UCHWAŁA NR XXI/87/2025
RADY GMINY POKÓJ

z dnia 27 sierpnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej gminy Pokój na lata 2025-2030 pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 a także art. 48a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146) Rada Gminy w Pokoju uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej gminy Pokój na lata 2025-2030 pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2” w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Pokój.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy

Tomasz Krystosek

Załącznik do uchwały nr XXI/87/2025
Rady Gminy Pokój
z dnia 27 sierpnia 2025 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
Gminy Pokój na lata 2025-2030
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II”

1. **Nazwa Programu**

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

2. **Okres realizacji programu**

2025-2030

3. **Dane kontaktowe:**

Urząd Gminy Pokój
46-034 Pokój
ul. