przewlekłych powikłań, przede wszystkim sercowo-naczyniowych, które są główną przyczyną zgonów wśród chorych. Szacuje się, że z powodu choroby wieńcowej umiera ponad 50% chorych na cukrzycę, a współistnienie cukrzycy i choroby wieńcowej zwiększa ryzyko zgonu 3-5-krotnie u kobiet i 2-3-krotnie u mężczyzn (Zdrojewski 2016, za: Rekomendacja AOTMiT 7/2024). Długotrwała hiperglikemia uszkadza także siatkówkę, nerki i nerwy obwodowe oraz sprzyja powstawaniu zespołu stopy cukrzycowej.

Rozpoznanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej opiera się na laboratoryjnym oznaczeniu stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej. Stosowane kryteria przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Kryteria rozpoznawania stanów hiperglikemii

Stan	Kryterium

Prawidłowa glikemia na czczo	70-99 mg/dl (3,9-5,5 mmol/l)
Nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG) - stan przedcukrzycowy	100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)
Nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT) - stan przedcukrzycowy	glikemia w 120. minucie doustnego testu obciążenia 75 g glukozy (OGTT): 140-199 mg/dl (7,8-11,0 mmol/l)
Cukrzyca	objawy hiperglikemii i glikemia przygodna ≥200 mg/dl (≥11,1 mmol/l) albo dwukrotnie (w różnych dniach) glikemia na czczo ≥126 mg/dl (≥7,0 mmol/l) albo glikemia w 120. minucie OGTT ≥200 mg/dl (≥11,1 mmol/l) albo HbA1c ≥6,5% (≥48 mmol/mol)

Źródło: Rekomendacja AOTMiT 7/2024 (na podstawie kryteriów WHO i zaleceń PTD).

Stan przedcukrzycowy oznacza zwiększone ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 i chorób układu krążenia. Ryzyko to można zmniejszyć, zmieniając styl życia. W przeglądach systematycznych przeanalizowanych przez AOTMiT wykazano, że:

●interwencje modyfikujące styl życia zmniejszały ryzyko cukrzycy typu 2 u osób ze stanem przedcukrzycowym o 22% (RR=0,78; Jonas 2021), a w innym przeglądzie o 42% (OR=0,58; Sun 2022),

●intensywna interwencja (konsultacje indywidualne prowadzone przez lekarzy i dietetyków, zajęcia grupowe lub kontakt telefoniczny) zmniejszała to ryzyko o 22% (RR=0,78; Portal-Teixeira 2024),

●programy promujące zdrową dietę i aktywność fizyczną u osób z grup ryzyka zmniejszały ryzyko cukrzycy typu 2 o 41% (RR=0,59) i zwiększały szansę powrotu do prawidłowej glikemii (RR=1,53; Balk 2015),

●edukacja prowadzona w społeczności lokalnej zmniejszała ryzyko cukrzycy typu 2 o 46% (RR=0,54) oraz obniżała glikemię na czczo, BMI i obwód talii (Shirvani 2021),

●badanie stężenia glukozy na czczo wykrywało cukrzycę typu 2 z czułością 82% i swoistością 89% (Kaur 2020).

Źródło: Rekomendacja AOTMiT 7/2024; Opinia Rady Przejrzystości 22/2021; Raporty AOTMiT.

I. *Dane epidemiologiczne*

I. Cukrzyca na świecie i w Polsce

Według Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) w 2024 r. na cukrzycę chorowało na świecie 589 mln dorosłych w wieku 20-79 lat (11,1% populacji w tym wieku), a do 2050 r. liczba ta ma wzrosnąć do 853 mln (13%). Około 43% chorych (252 mln osób) nie wie o chorobie. W 2024 r. z przyczyn związanych z cukrzycą zmarło ponad 3,4 mln osób w wieku 20-79 lat, co stanowiło 9,3% wszystkich zgonów w tej grupie wieku (IDF 2025).

Dla Polski IDF szacuje liczbę dorosłych (20-79 lat) z cukrzycą na 3 098,6 tys. Odpowiada to rozpowszechnieniu 10,2% (8,1% po standaryzacji względem wieku). Szacuje się, że 18,9% chorych (586,9 tys. osób) nie ma rozpoznania (IDF 2025). Szacunki dla Polski opierają się na badaniu WOBASZ II (lata 2013-2014, dorośli w wieku 20-74 lat), w którym wcześniej rozpoznaną cukrzycę miało 6,0% badanych, glikemię na czczo ≥126 mg/dl w jednorazowym pomiarze bez wcześniejszego rozpoznania 2,4%, a nieprawidłową glikemię na czczo 18,4% (Rutkowski 2020).

Według Ministerstwa Zdrowia na koniec 2023 r. w Polsce żyło około 3,8 mln dorosłych z rozpoznaniem cukrzycy typu 2; liczbę tę ustalono na podstawie danych NFZ z lat 2008-2023 i rejestru zdarzeń medycznych z lat 2021-2023, a ministerstwo zaznacza, że jest ona najprawdopodobniej niedoszacowana. Różnica wobec szacunku IDF wynika m.in. z tego, że IDF obejmuje tylko osoby w wieku 20-79 lat i opiera się na badaniu z lat 2013-2014, a dane ministerstwa obejmują dorosłych w każdym wieku i pochodzą z rejestrów z lat 2008-2023. W 2024 r. niemal 3,6 mln pacjentów zrealizowało receptę na leki przeciwcukrzycowe, paski do oznaczania glukozy lub igły do wstrzykiwaczy. Według szacunków Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, przywołanych przez ministerstwo, stan przedcukrzycowy ma w Polsce około 5 mln osób (MZ 2025a). Wydatki

NFZ na refundację leków przeciwcukrzycowych wzrosły z 2,0 mld zł w 2023 r. do 2,76 mld zł w 2024 r. (MZ 2025b).

Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2027-2031 wskazuje, że w 2023 r. ze świadczeń NFZ z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 skorzystało 2,5 mln osób. Cukrzyca przesunęła się z 9. miejsca w 2001 r. na 6. miejsce w 2021 r. wśród przyczyn utraty zdrowia mierzonej wskaźnikiem DALY (lata życia skorygowane niesprawnością), a jej wpływ mierzony latami przeżytymi z niesprawnością (YLD) wzrósł od 2001 r. prawie dwukrotnie. Do 2050 r. wskaźnik DALY dla cukrzycy (na 100 tys. ludności) ma wzrosnąć o 44% w porównaniu z 2021 r. (MPZ 2025).

W województwie pomorskim umieralność z powodu cukrzycy jest wyraźnie wyższa niż średnio w kraju. W 2025 r. z powodu cukrzycy zmarło w województwie 878 osób, a współczynnik zgonów wyniósł 37,2 na 100 tys. ludności wobec 25,3 w Polsce, co dało województwu drugie miejsce w kraju, po województwie podkarpackim; w latach 2021-2025 współczynnik dla województwa wynosił od 33,9 do 43,4 na 100 tys. (GUS 2026b). Mapa potrzeb zdrowotnych wskazuje dla województwa wyzwanie zmniejszenia zapadalności i umieralności z powodu cukrzycy. Jako kierunki działań wymienia kampanie edukacyjne promujące zdrową dietę i regularną aktywność fizyczną oraz działania zwiększające zgłaszalność na badania stężenia glukozy we krwi i udział w programie „Moje Zdrowie" (MPZ 2025, załącznik 11).

Gmina Sztutowo należy do powiatu nowodworskiego, który ma bardzo niską gęstość zaludnienia (37 osób na km²). Mapa potrzeb zdrowotnych zaleca wspieranie rozwoju POZ i promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, w szczególności w powiatach człuchowskim, bytowskim i nowodworskim. W 2023 r. na terenie powiatu nowodworskiego nie było poradni kardiologicznej, a wśród najczęstszych rozpoznań u seniorów powyżej 70. roku życia korzystających z POZ w województwie była cukrzyca typu 2 (MPZ 2025, załącznik 11). Danych o chorobowości cukrzycy dla gminy nie publikuje się; dane przekazane przez NFZ przedstawiono w rozdziale I.2.3.

I. Sytuacja demograficzna gminy Sztutowo

Gmina Sztutowo jest gminą wiejską w powiecie nowodworskim w województwie pomorskim. Według danych GUS na koniec 2025 r. gminę zamieszkiwało 3 368 osób (1 684 mężczyzn i 1 684 kobiety), o 282 mniej niż w 2013 r. (3 650 osób). W tym samym czasie liczba mieszkańców w wieku 65 lat i więcej wzrosła z 438 do 781 osób, a ich udział w populacji gminy z 12,0% do 23,2%. Osoby w wieku 45 lat i więcej stanowią 49,8% mieszkańców (1 677 osób) (GUS 2026a).

Tabela 2. Ludność gminy Sztutowo według grup wieku i płci (stan na 31 grudnia 2025 r. i zmiana od 2013 r.)

Grupa wieku	Mężczyźni 2025	Kobiety 2025	Ogółem 2025	Ogółem 2013	Zmiana 2013-2025
0-19	319	294	613	810	-24%
20-44	567	511	1 078	1 350	-20%
45-54	236	244	480	476	+1%
55-64	212	204	416	576	-28%
65 i więcej	350	431	781	438	+78%
Ogółem	**1 684**	**1 684**	**3 368**	**3 650**	**-8%**
w tym 45 lat i więcej	798	879	1 677	1 490	+13%

Źródło: GUS, Bank Danych Lokalnych, ludność według grup wieku i płci (stan na 31 XII), dostęp 03.11.2026.

Starzenie się populacji gminy jest istotne dla programu, ponieważ ryzyko cukrzycy typu 2 rośnie z wiekiem, a w grupie osób starszych zwiększa się liczba chorób współistniejących, w tym chorób układu krążenia.

I. Cukrzyca typu 2 wśród mieszkańców gminy Sztutowo

Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał dane o liczbie mieszkańców gminy Sztutowo (unikalne numery PESEL), u których w danym roku sprawozdano cukrzycę typu 2 (ICD-10: E11 wraz z rozszerzeniami) jako rozpoznanie główne lub współistniejące, we wszystkich rodzajach świadczeń (NFZ 2024). Dane przedstawia tabela 3. NFZ zastrzega, że gromadzi dane na potrzeby rozliczeń ze świadczeniodawcami, a nie w celach epidemiologicznych, dlatego liczby te obejmują osoby, które korzystały ze świadczeń z rozpoznaniem E11, a nie wszystkich chorych.

Tabela 3. Liczba mieszkańców gminy Sztutowo z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 (E11) w danych NFZ, 2013-2023

Wiek	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
0-24	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2
25-34	2	5	2	4	2	3	5	2	5	2	3
35-44	3	7	5	6	9	10	9	9	12	8	11
45-54	14	10	12	11	10	7	10	10	12	20	19
55-64	48	57	54	57	53	56	59	47	39	35	37
65 i więcej	89	97	87	92	117	109	107	121	122	124	115
Razem	**158**	**177**	**161**	**172**	**192**	**186**	**191**	**190**	**191**	**191**	**187**
Wiek	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
% mieszkańców z rozpoznaniem	4,3%	4,8%	4,4%	4,7%	5,3%	5,1%	5,3%	5,5%	5,5%	5,6%	5,5%
% mieszkańców 65+ z rozpoznaniem	20,3%	20,6%	17,3%	17,5%	21,2%	19,6%	18,4%	19,1%	17,9%	17,5%	15,6%

Źródło: NFZ, Centrala, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, pismo z 5.11.2024 r. (znak NFZ-DSOZ-DPSS.0143.60.2024); odsetki: obliczenia własne na podstawie danych GUS (ludność ogółem i w wieku 65+ w danym roku).

W latach 2013-2023 liczba mieszkańców z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w danych NFZ wzrosła z 158 do 187 osób (o 18%), w tym w wieku 65 lat i więcej z 89 do 115 osób. W 2023 r. rozpoznanie miało 5,5% mieszkańców gminy, a w grupie 65+ 15,6%. Liczba mieszkańców w wieku 65 lat i więcej rosła jednak szybciej niż liczba chorych w tym wieku, dlatego odsetek seniorów z rozpoznaną cukrzycą typu 2 spadł (z 20,3% w 2013 r.). Ponieważ ryzyko cukrzycy rośnie z wiekiem, a choroba długo przebiega bezobjawowo, spadek ten może oznaczać, że część chorych w gminie nie ma postawionego rozpoznania. Uzasadnia to badania przesiewowe skierowane do osób w wieku 45 lat i więcej.

W 2023 r. rozpoznanie cukrzycy typu 2 w danych NFZ miało 171 mieszkańców w wieku 45 lat i więcej. Osoby te nie kwalifikują się do badania przesiewowego (rozdział III.2).

Dodatkowo Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ przekazał liczbę sprawozdanych świadczeń udzielonych mieszkańcom gminy z rozpoznaniem głównym E11 (337 świadczeń w 2023 r., 546 w 2013 r.; POW NFZ 2024). Jest to miara korzystania ze świadczeń (jedna osoba może mieć wiele wizyt), a nie liczba chorych, dlatego nie porównuje się jej z danymi z tabeli 3.

I. *Opis obecnego postępowania*

Diagnostyka i leczenie cukrzycy są finansowane ze środków publicznych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) i w leczeniu szpitalnym. Świadczenia istotne dla programu przedstawiono poniżej.

I. Świadczenia gwarantowane

●**Badania diagnostyczne w POZ.** Lekarz POZ może zlecić badania stosowane w diagnostyce cukrzycy: oznaczenie stężenia glukozy we krwi, hemoglobiny glikowanej (HbA1c), test obciążenia glukozą i badanie moczu z oznaczeniem glukozy (Rekomendacja AOTMiT 7/2024; Rozporządzenie POZ).

●**Opieka koordynowana w POZ.** Od 1 października 2022 r. POZ może realizować opiekę koordynowaną, obejmującą m.in. diagnostykę i leczenie cukrzycy, a od 1 listopada 2023 r. także stanów przedcukrzycowych

(MPZ 2025). Świadczenie obejmuje poradę kompleksową, badania (albuminuria, wskaźnik albumina/kreatynina w moczu, USG Doppler naczyń kończyn dolnych), konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne i konsultacje dietetyczne (Rozporządzenie POZ). NFZ finansuje w roku kalendarzowym nie więcej niż dziewięć porad edukacyjnych lub konsultacji dietetycznych łącznie (MZ 2026b). W 2023 r. umowę na opiekę koordynowaną miało 31% świadczeniodawców POZ w województwie pomorskim, a skorzystało z niej 1,5% pacjentów województwa (MPZ 2025, załącznik 11).

●**Program „Moje Zdrowie" - bilans zdrowia osoby dorosłej.** Od 5 maja 2025 r. zastąpił w POZ program „Profilaktyka 40 PLUS". Przysługuje osobom od 20. roku życia, nie częściej niż co 5 lat w wieku 20-49 lat i co 3 lata po 49. roku życia. Obejmuje ankietę, badania laboratoryjne (m.in. stężenie glukozy w osoczu krwi żylnej, lipidogram, kreatyninę z eGFR), wizytę podsumowującą z pomiarem ciśnienia tętniczego, BMI i wskaźnika talia-biodro, indywidualny plan zdrowotny oraz do dwóch porad edukacyjnych (Rozporządzenie MZ 2025). Od maja 2025 r. do lutego 2026 r. ankietę programu wypełniło ponad 2,6 mln osób (MZ 2026a).

●**Program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK) w POZ.** Obejmuje m.in. oznaczenie stężenia glukozy; jest skierowany do osób w wieku 35-65 lat bez rozpoznanych m.in. chorób układu krążenia i cukrzycy, które w ciągu ostatnich 5 lat nie korzystały z tego programu, a w ciągu ostatnich 12 miesięcy z programu „Moje Zdrowie" (Rozporządzenie POZ; Rozporządzenie MZ 2025).

●**AOS i leczenie szpitalne.** Osoby z cukrzycą są leczone także w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, m.in. w poradniach diabetologicznych. W 2023 r. w AOS leczono 879 tys. pacjentów z cukrzycą (E10, E11) - najwięcej spośród ośmiu chorób przewlekłych przeanalizowanych w mapie potrzeb zdrowotnych (MPZ 2025). W szpitalu leczy się m.in. ostre powikłania cukrzycy.

Według Rekomendacji AOTMiT 7/2024 (stan na 2024 r.) w Polsce nie realizowano ogólnopolskich programów profilaktycznych nacelowanych wprost na zapobieganie cukrzycy typu 2. W 2023 r. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło pilotaż „Recepta na Ruch", obejmujący treningi z fizjoterapeutą i pracę własną z aplikacją mojeIKP (Rekomendacja AOTMiT 7/2024). Program „Moje Zdrowie" obejmuje m.in. badanie glukozy, ale nie jest ukierunkowany wyłącznie na cukrzycę i nie przewiduje zorganizowanej interwencji dotyczącej stylu życia.

I. Zalecenia kliniczne

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na 2026 r. badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzać raz na 3 lata u każdej osoby po 45. roku życia, a niezależnie od wieku raz w roku u osób, u których występuje co najmniej jeden czynnik ryzyka cukrzycy typu 2. Badanie przesiewowe polega na oznaczeniu glikemii przygodnej lub na czczo, wykonaniu OGTT lub oznaczeniu HbA1c; najczulszą metodą wykrywania stanu przedcukrzycowego pozostaje OGTT. Do rozpoznania cukrzycy na podstawie glikemii na czczo potrzebne są dwa nieprawidłowe wyniki (≥126 mg/dl) uzyskane w różnych dniach (PTD 2026; Rekomendacja AOTMiT 7/2024).

Osoby ze stanem przedcukrzycowym powinny otrzymać zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia (aktywność fizyczna co najmniej 150 minut tygodniowo, a u osób z nadwagą lub otyłością redukcja masy ciała o co najmniej 7% w skali roku i jej utrzymanie) oraz informację o skuteczności takiego postępowania. Porady dotyczące stylu życia należy powtarzać podczas każdej wizyty. U części osób ze stanem przedcukrzycowym lekarz może rozważyć leczenie farmakologiczne (PTD 2026); decyzje terapeutyczne podejmuje lekarz prowadzący poza programem. Wytyczne konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej i diabetologii z 2022 r. opisują opiekę nad pacjentem z cukrzycą w POZ, w tym w opiece koordynowanej (WPKK 2022).

I. Dokumenty strategiczne

●**Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2027-2031** wskazuje cukrzycę jako problem o rosnącym znaczeniu, zaleca upowszechnianie programu „Moje Zdrowie" i wspieranie jednostek samorządu terytorialnego w planowaniu i ewaluacji działań z zakresu zdrowia publicznego, a dla województwa pomorskiego - działania zwiększające zgłaszalność na badania glukozy oraz promowanie działań profilaktycznych w powiecie nowodworskim (MPZ 2025).

●**Krajowy Plan Transformacji na lata 2027-2031** zwraca uwagę, że korzystanie z usług profilaktycznych pozostaje na niskim poziomie, a na obszarach wiejskich i peryferyjnych dostępność świadczeń profilaktycznych jest ograniczona, oraz że działania zdrowia publicznego powinny realizować także jednostki samorządu terytorialnego. Przewiduje tworzenie mechanizmów koordynowania działań prozdrowotnych na

poziomie powiatów i gmin oraz przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia obejmującego co najmniej lata 2027-2031 (KPT 2025).

●**Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa pomorskiego na lata 2027-2031** przewiduje m.in. zwiększenie liczby programów profilaktycznych realizowanych przez podmioty lecznicze, jednostki samorządu terytorialnego i organizacje pozarządowe (wskaźnik: liczba zrealizowanych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej), regularne badania przesiewowe wśród osób z grup ryzyka, m.in. z cukrzycą i otyłością, oraz zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia, w tym w powiecie nowodworskim (WPT 2026).

●**Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026** obejmuje cel operacyjny 1 „Profilaktyka nadwagi i otyłości", z którym program jest spójny (NPZ). Po przyjęciu nowego Narodowego Programu Zdrowia gmina oceni zgodność programu z jego celami operacyjnymi.

I. Miejsce programu wśród świadczeń gwarantowanych

Program nie zastępuje świadczeń gwarantowanych, tylko je uzupełnia. Badania stosowane w programie są dostępne w POZ, dlatego program przewiduje mechanizmy zapobiegające ich powielaniu u tej samej osoby (rozdział III.3.4), zachęca mieszkańców do korzystania z programu

„Moje Zdrowie", a osoby z podejrzeniem cukrzycy kieruje do lekarza POZ. Wartością dodaną programu są: aktywne docieranie do mieszkańców z grup ryzyka na terenie gminy, edukacja w społeczności lokalnej oraz kilkumiesięczna interwencja dotycząca stylu życia dla osób ze stanem przedcukrzycowym, prowadzona na terenie gminy, blisko miejsca zamieszkania uczestników.

I. ***Uzasadnienie wprowadzenia programu i wskazanie rekomendacji Prezesa AOTMiT***

Za wprowadzeniem programu w gminie Sztutowo przemawiają następujące okoliczności:

●cukrzyca typu 2 jest częstą, przewlekłą chorobą, która długo przebiega bezobjawowo i prowadzi do powikłań sercowo-naczyniowych, nerkowych, ocznych i neurologicznych; w Polsce rozpoznania nie ma blisko co piąta osoba z cukrzycą (rozdział I.2.1),

●umieralność z powodu cukrzycy w województwie pomorskim należy do najwyższych w kraju, a mapa potrzeb zdrowotnych zaleca promowanie działań profilaktycznych w powiecie nowodworskim i zwiększanie zgłaszalności na badania glukozy we krwi (rozdział I.2.1),

●populacja gminy szybko się starzeje: liczba mieszkańców w wieku 65 lat i więcej wzrosła z 438 w 2013 r. do 781 w 2025 r., a ryzyko cukrzycy typu 2 rośnie z wiekiem,

●dane NFZ wskazują, że odsetek mieszkańców w wieku 65 lat i więcej z rozpoznaną cukrzycą typu 2 spadł mimo starzenia się populacji, co może oznaczać, że część chorych nie ma postawionego rozpoznania (rozdział I.2.3),

●stan przedcukrzycowy można wykryć prostym i tanim badaniem glukozy na czczo, a zmiana stylu życia zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy (rozdział I.1),

●świadczenia gwarantowane obejmują badania diagnostyczne i opiekę koordynowaną w POZ, ale nie przewidują aktywnego docierania do mieszkańców z grup ryzyka na terenie gminy ani zorganizowanych, kilkumiesięcznych zajęć grupowych dotyczących stylu życia (rozdział I.3).

Program opracowano na podstawie **Rekomendacji nr 7/2024 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 11 grudnia 2024 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2**. Rekomendacja odnosi się dokładnie do problemu zdrowotnego, którego dotyczy program, i zawiera modelowe rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez gminę. Zgodnie z art. 48aa ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jednostka samorządu terytorialnego uwzględnia zalecenia rekomendacji w planowanych programach polityki zdrowotnej.

Program przejmuje z rekomendacji: rodzaje interwencji (edukacja populacji ogólnej, badanie przesiewowe z oznaczeniem glukozy na czczo i testem obciążenia glukozą, interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia), populacje docelowe i kryteria kwalifikacji, cel główny, cele szczegółowe i mierniki efektywności,

wymagania dotyczące personelu, zakres monitorowania i ewaluacji oraz strukturę budżetu. Wartości docelowe celów oraz organizację działań dostosowano do sytuacji gminy, tak jak przewiduje rekomendacja.

Ponieważ program jest zgodny z rekomendacją, nie podlega opiniowaniu przez Prezesa AOTMiT (art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy). Przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu Gmina Sztutowo przekaże do Agencji oświadczenie o zgodności projektu programu z rekomendacją (art. 48aa ust. 11 i art. 48a ust. 11 ustawy).

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II. *Cel główny*

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

Wysoki poziom wiedzy oznacza ponad 75% poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy, czyli co najmniej 8 poprawnych odpowiedzi na 10 pytań testu z załącznika nr 2 (definicja z Rekomendacji AOTMiT 7/2024).

Uzasadnienie wartości docelowej. Rekomendacja zaleca dobieranie wartości docelowych do profilu populacji i dotychczasowych doświadczeń. W gminie nie realizowano dotąd programu profilaktyki cukrzycy, więc nie ma lokalnego punktu odniesienia. Próg wysokiego poziomu wiedzy jest wymagający (co najmniej 8 z 10 pytań), a wśród uczestników będą osoby starsze i osoby, które nie miały wcześniej kontaktu z edukacją zdrowotną. Z drugiej strony test sprawdza treści omawiane bezpośrednio na zajęciach, a uczestnicy otrzymują materiały do domu. Przyjęto więc wartość 70%: osiągalną, ale wymagającą starannie prowadzonych zajęć. Wartość zostanie zweryfikowana po pierwszym roku realizacji, na podstawie wyników monitorowania.

II. *Cele szczegółowe*

1. Obniżenie wartości wskaźnika BMI wśród co najmniej 20% uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.

2. Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 50% uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.

3. Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 50% uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.

Uzasadnienie wartości docelowych:

●**Cel 1 (20%).** Miernik uznaje cel za osiągnięty u uczestnika z BMI $\geq$25 kg/m², gdy po zakończeniu interwencji BMI spadnie poniżej 25 kg/m² albo masa ciała zmniejszy się o co najmniej 10%. To kryterium wymagające: wytyczne zalecają osobom z nadwagą lub otyłością redukcję masy ciała o co najmniej 5% (BCG 2023, DNSG/EASD 2023), 7% (PTD 2023, ADA 2023) lub 10% (DDG 2024) (za: Rekomendacja AOTMiT 7/2024), a interwencja trwa około 9 miesięcy. Uczestnicy to w dużej części osoby starsze. Dlatego przyjęto, że kryterium spełni co piąta osoba.

●**Cel 2 (50%).** Interwencja obejmuje dwie indywidualne konsultacje dietetyczne i zajęcia grupowe, w dużej części poświęcone żywieniu. Zmiana nawyków żywieniowych mierzona kwestionariuszem pojawia się zwykle szybciej niż zmiana masy ciała, dlatego przyjęto, że nastąpi u co najmniej połowy uczestników.

●**Cel 3 (50%).** Zajęcia obejmują poradnictwo i praktyczne ćwiczenia (m.in. szybki marsz). Część uczestników to osoby starsze, z chorobami współistniejącymi lub ograniczeniami ruchowymi, dlatego przyjęto, że wzrost poziomu aktywności fizycznej osiągnie co najmniej połowa uczestników.

II. *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*

Tabela 4. Cele programu i mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności	Wartość docelowa

Cel główny: wiedza	Odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% poprawnych odpowiedzi) z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.	≥70%
Cel szczegółowy 1: BMI	Odsetek osób włączonych do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia z BMI ≥25 kg/m² (w momencie kwalifikacji do interwencji), które po zakończeniu interwencji uzyskały BMI <25 kg/m² lub u których masa ciała obniżyła się o co najmniej 10% względem wartości wyjściowej. Pomiary wykonuje się dwukrotnie: na konsultacji dietetycznej początkowej i końcowej; brak pomiaru końcowego oznacza niespełnienie kryterium.	≥20%
Cel szczegółowy 2: nawyki żywieniowe	Odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę nawyków żywieniowych (zwalidowany kwestionariusz, np. QEB lub KomPAN) w porównaniu z konsultacją dietetyczną początkową. Brak pomiaru końcowego oznacza niespełnienie kryterium.	≥50%
Cel szczegółowy 3: aktywność fizyczna	Odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (zwalidowany kwestionariusz, np. IPAQ) w porównaniu z konsultacją dietetyczną początkową. Brak pomiaru końcowego oznacza niespełnienie kryterium.	≥50%

Mierniki określono zgodnie z Rekomendacją AOTMiT 7/2024. Wartością wyjściową dla celu głównego jest wynik pre-testu przed zajęciami, a dla celów szczegółowych - pomiary i kwestionariusze z konsultacji dietetycznej początkowej (odbywającej się przed pierwszym spotkaniem grupowym). Wartości końcowe pochodzą z post-testu i z konsultacji dietetycznej końcowej.

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

III. *Populacja docelowa*

Program jest skierowany do mieszkańców gminy Sztutowo. Liczebność populacji docelowej oszacowano dla każdego etapu na podstawie danych GUS (stan na 31 grudnia 2025 r.) i NFZ:

●**edukacja** - populacja ogólna; mieszkańców gminy w wieku 20 lat i więcej jest 2 755 (GUS podaje ludność w grupach pięcioletnich; do tego dochodzi około 75 osób w wieku 18-19 lat); zajęcia w szkołach obejmą uczniów klas VII-VIII (w gminie mieszka po około 30-40 dzieci w każdym roczniku),

●**badanie przesiewowe** - osoby w wieku 45 lat i więcej bez rozpoznanej cukrzycy typu 2: od 1 677 osób w tym wieku odjęto 171 osób z rozpoznaniem E11 w danych NFZ (2023 r.), co daje około 1 506 osób; do tej populacji należą także osoby w wieku 18-44 lata z nadwagą lub otyłością i dodatkowym czynnikiem ryzyka oraz pełnoletnie osoby ze stanem przedcukrzycowym (ich liczby nie da się wiarygodnie ustalić na podstawie danych publicznych; przyjęto, że osoby poniżej 45 lat stanowić będą niewielką część badanych),

●**interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia** - pełnoletnie osoby ze stanem przedcukrzycowym wykrytym w programie; przy założeniu, że nieprawidłowy wynik albo inne wskazanie do testu OGTT będzie miało około 30% badanych, będzie to najwyżej około 135 osób w okresie programu; do tego dochodzą osoby ze stanem przedcukrzycowym udokumentowanym wynikiem z ostatnich 12 miesięcy (np. z POZ).

Tabela 5. Populacja docelowa i planowana liczba uczestników w latach 2027-2029

Etap programu	Populacja docelowa	Liczebność populacji	Planowana liczba uczestników 2027-2029

Edukacja	Populacja ogólna: dorośli mieszkańcy gminy oraz uczniowie klas VII-VIII szkół podstawowych z terenu gminy	2 755 mieszkańców w wieku 20 lat i więcej (i ok. 75 w wieku 18-19 lat) oraz po ok. 30-40 dzieci w każdym roczniku szkolnym (GUS 2026a)	320 dorosłych i 120 uczniów
Badanie przesiewowe	Osoby pełnoletnie bez rozpoznanej cukrzycy: ze stanem przedcukrzycowym, w wieku 45 lat i więcej albo w wieku 18-44 lata z nadwagą lub otyłością i co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka	ok. 1 506 osób w wieku 45+ bez rozpoznanej cukrzycy typu 2 (oraz część młodszych dorosłych)	450 osób
Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia	Osoby pełnoletnie z nieprawidłowym stężeniem glukozy wykrytym w badaniu przesiewowym lub ze zdiagnozowanym stanem przedcukrzycowym	szacunkowo ok. 135 osób (ok. 30% badanych w programie) oraz osoby ze stanem przedcukrzycowym udokumentowanym wynikiem z ostatnich 12 miesięcy	100 osób (4 cykle po 25 osób)

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS (Bank Danych Lokalnych) i NFZ. Liczba uczestników wynika z budżetu programu (rozdział VI).

Założenia: w badaniu przesiewowym około 30% osób będzie miało nieprawidłowy wynik albo inne wskazanie do testu obciążenia glukozą. Test OGTT nie jest wykonywany u osób z glikemią na czczo ≥126 mg/dl (są kierowane do lekarza POZ), dlatego zaplanowano 130 testów OGTT. Do interwencji dotyczącej stylu życia trafią osoby ze stanem przedcukrzycowym wykrytym w programie albo udokumentowanym wynikiem z ostatnich 12 miesięcy (np. z POZ). Liczba około

135 osób jest szacunkiem górnym: obejmuje także osoby, u których test OGTT da wynik prawidłowy albo wskazujący na cukrzycę, a część osób ze stanem przedcukrzycowym nie zdecyduje się na kilkumiesięczną interwencję. Dlatego zaplanowano 100 miejsc; postępowanie w razie większej liczby chętnych opisuje rozdział III.3.3. Założenia zostaną zweryfikowane po pierwszym roku realizacji, a liczby osób w kolejnych latach mogą być dostosowane do rzeczywistego zapotrzebowania w ramach budżetu programu.

Program przewiduje 450 badań przesiewowych (jedno badanie na osobę), co odpowiada około 30% mieszkańców w wieku 45 lat i więcej bez rozpoznanej cukrzycy (ok. 1 506 osób); niewielką część badanych będą stanowić młodsze osoby z grup ryzyka. Kolejność udziału w razie większej liczby zgłoszeń niż miejsc określa rozdział III.2.

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

Do każdego etapu programu kwalifikuje się osoba, która spełnia kryteria włączenia dla danego etapu (jeżeli tabela 6 wymienia kryteria alternatywne, wystarczy spełnienie jednego z nich) i nie spełnia żadnego kryterium wyłączenia. Warunkiem udziału w badaniu przesiewowym i w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia jest ukończenie 18 lat (uzasadnienie pod tabelą 6), zamieszkiwanie na terenie gminy Sztutowo (w rozumieniu art. 25 Kodeksu cywilnego, potwierdzone oświadczeniem) oraz pisemna zgoda na udział w programie (załącznik nr 3). Spotkania edukacyjne są otwarte dla dorosłych mieszkańców gminy, a zajęcia w szkołach obejmują uczniów szkół z terenu gminy, za zgodą dyrekcji i w trybie przyjętym w szkole; warunkiem udziału w zajęciach jest wypełnienie pre-testu.

Tabela 6. Kryteria włączenia i wyłączenia

Etap	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Edukacja	Populacja ogólna (dorośli mieszkańcy gminy; uczniowie klas VII-VIII szkół podstawowych z terenu gminy)	Brak

Badanie przesiewowe	Osoby pełnoletnie, które spełniają jedno z kryteriów: wiek 45 lat i więcej lub wiek poniżej 45 lat, nadwaga lub otyłość i co najmniej jeden dodatkowy czynnik ryzyka cukrzycy typu 2 (wg zaleceń PTD, rozdział I.1) lub zdiagnozowany stan przedcukrzycowy.	Zdiagnozowana cukrzyca typu 2. Wykonanie badania przesiewowego (oznaczenia stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej) w ramach świadczeń gwarantowanych, w tym w programie „Moje Zdrowie", w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem. Pozostawanie pod opieką poradni diabetologicznej. Wcześniejsze oznaczenie glukozy na czczo w ramach programu.
Etap	**Kryteria włączenia**	**Kryteria wyłączenia**
Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia	Osoby pełnoletnie, u których w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem: wykryto stan przedcukrzycowy w badaniu przesiewowym w programie lub rozpoznano stan przedcukrzycowy poza programem (udokumentowany wynikiem badania).	Wynik badania przesiewowego wskazujący na cukrzycę typu 2. Wcześniejszy udział w interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia w ramach programu. Skorzystanie w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem z podobnej interwencji finansowanej ze środków publicznych (np. konsultacji dietetycznych w opiece koordynowanej w POZ).

Kryteria zgodne z Rekomendacją AOTMiT 7/2024; dodatkowe zawężenia (wiek, wynik nie starszy niż 12 miesięcy przy kwalifikacji do interwencji, jedno badanie przesiewowe na osobę) uzasadniono poniżej. Okres 12 miesięcy w kryterium wyłączenia z badania przesiewowego odpowiada zalecanej przez PTD corocznej kontroli glikemii w grupach ryzyka i chroni przed powtarzaniem badania sfinansowanego przez NFZ.

Osoba, która w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała oznaczone stężenie glukozy we krwi w ramach świadczeń gwarantowanych, nie wykonuje ponownie tego badania w programie. Jeżeli przedstawi wynik wskazujący na stan przedcukrzycowy, może zostać zakwalifikowana bezpośrednio do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia. Jeżeli jej wynik był prawidłowy, może skorzystać z działań edukacyjnych.

Wynik z ostatnich 12 miesięcy. Podstawą kwalifikacji do interwencji jest wynik wskazujący na stan przedcukrzycowy, uzyskany w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem w badaniu przesiewowym w programie albo poza programem, np. w POZ (ten sam okres co w kryterium wyłączenia z badania przesiewowego). Osoba, u której stan przedcukrzycowy rozpoznano wcześniej, najpierw wykonuje badanie przesiewowe w programie, ponieważ od tego czasu mogła rozwinąć się u niej cukrzyca typu 2, a cukrzyca wyklucza z interwencji. Osoba, która miała już badanie przesiewowe w programie, a zgłasza się do interwencji ponad 12 miesięcy po nim, przedstawia nowszy wynik, np. z POZ.

Jedno badanie przesiewowe na osobę. Każda osoba może wykonać badanie przesiewowe w programie raz. Badania przesiewowe trwają w programie niecałe 2 lata (od II kwartału 2027 r. do lutego 2029 r.), krócej niż zalecany przez PTD 3-letni odstęp między badaniami u osób w wieku 45 lat i więcej. Osobom z czynnikami ryzyka, którym PTD zaleca badanie co roku, program zaleca dalszą kontrolę glikemii w POZ (rozdział III.5). Rekomendacja AOTMiT 7/2024 dopuszcza dodatkowe kryteria, które pozwalają dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego przy posiadanych zasobach; dzięki temu kryterium 450 badań obejmie 450 różnych mieszkańców.

Zawężenie do osób pełnoletnich. Rekomendacja AOTMiT 7/2024 nie określa dolnej granicy wieku w badaniu przesiewowym, ale dopuszcza zawężenie populacji, jeżeli dodatkowe kryterium zostanie uzasadnione merytorycznie. Badanie przesiewowe i interwencję nacelowaną na modyfikację stylu życia ograniczono do osób, które ukończyły 18 lat, ponieważ:

●u dzieci i młodzieży badania w kierunku cukrzycy typu 2 prowadzi się według odrębnych zasad: po rozpoczęciu dojrzewania lub po 8. roku życia, gdy BMI wynosi co najmniej 85. centyl dla wieku i płci i występują czynniki ryzyka, z użyciem testu OGTT z oznaczeniem glikemii po 30, 60, 90 i 120 minutach albo oznaczenia HbA1c (PTD 2026, rozdział 23),

●kryteria i narzędzia stosowane w programie są określone dla dorosłych: próg BMI ≥25 kg/m² i progi obwodu talii, kwestionariusz FINDRISC (opracowany na podstawie badania osób w

wieku 35-64 lat; Lindström 2003) oraz oznaczenie glukozy na czczo z testem OGTT ocenianym w 120. minucie,

●amerykańska grupa ekspertów USPSTF uznała, że dostępne dowody nie pozwalają ocenić korzyści i szkód badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 2 u osób poniżej 18 lat bez objawów (USPSTF 2022 - wytyczne uwzględnione w Rekomendacji AOTMiT 7/2024).

Dzieci i młodzież są objęte etapem edukacji (zajęcia w szkołach), zgodnie z zaleceniem rekomendacji, aby działania edukacyjne obejmowały także tę grupę.

Kolejność udziału. Jeżeli w danym roku liczba zgłoszeń do badania przesiewowego przekroczy liczbę miejsc przewidzianych w budżecie, o kolejności decydują kryteria pierwszeństwa wskazane w rekomendacji: 1) osoby ze zdiagnozowanym stanem przedcukrzycowym, 2) osoby w wieku 45 lat i więcej, 3) osoby w wieku 18-44 lata z nadwagą lub otyłością i dodatkowym czynnikiem ryzyka. W obrębie grupy pierwszeństwo mają osoby z wyższym wynikiem kwestionariusza FINDRISC (podanym przy zgłoszeniu), a przy równym wyniku decyduje kolejność zgłoszeń. Osoby, które nie zmieszczą się w limicie, są zapraszane w pierwszej kolejności w następnym naborze. Harmonogram naborów aktualizuje się co roku na podstawie danych z monitorowania, tak jak zaleca rekomendacja.

III. *Planowane interwencje*

Program składa się z trzech etapów zgodnych z Rekomendacją AOTMiT 7/2024: działań edukacyjnych, badania przesiewowego (z wizytą kontrolną) oraz interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia. Interwencje są zgodne z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD 2026), a ich skuteczność potwierdzają przeglądy systematyczne przedstawione w rozdziale I.1. Ścieżkę uczestnika przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Ścieżka uczestnika programu

Krok	Co się dzieje	Kto
1. Edukacja	Spotkanie edukacyjne (pre-test, zajęcia, post-test), samoocena ryzyka kwestionariuszem FINDRISC, informacja o badaniu przesiewowym i sposobie przygotowania się do niego	Edukator (np. dietetyk, pielęgniarka, edukator zdrowotny)
2. Zgłoszenie i kwalifikacja	Rejestracja telefoniczna lub osobista; wizyta kwalifikacyjna: weryfikacja kryteriów, oświadczenia i zgody, wywiad, FINDRISC, pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu talii i ciśnienia tętniczego, pobranie krwi na czczo	Pielęgniarka
3. Badanie przesiewowe	Oznaczenie glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo; przy wyniku 100-125 mg/dl lub uzasadnionym podejrzeniu zaburzeń mimo wyniku <100 mg/dl - doustny test obciążenia 75 g glukozy (OGTT)	Pielęgniarka, laboratorium; lekarz (decyzja o OGTT w innych sytuacjach, rozdział III.3.2)
4. Wizyta kontrolna	Omówienie wyniku i pisemne zalecenia; przy wyniku prawidłowym informacja o profilaktyce i broszura, przy stanie przedcukrzycowym skierowanie do interwencji stylu życia, przy podejrzeniu cukrzycy (a w razie potrzeby także przy glukozie na czczo <70 mg/dl) skierowanie do lekarza POZ	Lekarz
5. Interwencja stylu życia	Ok. 9 miesięcy: konsultacja dietetyczna początkowa, 8 spotkań grupowych (do 15 osób), konsultacja końcowa; pomiary i kwestionariusze na początku i na końcu	Dietetyk, edukator zdrowotny, fizjoterapeuta
6. Zakończenie	Zindywidualizowane zalecenia dalszego postępowania, ankieta satysfakcji	Realizator

Udział w spotkaniu edukacyjnym (krok 1) nie jest warunkiem zgłoszenia się na badanie przesiewowe. Osoba ze stanem

przedcukrzycowym udokumentowanym wynikiem z ostatnich 12 miesięcy może po kwalifikacji (krok 2) przejść bezpośrednio do interwencji (krok 5), na zasadach opisanych w rozdziale III.2.

III. Działania edukacyjne

Działania edukacyjne są skierowane do populacji ogólnej. Wydzielono dwie subpopulacje o różnych potrzebach:

●**dorośli mieszkańcy gminy** - spotkania edukacyjne (90 minut, grupy do 25 osób) organizowane w różnych miejscowościach gminy; w latach 2027-2029 planuje się 16 spotkań dla około 320 osób,

●**uczniowie klas VII-VIII szkół podstawowych z terenu gminy** - zajęcia w szkole (45 minut, jedna klasa); co roku zajęcia obejmują jeden rocznik (2 zajęcia, ok. 40 uczniów), tak aby każdy rocznik uczestniczył w nich tylko raz; w latach 2027-2029 planuje się 6 zajęć dla około 120 uczniów, we współpracy z dyrekcją szkół.

Zajęcia w szkołach skierowano do uczniów klas VII-VIII, czyli najstarszych roczników szkoły podstawowej, dla których treści zajęć i test wiedzy są zrozumiałe. Młodsze dzieci wymagałyby osobnego programu zajęć i innego narzędzia oceny wiedzy.

Treść zajęć obejmuje tematy wskazane w rekomendacji:

●czym jest cukrzyca typu 2, jak się rozwija i jakie są jej skutki,

●główne czynniki ryzyka cukrzycy typu 2 i sposoby ich ograniczania,

●korzyści z wczesnego wykrycia stanu przedcukrzycowego i cukrzycy,

●zasady zdrowego żywienia, aktywność fizyczna, kontrola masy ciała i okresowe badanie glukozy we krwi,

●samoocena ryzyka (kwestionariusz FINDRISC, załącznik nr 1), interpretacja wskaźnika BMI, prawidłowy pomiar obwodu talii i stosunku obwodu talii do obwodu bioder,

●samoopieka i samokontrola: jak wprowadzać i utrzymywać zmiany stylu życia (np. regularne ważenie się, dzienniczek aktywności),

●wpływ palenia tytoniu (także biernego) i alkoholu na ryzyko cukrzycy,

●choroby towarzyszące cukrzycy, w tym choroby układu sercowo-naczyniowego,

●badanie przesiewowe w programie: kto może się zgłosić i jak przygotować się do badania na czczo (8-14 godzin od ostatniego posiłku); w zajęciach dla dorosłych także informacja o programie „Moje Zdrowie".

Warunkiem udziału w zajęciach jest wypełnienie pre-testu (załącznik nr 2), a każda osoba, która ukończyła zajęcia, wypełnia post-test bezpośrednio po ich zakończeniu. Test wypełnia się bez imienia i nazwiska, pod kodem uczestnika wpisywanym w pre-teście i w post-teście (także w zajęciach dla uczniów), co pozwala porównać wyniki obu testów. Uczestnicy otrzymują materiały edukacyjne do domu (broszura, kwestionariusz FINDRISC z instrukcją, informacja o programie) oraz drobne materiały motywujące związane z profilaktyką cukrzycy, zgodnie z zaleceniem rekomendacji. W pierwszej kolejności wykorzystuje się gotowe materiały instytucji publicznych, np. Ministerstwa Zdrowia (gov.pl/web/zdrowie/cukrzyca), serwisu pacjent.gov.pl, NFZ (diety.nfz.gov.pl, akademia.nfz.gov.pl) i Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej, z poszanowaniem praw autorskich.

Kwestionariusze FINDRISC są dostępne także poza zajęciami: w ośrodku zdrowia, aptekach, urzędzie gminy, bibliotece, ośrodku pomocy społecznej, w kościołach i na stronie internetowej gminy. Osoba, która uzyska 12 punktów lub więcej, jest szczególnie zachęcana do zgłoszenia się na badanie przesiewowe, jeżeli spełnia kryteria udziału (rozdział III.2).

III. Badanie przesiewowe i wizyta kontrolna

Wizyta kwalifikacyjna. Pielęgniarka weryfikuje kryteria i oświadczenia (w tym datę i wynik ostatniego oznaczenia glukozy, udział w opiece koordynowanej i w programie „Moje Zdrowie"), przeprowadza wywiad, wypełnia z uczestnikiem kwestionariusz FINDRISC, mierzy masę ciała, wzrost, obwód talii i ciśnienie tętnicze, wylicza BMI i pobiera krew żylną na czczo. Informację o przygotowaniu się do badania (8-14 godzin bez posiłku) uczestnik otrzymuje wcześniej, przy rejestracji; wtedy też realizator sprawdza w bazie danych programu, czy dana osoba nie miała już w nim oznaczenia glukozy.

Badanie laboratoryjne. Stężenie glukozy oznacza się w osoczu krwi żylnej pobranej 8-14 godzin od ostatniego posiłku. Interpretacja wyniku glikemii na czczo (Rekomendacja AOTMiT 7/2024):

- 70-99 mg/dl (3,9-5,5 mmol/l) - wynik prawidłowy,
- 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) - stan przedcukrzycowy (nieprawidłowa glikemia na czczo),
- ≥126 mg/dl (≥7,0 mmol/l) - podstawa do rozpoznania cukrzycy (wymaga potwierdzenia u lekarza POZ).

Doustny test obciążenia glukozą (OGTT). Test z 75 g glukozy wykonuje się u osób z glikemią na czczo 100-125 mg/dl oraz u osób z wynikiem poniżej 100 mg/dl, u których istnieje uzasadnione podejrzenie nieprawidłowej tolerancji glukozy lub cukrzycy. Za uzasadnione podejrzenie przyjmuje się zawsze wynik kwestionariusza FINDRISC 15 punktów lub więcej, przebytą cukrzycę ciążową lub nieprawidłową tolerancję glukozy w przeszłości. W innej sytuacji o tym, czy podejrzenie jest uzasadnione, decyduje lekarz po zapoznaniu się z wynikiem glukozy na czczo i dokumentacją z wizyty kwalifikacyjnej (wywiad, kwestionariusz FINDRISC, pomiary), przed wizytą kontrolną, tak aby wynik testu omówić na jednej wizycie kontrolnej. Test wykonuje się rano, na czczo, po przespanej nocy, bez wcześniejszego ograniczania węglowodanów; między wypiciem roztworu a pobraniem krwi uczestnik pozostaje w spoczynku w miejscu badania, a informację o przygotowaniu otrzymuje wcześniej. Interpretacja glikemii w 120. minucie: 140-199 mg/dl (7,8-11,0 mmol/l) - stan przedcukrzycowy (nieprawidłowa tolerancja glukozy), ≥200 mg/dl (≥11,1 mmol/l) - wynik wskazujący na cukrzycę (skierowanie do lekarza POZ).

Wizyta kontrolna. Lekarz omawia z uczestnikiem wynik badania (stacjonarnie albo w formie teleporady, zgodnie z wyborem uczestnika), przekazuje pisemne zalecenia i ustala dalsze postępowanie:

- **wynik prawidłowy** - lekarz informuje o metodach profilaktyki cukrzycy typu 2 i zalecanej częstości badań oraz przekazuje broszurę; osoba, która nie była jeszcze na spotkaniu edukacyjnym, otrzymuje zaproszenie na najbliższe spotkanie; na tym uczestnik kończy udział w badaniu przesiewowym,
- **stan przedcukrzycowy** (glikemia na czczo 100-125 mg/dl lub glikemia w 120. minucie OGTT 140-199 mg/dl) - skierowanie do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia w programie oraz zalecenie stałego kontaktu z lekarzem POZ i kontroli glikemii,
- **wynik wskazujący na cukrzycę** (glikemia na czczo ≥126 mg/dl lub glikemia w 120. minucie OGTT ≥200 mg/dl) - pisemna informacja o wyniku i skierowanie do lekarza POZ w celu dalszej diagnostyki i leczenia poza programem; uczestnik kończy udział w programie.

Wynik glukozy na czczo poniżej 70 mg/dl (<3,9 mmol/l) nie mieści się w zakresie prawidłowym. Lekarz omawia taki wynik na wizycie kontrolnej i w razie potrzeby kieruje uczestnika do lekarza POZ. Jeżeli test OGTT nie wskazał stanu przedcukrzycowego ani cukrzycy albo nie został wykonany, w pozostałym zakresie postępowanie jest takie jak przy wyniku prawidłowym.

III. Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia

Interwencja jest ustrukturyzowanym programem zmiany stylu życia dla osób ze stanem przedcukrzycowym. Trwa około 9 miesięcy i obejmuje 2 konsultacje indywidualne oraz 8 spotkań grupowych, zgodnie z zaleceniem NICE (NICE 2017, za: Rekomendacja AOTMiT 7/2024), według którego grupy spotykają się co najmniej 8 razy w ciągu 9-18 miesięcy:

- **konsultacja dietetyczna początkowa** (indywidualna): pomiar masy ciała, wzrostu i obwodu talii, wyliczenie BMI, kwestionariusz nawyków żywieniowych (np. QEB lub KomPAN) i kwestionariusz aktywności fizycznej (np. IPAQ), ustalenie indywidualnych celów, w tym celu redukcji masy ciała,
- **8 spotkań grupowych** (75-90 minut, grupy do 15 osób, mniej więcej co 4-5 tygodni): żywienie (kaloryczność, tłuszcze nasycone, błonnik, warzywa, rośliny strączkowe, produkty pełnoziarniste, ograniczenie soli, cukru, alkoholu, mięsa czerwonego i przetworzonego, wzorce żywieniowe, np. dieta śródziemnomorska lub DASH), aktywność fizyczna z częścią praktyczną (szybki marsz, ćwiczenia oporowe o niewielkim obciążeniu), poradnictwo antynikotynowe (także dotyczące e-papierosów), radzenie sobie z trudnościami w utrzymaniu zmian, samokontrola (dzienniczek, krokomierz),
- **konsultacja dietetyczna końcowa** (indywidualna): ponowne pomiary i kwestionariusze, ocena realizacji celów, zindywidualizowane zalecenia na dalszy okres.

Uczestnicy są zachęcani do aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności w wymiarze co najmniej 150 minut tygodniowo, podejmowanej regularnie, co najmniej 2-3 razy w tygodniu (np. 30 minut szybkiego marszu 5 razy w tygodniu), oraz do ćwiczeń oporowych. Osobom z nadwagą lub otyłością doradza się redukcję masy ciała o co najmniej 10% i jej utrzymanie (Rekomendacja AOTMiT 7/2024); etapem pośrednim jest zalecana przez PTD redukcja o co najmniej 7% w ciągu roku (PTD 2026). Zakres ćwiczeń dostosowuje się do stanu zdrowia i możliwości uczestnika.

W latach 2027-2029 planuje się 4 cykle interwencji po 25 osób (po 2 grupy w cyklu): cykl 1: IX 2027 - V 2028; cykl 2: III 2028 - XI 2028; cykl 3: IX 2028 - V 2029; cykl 4: III 2029 - XI 2029.

Osoby zakwalifikowane do interwencji, dla których zabraknie miejsc w najbliższym cyklu, są zapraszane w pierwszej kolejności do kolejnego cyklu. Jeżeli chętnych będzie więcej, niż przewidziano, liczbę miejsc można zwiększyć, przesuwając środki między etapami w ramach rocznego budżetu programu (rozdział VI.2). Badania przesiewowe kończą się w lutym 2029 r., tak aby każda osoba, u której wykryto w programie stan przedcukrzycowy, mogła rozpocząć interwencję najpóźniej w ostatnim cyklu (od marca 2029 r.).

III. Spójność ze świadczeniami gwarantowanymi i zapobieganie ich powielaniu

Badania stosowane w programie (glukoza na czczo, OGTT) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych w POZ, a glukozę oznacza się także w programie „Moje Zdrowie". Aby program był spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi (art. 48 ust. 4 ustawy) i nie powielał u uczestnika świadczeń finansowanych przez NFZ, program:

●wyłącza z badania przesiewowego osoby, które miały oznaczenie stężenia glukozy w ramach świadczeń gwarantowanych (np. w programie „Moje Zdrowie") w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem, oraz osoby pod opieką poradni diabetologicznej,

●przyjmuje udokumentowany wynik z POZ lub z programu „Moje Zdrowie", uzyskany w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem, jako podstawę kwalifikacji do interwencji stylu życia, bez powtarzania badania,

●wyłącza z interwencji stylu życia osoby, które w ciągu 12 miesięcy korzystały z podobnej interwencji finansowanej ze środków publicznych (np. konsultacji dietetycznych w opiece koordynowanej w POZ),

●weryfikuje te okoliczności podczas wizyty kwalifikacyjnej (wywiad, wyniki badań przedstawione przez uczestnika, np. z Internetowego Konta Pacjenta) i potwierdza je oświadczeniem uczestnika (załącznik nr 3),

●kieruje osoby z wynikiem wskazującym na cukrzycę do lekarza POZ, gdzie diagnostyka i leczenie są kontynuowane w ramach świadczeń gwarantowanych.

Program uzupełnia świadczenia gwarantowane o działania, których nie obejmują one w takiej formie: aktywne docieranie do mieszkańców z grup ryzyka na terenie gminy, edukację w społeczności lokalnej oraz zorganizowaną, kilkumiesięczną interwencję grupową i indywidualną dotyczącą stylu życia.

III. *Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej*

Świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przez realizatora wyłonionego w konkursie ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Udział w programie jest dobrowolny; udział w badaniu przesiewowym i w interwencji stylu życia wymaga pisemnej zgody.

●Badania przesiewowe, wizyty kontrolne, konsultacje i zajęcia odbywają się na terenie gminy Sztutowo, w lokalu realizatora albo w lokalu udostępnionym przez gminę. Wizyta kontrolna może mieć formę teleporady.

●Realizator zapewnia rejestrację telefoniczną co najmniej 3 dni w tygodniu po co najmniej 4 godziny oraz rejestrację osobistą w miejscu udzielania świadczeń.

●W okresie naborów badania przesiewowe są dostępne co najmniej 2 razy w miesiącu w godzinach porannych (pobrania na czczo), a test OGTT w ustalonych terminach.

●Wizyta kontrolna odbywa się w ciągu 14 dni od uzyskania ostatniego wyniku (glukozy na czczo albo testu OGTT).

●Harmonogram spotkań edukacyjnych i zajęć grupowych realizator ogłasza z co najmniej 2-tygodniowym wyprzedzeniem, w porozumieniu z gminą.

●Wyniki badań uczestnik otrzymuje w formie papierowej lub elektronicznej, zgodnie ze swoim wyborem.

●Dokumentację medyczną prowadzi się zgodnie z przepisami o prawach pacjenta i o ochronie danych osobowych.

III. *Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej*

●Osoby, u których w badaniu przesiewowym nie stwierdzono stanu przedcukrzycowego ani cukrzycy, kończą udział w badaniu przesiewowym po wizycie kontrolnej, na której lekarz omawia wynik, informuje o profilaktyce i przekazuje broszurę; jeśli wcześniej nie uczestniczyły w spotkaniu edukacyjnym, mogą wziąć w nim udział.

●Osoby, u których wynik wskazuje na cukrzycę, kończą udział na etapie badania przesiewowego i są kierowane do lekarza POZ.

●Osoby ze stanem przedcukrzycowym, które podjęły interwencję nacelowaną na modyfikację stylu życia, kończą udział po konsultacji dietetycznej końcowej, na której wykonuje się końcowe pomiary antropometryczne i wypełnia kwestionariusze. Osoby ze stanem przedcukrzycowym, które nie podejmą interwencji, kończą udział po wizycie kontrolnej, na której otrzymują pisemne zalecenia. Mogą zgłosić się do interwencji w późniejszym cyklu, na zasadach opisanych w rozdziale III.2.

●Udział kończy się także w każdym momencie na życzenie uczestnika (pisemna rezygnacja, załącznik nr 4) albo w razie wystąpienia kryterium wyłączenia.

Przy zakończeniu udziału w badaniu przesiewowym lub w interwencji uczestnik otrzymuje zindywidualizowane zalecenia dalszego postępowania, w tym informację o potrzebie okresowej kontroli glikemii w POZ (u osób ze stanem przedcukrzycowym lub innym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2 co roku, u pozostałych osób w wieku 45 lat i więcej co 3 lata; PTD 2026). Uczestnicy, którzy przedwcześnie zakończyli interwencję stylu życia, również otrzymują zalecenia. Uczestnicy działań edukacyjnych kończą udział po wypełnieniu post-testu. Każdy uczestnik programu może wypełnić ankietę satysfakcji (załącznik nr 5).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV. *Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów*

1. Przyjęcie programu do realizacji i zabezpieczenie środków w budżecie gminy na 2027 r. oraz w wieloletniej prognozie finansowej na lata 2027-2029.

2. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu programu z Rekomendacją nr 7/2024 (art. 48aa ust. 11 ustawy), przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatora (art. 48b ust. 1 ustawy) i zawarcie umowy.

4. Spotkanie organizacyjne i szkolenie personelu realizatora z zasad programu (kryteria, ścieżka uczestnika, dokumentacja, monitorowanie).

5. Akcja informacyjno-promocyjna (rozdział IV.3), prowadzona przez cały okres realizacji.

6. Realizacja interwencji: działania edukacyjne, badania przesiewowe z wizytą kontrolną, interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia.

7. Bieżące monitorowanie i coroczne raporty z realizacji programu, służące korekcie działań w kolejnym roku.

8. Zakończenie realizacji programu (listopad 2029 r.) i rozliczenie finansowe (grudzień 2029 r.).

9. Ewaluacja (grudzień 2029 r.), opracowanie raportu końcowego według wzoru z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r., przekazanie go do AOTMiT wraz z programem wdrożonym do realizacji i publikacja w Biuletynie Informacji Publicznej gminy w terminie 3 miesięcy od zakończenia realizacji programu (art. 48a ust. 13-15 ustawy).

Tabela 8. Harmonogram realizacji programu

Termin	Działanie
IV kw. 2026 - I kw. 2027	Przyjęcie programu, zabezpieczenie środków, oświadczenie do AOTMiT
I-II kw. 2027	Konkurs ofert, umowa z realizatorem, szkolenie personelu, rozpoczęcie akcji informacyjnej

od II kw. 2027 do XI 2029	Działania edukacyjne
od II kw. 2027 do II 2029	Badania przesiewowe z wizytą kontrolną (ostatnie w lutym 2029 r., przed rozpoczęciem ostatniego cyklu interwencji)
IX 2027 - V 2028	Interwencja stylu życia: cykl 1
III 2028 - XI 2028	Interwencja stylu życia: cykl 2
IX 2028 - V 2029	Interwencja stylu życia: cykl 3
III 2029 - XI 2029	Interwencja stylu życia: cykl 4
do 31 stycznia 2028 i 2029	Raporty roczne realizatora za poprzedni rok, analiza i ewentualna korekta działań
XI 2029	Zakończenie realizacji programu
Termin	**Działanie**
XII 2029	Raport realizatora za 2029 r., ewaluacja zewnętrzna (raport z ewaluacji do 31 grudnia 2029 r.), rozliczenie finansowe
do 28 lutego 2030	Raport końcowy (sporządza gmina), przekazanie do AOTMiT, publikacja w BIP

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

Realizatorem programu może być podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wybrany w konkursie ofert. Realizator może współpracować z innymi podmiotami (np. medycznym laboratorium diagnostycznym), ale odpowiada za całość realizacji. W konkursie ofert ocenia się m.in. doświadczenie oferenta w realizacji programów profilaktycznych lub działań o podobnym charakterze. Wymagania ograniczono do niezbędnych, ponieważ zbyt wysokie utrudniają wyłonienie realizatora (Rekomendacja AOTMiT 7/2024).

Tabela 9. Wymagania dotyczące personelu

Etap	Kwalifikacje personelu	Uzasadnienie
Działania edukacyjne	Dietetyk, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, z doświadczeniem w prowadzeniu zajęć edukacyjnych dotyczących cukrzycy typu 2	Rzetelna wiedza i umiejętność pracy z grupą warunkują osiągnięcie celu głównego
Badanie przesiewowe: kwalifikacja, pomiary, pobranie krwi	Pielęgniarka	Kompetencje do pobierania krwi i wykonywania pomiarów
Badanie przesiewowe: oznaczenia	Medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych	Wiarygodność wyniku
Wizyta kontrolna	Lekarz	Interpretacja wyniku, kwalifikacja do dalszych etapów, skierowanie do POZ
Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia	Konsultacje indywidualne: dietetyk. Spotkania grupowe: dietetyk, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, fizjoterapeuta lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, z doświadczeniem w prowadzeniu interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia	Porady żywieniowe dla osób ze stanem przedcukrzycowym powinien prowadzić wykwalifikowany dietetyk; część ruchowa wymaga dostosowania do możliwości uczestników

Wyposażenie i warunki lokalowe (w nawiasie uzasadnienie):

●gabinet zabiegowy lub punkt pobrań spełniający wymagania dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (bezpieczne pobranie krwi i przeprowadzenie OGTT),

●waga medyczna z aktualną legalizacją, wzrostomierz, taśma do pomiaru obwodu talii, ciśnieniomierz z walidacją kliniczną i mankietami w różnych rozmiarach (wiarygodne pomiary, od których zależy ocena celu szczegółowego 1),

●glukoza do testu OGTT, materiały do pobrań i transportu próbek zgodnie z wymaganiami laboratorium (wiarygodność wyników badania przesiewowego),

●sala na zajęcia edukacyjne (do 25 osób) i grupowe (do 15 osób), dostępna dla osób z niepełnosprawnościami; sprzęt do prezentacji multimedialnych; część zajęć ruchowych może odbywać się na zewnątrz (równy dostęp do zajęć i warunki do osiągnięcia celu głównego oraz celów szczegółowych 2 i 3),

●komputer z oprogramowaniem do prowadzenia bazy danych uczestników zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych (monitorowanie i ewaluacja programu).

Gmina może nieodpłatnie udostępnić realizatorowi sale na zajęcia edukacyjne i grupowe w budynkach gminnych. Personel realizatora przechodzi przed rozpoczęciem programu szkolenie z jego zasad. Sprzęt używany w programie musi spełniać wymagania przepisów prawa i mieć odpowiednie dokumenty.

IV. *Akcja informacyjno-promocyjna*

Akcja ma dotrzeć do mieszkańców z grup ryzyka i zachęcić ich do udziału w edukacji i badaniu przesiewowym. Rusza około miesiąc przed pierwszym naborem i jest powtarzana przed każdym naborem oraz w okolicach Światowego Dnia Cukrzycy (14 listopada). Obejmuje:

●informację na stronie internetowej gminy, w Biuletynie Informacji Publicznej i w mediach społecznościowych gminy (grafiki, zaproszenia na spotkania, terminy naborów),

●plakaty i ulotki z kwestionariuszem FINDRISC w miejscach codziennej aktywności mieszkańców: urząd gminy, ośrodek zdrowia, apteki, sklepy, przystanki, biblioteka, świetlice, kościoły, ośrodek pomocy społecznej,

●informację przekazywaną przez lekarzy i pielęgniarki POZ swoim pacjentom oraz zaproszenia dla pacjentów z grup ryzyka,

●współpracę z sołtysami, kołami gospodyń wiejskich, klubami seniora, parafiami i gminnym ośrodkiem pomocy społecznej (ogłoszenia, informacja na zebraniach),

●informację w szkołach (dla uczniów i rodziców),

●numer telefonu do rejestracji i informacji o programie.

Materiały informacyjne zawierają nazwę programu, informację o finansowaniu ze środków Gminy Sztutowo, kryteria udziału, sposób zgłoszenia i przygotowania się do badania. Koszt akcji uwzględniono w budżecie (rozdział VI).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V. *Monitorowanie*

Monitorowanie prowadzi się na bieżąco przez cały okres realizacji programu. Obejmuje ocenę zgłaszalności i ocenę jakości świadczeń. Realizator gromadzi dane dotyczące co najmniej:

●liczby osób poddanych działaniom edukacyjnym (z podziałem na subpopulacje),

●liczby osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w badaniu przesiewowym,

●liczby osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2 (glukoza na czczo, OGTT),

●liczby osób, które zakwalifikowały się do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia,

●liczby osób, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia (i ukończyły ją),

●liczby osób, które uzyskały poprawę wskaźnika BMI (pomiary po zakończeniu interwencji),

●liczby osób, u których odnotowano redukcję masy ciała o co najmniej 10% (pomiary po zakończeniu interwencji),

●liczby osób ze stanem przedcukrzycowym i z cukrzycą typu 2 wykrytą w programie,

●liczby osób skierowanych do lekarza POZ w związku z wykryciem cukrzycy typu 2,

●liczby osób, które nie zostały objęte programem z powodów zdrowotnych lub innych, ze wskazaniem powodów,

●liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyny.

Realizator prowadzi elektroniczną bazę danych uczestników (np. arkusz kalkulacyjny), zawierającą co najmniej: datę wyrażenia zgody na udział, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych i na kontakt, numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystanie w ocenie efektów zdrowotnych programu, informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik, wyniki pomiarów i testów oraz datę i przyczynę zakończenia udziału.

Ocena jakości świadczeń. Każdy uczestnik może wypełnić anonimową ankietę satysfakcji (załącznik nr 5). Zbiorcze wyniki, w tym odsetek opinii pozytywnych (ocena 4 lub 5 w pytaniu 1) wśród wszystkich wypełnionych ankiet, przedstawia się w raportach rocznych i w raporcie końcowym. Uczestnicy mogą zgłaszać uwagi realizatorowi i gminie, a realizator informuje ich o tej możliwości.

Raporty roczne. Realizator przekazuje gminie raport z realizacji programu za dany rok do 31 stycznia roku następnego (raport za 2029 r. - w grudniu 2029 r., po zakończeniu realizacji programu), z danymi z monitorowania, wartościami mierników efektywności i wynikami ankiet. Gmina analizuje raport i w razie potrzeby koryguje działania w kolejnym roku (np. harmonogram naborów, liczbę miejsc w poszczególnych etapach), tak aby z roku na rok zwiększać efekty programu.

V. *Ewaluacja*

Ewaluację rozpoczyna się po zakończeniu realizacji programu (grudzień 2029 r.). Polega ona na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań i stanu po ich zakończeniu z wykorzystaniem wszystkich mierników efektywności (rozdział II.3). Cel uznaje się za zrealizowany, jeżeli wartość miernika osiągnęła lub przekroczyła wartość docelową. W raporcie końcowym podaje się wartości liczbowe dla danych z monitorowania oraz co najmniej:

●odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (pre-test i post-test),

●odsetek osób z nadwagą lub otyłością, u których wskaźnik BMI obniżył się do wartości <25 kg/m²,

●odsetek osób z nadwagą lub otyłością, u których masa ciała zmniejszyła się o co najmniej 10%,

●odsetek osób deklarujących zmianę nawyków żywieniowych zgodnie z informacjami uzyskanymi w programie,

●odsetek osób deklarujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej,

●odsetek osób, u których aktywność fizyczna wzrosła do co najmniej 150 minut tygodniowo,

●odsetek osób skierowanych na leczenie w związku z wykryciem cukrzycy w programie,

●odsetek osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2.

Jeżeli pozwolą na to dostępne dane, w raporcie porównuje się także współczynnik chorobowości i zapadalności na cukrzycę typu 2 (na 100 tys. osób) w populacji uczestników z analogicznym współczynnikiem dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia, z wykorzystaniem danych NFZ dla mieszkańców gminy (rozdział I.2.3).

Ewaluację przeprowadzi ekspert zewnętrzny, niezależny od realizatora. Raport z ewaluacji przekaże gminie do 31 grudnia 2029 r. (koszt ewaluacji ujęto w budżecie na 2029 r.), a gmina wykorzysta go w raporcie końcowym (rozdział IV.1). Na podstawie raportu końcowego Wójt Gminy Sztutowo zdecyduje o kontynuacji, zmianie lub zakończeniu działań w kolejnych latach.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI. *Koszty jednostkowe*

Koszty oszacowano na podstawie cen rynkowych usług medycznych w województwie pomorskim (2026 r.). Ostateczne ceny jednostkowe określi konkurs ofert; nie powinny one znacząco odbiegać od cen rynkowych. Koszty pośrednie obejmują koordynację i administrację, akcję informacyjno-promocyjną oraz monitorowanie

i ewaluację; koszty monitorowania i ewaluacji wynoszą 5,1% budżetu (rekomendacja: do 10%). Lokale na zajęcia gmina może udostępnić nieodpłatnie.

Tabela 10. Koszty jednostkowe i łączne w latach 2027-2029

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma
Koszty bezpośrednie				
1	Etap „Edukacja”: spotkanie edukacyjne dla dorosłych (90 min, do 25 osób)	16 spotkań	500 zł	8 000 zł
2	Etap „Edukacja”: materiały dla dorosłego uczestnika	320 osób	15 zł	4 800 zł
3	Etap „Edukacja”: zajęcia w szkole (45 min, klasa)	6 zajęć	250 zł	1 500 zł
4	Etap „Edukacja”: materiały dla ucznia	120 osób	10 zł	1 200 zł
5	Etap „Badanie przesiewowe”: wizyta kwalifikacyjna (pielęgniarka, pomiary, pobranie krwi)	450 osób	60 zł	27 000 zł
6	Etap „Badanie przesiewowe”: oznaczenie glukozy na czczo	450 badań	15 zł	6 750 zł
7	Etap „Badanie przesiewowe”: doustny test obciążenia 75 g glukozy (OGTT)	130 badań	50 zł	6 500 zł
8	Etap „Badanie przesiewowe”: wizyta kontrolna lekarska	450 wizyt	140 zł	63 000 zł
9	Etap „Interwencja stylu życia”: konsultacja dietetyczna indywidualna (początkowa i końcowa)	200 konsultacji	105 zł	21 000 zł
10	Etap „Interwencja stylu życia”: spotkanie grupowe (75-90 min, do 15 osób; 8 na grupę)	64 spotkania	375 zł	24 000 zł
11	Etap „Interwencja stylu życia”: pakiet uczestnika (dzienniczek, materiały, krokomierz)	100 osób	60 zł	6 000 zł
Razem koszty bezpośrednie				**169 750 zł**
Koszty pośrednie				
12	Koordynacja i obsługa administracyjna realizatora (rejestracja, baza danych, rozliczenia, sprawozdania)	3 lata	-	11 000 zł
13	Akcja informacyjno-promocyjna (plakaty, ulotki, druk kwestionariuszy FINDRISC, ogłoszenia)	3 lata	-	9 000 zł
14	Monitorowanie i ewaluacja (raporty roczne, ewaluacja zewnętrzna wraz z raportem)	3 lata	-	10 250 zł
Razem koszty pośrednie				**30 250 zł**
RAZEM				**200 000 zł**

Tabela 11. Szacunkowy koszt jednostkowy w przeliczeniu na uczestnika

Ścieżka uczestnika	Elementy	Koszt na osobę
Edukacja - dorosły	udział w spotkaniu (koszt spotkania / ok. 20 osób) + materiały	40 zł
Edukacja - uczeń	udział w zajęciach (koszt zajęć / ok. 20 osób) + materiały	22,50 zł
Badanie przesiewowe bez testu OGTT	wizyta kwalifikacyjna, glukoza na czczo, wizyta kontrolna	215 zł
Badanie przesiewowe z testem OGTT	jak wyżej + OGTT	265 zł

Interwencja stylu życia	2 konsultacje dietetyczne, udział w 8 spotkaniach grupowych (koszt spotkania / ok. 12,5 osoby), pakiet	510 zł

VI. *Koszty całkowite*

Całkowity koszt programu w latach 2027-2029 wynosi **200 000 zł**. Najwyższy jest koszt w 2028 r. (pełny rok badań przesiewowych i interwencji). W 2027 r. działania zaczynają się po rozstrzygnięciu konkursu ofert (II kwartał 2027 r.), a w 2029 r. badania przesiewowe trwają tylko do lutego, tak aby osoby ze stanem przedcukrzycowym zdążyły rozpocząć ostatni cykl interwencji. Wyższe koszty monitorowania i ewaluacji w 2029 r. obejmują ewaluację zewnętrzną, przeprowadzaną w grudniu 2029 r., po zakończeniu realizacji programu.

Tabela 12. Koszty całkowite w podziale na lata

Rok	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie	Razem
2027 r.	51 350 zł	8 500 zł	59 850 zł
2028 r.	85 225 zł	8 000 zł	93 225 zł
2029 r.	33 175 zł	13 750 zł	46 925 zł
Razem 2027-2029	**169 750 zł**	**30 250 zł**	**200 000 zł**

Tabela 13. Koszty w podziale na kategorie i lata

Kategoria	2027 r.	2028 r.	2029 r.	Razem
Edukacja	4 100 zł	5 700 zł	5 700 zł	15 500 zł
Badanie przesiewowe i wizyta kontrolna	40 125 zł	54 025 zł	9 100 zł	103 250 zł
Interwencja stylu życia	7 125 zł	25 500 zł	18 375 zł	51 000 zł
Koordynacja i administracja	3 000 zł	4 000 zł	4 000 zł	11 000 zł
Akcja informacyjno-promocyjna	4 000 zł	2 500 zł	2 500 zł	9 000 zł
Monitorowanie i ewaluacja	1 500 zł	1 500 zł	7 250 zł	10 250 zł
Razem	**59 850 zł**	**93 225 zł**	**46 925 zł**	**200 000 zł**

Wszystkie koszty są wydatkami bieżącymi; program nie przewiduje wydatków majątkowych. Jeżeli rzeczywiste zapotrzebowanie na poszczególne etapy będzie inne niż założone, środki mogą być przesuwane między etapami w ramach rocznego budżetu programu, bez przekraczania kwoty przewidzianej na dany rok i kwoty całkowitej programu.

VI. *Źródła finansowania*

Program jest finansowany z budżetu Gminy Sztutowo. Wysokość środków na każdy rok realizacji określa uchwała budżetowa na dany rok; w uchwale o przyjęciu programu zostanie zawarta klauzula o corocznym ustalaniu szczegółowego nakładu z budżetu gminy, zgodnie z zaleceniem rekomendacji.

VII. Bibliografia

Akty prawne

●**Ustawa o świadczeniach** - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

●**Rozporządzenie MZ 2017** - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

●**Rozporządzenie POZ** - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.).

●**Rozporządzenie MZ 2025** - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 584) - program „Moje Zdrowie".

●**NPZ** - Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642, z późn. zm.: Dz. U. z 2025 r. poz. 1886, Dz. U. z 2026 r. poz. 923).

Dokumenty Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

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

●**Opinia Rady Przejrzystości 22/2021** - Opinia Rady Przejrzystości nr 22/2021 z dnia 25 stycznia 2021 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2.

●**Raporty AOTMiT** - Raport nr OT.434.1.2021 „Program profilaktyki cukrzycy typu 2", Warszawa, styczeń 2021; Raport nr OT.434.3.2024 „Profilaktyka cukrzycy typu 2. Materiał uzupełniający do raportu w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów", Warszawa, czerwiec 2024.

Dokumenty strategiczne

●**MPZ 2025** - Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r.). Dz. Urz. Min. Zdr. 2025 poz. 42.

https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2025/42/akt.pdf [dostęp: 03.11.2026].

●**KPT 2025** - Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2025 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Krajowy Plan Transformacji na lata 2027-2031). Dz. Urz. Min. Zdr. 2025 poz. 106. https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2025/106/akt.pdf [dostęp: 03.11.2026].

●**WPT 2026** - Obwieszczenie Wojewody Pomorskiego z dnia 15 lipca 2026 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa pomorskiego na lata 2027-2031 zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia. Dz. Urz. Woj. Pom. 2026 poz. 3036. https://edziennik.gdansk.uw.gov.pl/WDU_G/2026/3036/akt.pdf [dostęp: 03.11.2026].

Wytyczne i publikacje

●**PTD 2026** - Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (2026). Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą - 2026. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Curr Top Diabetes 2026; 6(1). https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/2026/Zalecenia-PTD-2026-02-04-2026.pdf

[dostęp: 03.11.2026].

●**PTD 2023** - Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (2023). Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2023. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (za: Rekomendacja AOTMiT 7/2024).

●**WPKK 2022** - Mastalerz-Migas A., Strojek K. (2022). Wytyczne konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz diabetologii dotyczące opieki nad pacjentem z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem opieki koordynowanej, z dnia 14 listopada 2022 r.

●**USPSTF 2022** - US Preventive Services Task Force, Mangione C.M., Barry M.J. i wsp. (2022). Screening for prediabetes and type 2 diabetes in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 328(10): 963-967.

●**IDF 2025** - International Diabetes Federation (2025). IDF Diabetes Atlas, 11th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. https://diabetesatlas.org [dostęp: 03.11.2026].

●**WHO 2019** - World Health Organization (2019). Classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization.

●**Rutkowski 2020** - Rutkowski M., Wojciechowska A., Śmigielski W. i wsp. (2020). Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Poland in 2005-2014: results of the WOBASZ surveys. Diabet Med 37(9): 1528-1535.

●**Balk 2015** - Balk E.M., Earley A., Raman G. i wsp. (2015). Combined diet and physical activity promotion programs to prevent type 2 diabetes among persons at increased risk: a systematic review for the Community Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 163(6): 437-451.

●**Jonas 2021** - Jonas D.E., Crotty K., Yun J.D.Y. i wsp. (2021). Screening for prediabetes and type 2 diabetes: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 326(8): 744-760.

●**Kaur 2020** - Kaur G., Lakshmi P.V.M., Rastogi A. i wsp. (2020). Diagnostic accuracy of tests for type 2 diabetes and prediabetes: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 15(11): e0242415.

●**Portal-Teixeira 2024** - Portal Teixeira P., Pozzer Zucatti K., Strassburger Matzenbacher L. i wsp. (2024). Long-term lifestyle intervention can reduce the development of type 2 diabetes mellitus in subjects with prediabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract 210: 111637.

●**Shirvani 2021** - Shirvani T., Javadivala Z., Azimi S. i wsp. (2021). Community-based educational interventions for prevention of type II diabetes: a global systematic review and meta-analysis. Syst Rev 10(1): 81.

●**Sun 2022** - Sun C., Lei Y., Lin Z. i wsp. (2022; wydanie w numerze 2023). Effects of self-care programs on the incidence of diabetes among adults with prediabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Clin Nurs 32(9-10): 2193-2207.

●**Lindström 2003** - Lindström J., Tuomilehto J. (2003). The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 26(3): 725-731.

●Pozostałe wytyczne i publikacje przywołane z dopiskiem „za:" (m.in. ADA 2023, BCG 2023, DDG 2024, DNSG/EASD 2023, NICE 2017, Zdrojewski 2016) cytowano za Rekomendacją AOTMiT 7/2024; ich pełne opisy zawiera piśmiennictwo rekomendacji.

Dane statystyczne i informacje urzędowe

●**GUS 2026a** - Główny Urząd Statystyczny. Bank Danych Lokalnych: ludność według grup wieku i płci, gmina Sztutowo, lata 2013-2025. https://bdl.stat.gov.pl [dostęp: 03.11.2026].

●**GUS 2026b** - Główny Urząd Statystyczny. Bank Danych Lokalnych: zgony według przyczyn (cukrzyca) - liczba zgonów i współczynnik na 100 tys. ludności, województwa i Polska, lata 2021-2025. https://bdl.stat.gov.pl [dostęp: 04.11.2026].

●**NFZ 2024** - Narodowy Fundusz Zdrowia, Centrala, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Pismo z dnia 5 listopada 2024 r., znak NFZ-DSOZ-DPSS.0143.60.2024: liczba pacjentów z rozpoznaniem E11, mieszkańcy gminy Sztutowo, lata 2013-2023.

●**POW NFZ 2024** - Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Informacja z dnia 28 października 2024 r.: liczba sprawozdanych świadczeń z rozpoznaniem głównym E11-E11.9 udzielonych mieszkańcom gminy Sztutowo, lata 2013-2023.

●**MZ 2025a** - Ministerstwo Zdrowia. Odpowiedź z dnia 18 czerwca 2025 r. na zapytanie poselskie nr 2494 w sprawie skali występowania chorób dietozależnych (znak ZPN.050.13.2025.KM).

●**MZ 2025b** - Ministerstwo Zdrowia. Odpowiedź z dnia 12 grudnia 2025 r. na interpelację nr 13449 w sprawie koordynowanej opieki w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (znak DLG.050.192.2025.EK).

●**MZ 2026a** - Ministerstwo Zdrowia. Odpowiedź z dnia 4 maja 2026 r. na interpelację nr 16549 w sprawie programu „Profilaktyka 40 PLUS" (znak DLG.050.38.2026.WSK).

●**MZ 2026b** - Ministerstwo Zdrowia. Odpowiedź z dnia 5 marca 2026 r. na interpelację nr 15156 w sprawie dostępu do dietetyka w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (znak ASG.050.50.2026).

Załączniki

Załącznik nr 1. Kwestionariusz oceny ryzyka cukrzycy typu 2 (FINDRISC)

Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w każdym pytaniu i zsumować punkty.

Pytanie	Odpowiedź	Punkty
1. Wiek	poniżej 45 lat 45-54 lata 55-64 lata powyżej 64 lat	0 2 3 4
2. Wskaźnik masy ciała (BMI = masa ciała w kg / (wzrost w m)²)	poniżej 25 kg/m² 25-30 kg/m² powyżej 30 kg/m²	0 1 3
3. Obwód talii (mierzony w połowie odległości między dolnym brzegiem łuku żebrowego a grzebieniem biodrowym)	mężczyźni: poniżej 94 cm / kobiety: poniżej 80 cm mężczyźni: 94-102 cm / kobiety: 80-88 cm mężczyźni: powyżej 102 cm / kobiety: powyżej 88 cm	0 3 4
4. Czy codziennie, w pracy lub w czasie wolnym, jest Pan/Pani aktywny/a fizycznie przez co najmniej 30 minut?	tak nie	0 2
5. Jak często je Pan/Pani warzywa, owoce lub jagody?	codziennie nie codziennie	0 1
6. Czy kiedykolwiek przyjmował/a Pan/Pani regularnie leki na nadciśnienie tętnicze?	nie tak	0 2
7. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani podwyższone stężenie glukozy we krwi (np. w badaniu profilaktycznym, w czasie choroby lub ciąży)?	nie tak	0 5
8. Czy u kogoś z członków rodziny rozpoznano cukrzycę (typu 1 lub 2)?	nie tak: u dziadków, ciotki, wuja lub kuzynostwa tak: u rodziców, rodzeństwa lub własnego dziecka	0 3 5
Suma punktów		

Ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 w ciągu 10 lat

Suma punktów	Ryzyko	Szacunkowo zachoruje
poniżej 7	niskie	1 osoba na 100
7-11	nieznacznie podwyższone	1 osoba na 25
12-14	umiarkowane	1 osoba na 6
15-20	wysokie	1 osoba na 3
powyżej 20	bardzo wysokie	1 osoba na 2

Źródło: kwestionariusz FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) w wersji z pytaniem o cukrzycę w rodzinie (maksymalnie 26 punktów); pierwotna wersja skali: Lindström J., Tuomilehto J. (2003). The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 26(3): 725-731. W programie osoby z wynikiem 12 punktów lub więcej są szczególnie zachęcane do zgłoszenia się na badanie przesiewowe,

a wynik 15 punktów lub więcej przy glikemii na czczo poniżej 100 mg/dl stanowi wskazanie do testu OGTT (rozdział III.3.2).

Załącznik nr 2. Test wiedzy o cukrzycy typu 2 (pre-test i post-test)

Kod uczestnika: ..... Data: ..... Pre-test / Post-test (zaznaczyć) Proszę zaznaczyć jedną poprawną odpowiedź w każdym pytaniu.

1. **Który z czynników najbardziej zwiększa ryzyko cukrzycy typu 2?**

a) niski wzrost

b) nadwaga lub otyłość

c) grupa krwi

d) picie wody

2. **Czy cukrzyca typu 2 może przez kilka lat nie dawać żadnych objawów?**

a) tak

b) nie, zawsze od początku daje wyraźne objawy

c) tylko u dzieci

d) tylko u kobiet

3. **Jaki wynik stężenia glukozy we krwi żylnej na czczo jest prawidłowy?**

a) 70-99 mg/dl

b) 100-125 mg/dl

c) 126-150 mg/dl

d) powyżej 200 mg/dl

4. **Wynik glukozy na czczo 100-125 mg/dl oznacza:**

a) wynik prawidłowy

b) stan przedcukrzycowy

c) pewne rozpoznanie cukrzycy

d) niedocukrzenie

5. **Ile minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności tygodniowo zaleca się dorosłym w profilaktyce cukrzycy?**

a) około 30 minut

b) około 60 minut

c) co najmniej 150 minut

d) aktywność nie ma znaczenia

6. **Jaka zmiana masy ciała u osoby z nadwagą zmniejsza ryzyko cukrzycy typu 2?**

a) przytycie o 2 kg

b) utrzymanie obecnej masy ciała

c) zmniejszenie masy ciała o 5-10% i utrzymanie tego efektu

d) masa ciała nie ma wpływu na ryzyko

7. **Który sposób żywienia sprzyja zapobieganiu cukrzycy typu 2?**

a) dużo słodzonych napojów

b) dużo warzyw, produktów pełnoziarnistych i roślin strączkowych

c) częste jedzenie potraw smażonych

d) dużo przetworzonego czerwonego mięsa

8. **Jak należy przygotować się do badania glukozy na czczo?**

a) zjeść obfite śniadanie przed badaniem

b) nie jeść przez 8-14 godzin przed pobraniem krwi

c) wypić słodką herbatę

d) przygotowanie nie ma znaczenia

9. **Jak palenie tytoniu (także bierne) wpływa na ryzyko cukrzycy typu 2?**

a) nie ma wpływu

b) zmniejsza ryzyko

c) zwiększa ryzyko

d) chroni przed powikłaniami

10. **Jakie powikłania może powodować długotrwale źle kontrolowana cukrzyca?**

a) uszkodzenie oczu, nerek, nerwów oraz choroby serca i naczyń

b) wyłącznie łamliwość paznokci

c) wyłącznie przejściowy ból głowy

d) cukrzyca nie powoduje powikłań

Klucz odpowiedzi (wyłącznie dla realizatora - nie umieszcza się go na formularzu dla uczestników): 1b, 2a, 3a, 4b, 5c, 6c, 7b, 8b, 9c, 10a. Wysoki poziom wiedzy: co najmniej 8 poprawnych odpowiedzi (ponad 75%).

Załącznik nr 3. Formularz zgłoszeniowy, oświadczenie i zgoda na udział w programie

Program polityki zdrowotnej „Przyszłość bez cukrzycy" - program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców gminy Sztutowo na lata 2027-2029, finansowany ze środków Gminy Sztutowo.

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Telefon: .....

Adres zamieszkania (miejscowość na terenie gminy Sztutowo, ulica, numer):

.....

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć):

☐mieszkam na terenie gminy Sztutowo (miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu cywilnego),

☐nie mam rozpoznanej cukrzycy i nie pozostaję pod opieką poradni diabetologicznej,

☐w ciągu ostatnich 12 miesięcy NIE miałem/am badania glukozy we krwi w ramach NFZ (w tym w programie „Moje Zdrowie"),

☐w ciągu ostatnich 12 miesięcy miałem/am badanie glukozy we krwi w ramach NFZ: data

....., wynik mg/dl (proszę dołączyć wynik),

☐rozpoznano u mnie stan przedcukrzycowy, data badania (jeśli znana): (wynik z

ostatnich 12 miesięcy proszę dołączyć),

☐w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie korzystałem/am z konsultacji dietetycznych ani podobnych zajęć dotyczących stylu życia finansowanych ze środków publicznych.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie. Otrzymałem/am informacje o programie i odpowiedzi na zadane pytania. Wiem, że mogę w każdej chwili zrezygnować z udziału bez podania przyczyny. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym numeru PESEL i wyników badań, w celu realizacji, monitorowania i ewaluacji programu oraz na kontakt telefoniczny w sprawach programu. Informację o przetwarzaniu danych osobowych (art. 13 RODO) przekazuje realizator programu.

Miejscowość, data i czytelny podpis: .....

Wypełnia realizator: kryteria sprawdzone ☐ zakwalifikowano do: ☐ badania przesiewowego ☐ interwencji stylu życia (na podstawie wyniku z ostatnich 12 miesięcy) ☐nie zakwalifikowano (powód): .....

Załącznik nr 4. Oświadczenie o rezygnacji z udziału w programie

Imię i nazwisko uczestnika: .....

Oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w programie polityki zdrowotnej „Przyszłość bez cukrzycy”.

Powód rezygnacji (podanie nieobowiązkowe): .....

Miejscowość, data i podpis: .....

Załącznik nr 5. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

Ankieta jest anonimowa. Jej wyniki posłużą do oceny jakości programu. W pytaniach 1-7 proszę zaznaczyć ocenę od 1 (najniższa) do 5 (najwyższa).

Pytanie	Ocena (1-5)
1. W jakim stopniu program spełnił Pana/Pani oczekiwania?	1 2 3 4 5
2. Jak ocenia Pan/Pani sposób zgłoszenia i kwalifikacji do programu? (jeśli dotyczy)	1 2 3 4 5
3. Jak ocenia Pan/Pani organizację badań laboratoryjnych? (jeśli dotyczy)	1 2 3 4 5
4. Jak ocenia Pan/Pani wizytę lekarską (omówienie wyników)? (jeśli dotyczy)	1 2 3 4 5
5. Jak ocenia Pan/Pani zajęcia edukacyjne? (jeśli dotyczy)	1 2 3 4 5
6. Jak ocenia Pan/Pani konsultacje dietetyczne i zajęcia grupowe? (jeśli dotyczy)	1 2 3 4 5
7. Jak ocenia Pan/Pani życzliwość i kompetencje personelu?	1 2 3 4 5

8. Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o programie? ☐od lekarza lub pielęgniarki ☐z ośrodka zdrowia

☐ze strony internetowej lub mediów społecznościowych gminy ☐ z plakatu lub ulotki ☐ od rodziny lub znajomych ☐inne: .....

9. Czy program powinien być kontynuowany w kolejnych latach? ☐tak ☐nie

10. Uwagi i propozycje: .....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

UZASADNIENIE

Ochrona zdrowia należy do zadań własnych gminy (art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o samorządzie gminnym). Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej. Profilaktyka cukrzycy typu 2 odpowiada na potrzeby zdrowotne mieszkańców Gminy Sztutowo i pozwala na wczesne wykrywanie czynników ryzyka tej choroby.

Projekt Programu opracował podmiot zewnętrzny, Badamysie.pl Sp. z o.o., na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych danych epidemiologicznych (art. 48a ust. 1 ustawy), według wzoru określonego w przepisach wykonawczych do ustawy. Program uwzględnia zalecenia Rekomendacji nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącej profilaktyki cukrzycy typu 2.

Z uwagi na wydanie rekomendacji dotyczącej przedmiotowego problemu zdrowotnego, a także opracowanie projektu Programu zgodnie z jej zaleceniami, na podstawie art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy nie zachodzi obowiązek przekazania projektu do Agencji w celu uzyskania opinii Prezesa Agencji.

Gmina Sztutowo prześle do Agencji oświadczenie o zgodności projektu Programu z wydaną rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy, przed rozpoczęciem wdrażania, realizacji i finansowania Programu, co umożliwi rozpoczęcie realizacji Programu.

Program obejmuje lata 2027–2029 i został zaprezentowany Radzie Gminy na sesji w dniu 26.11.2026 r. W związku z powyższym podjęcie uchwały jest zasadne.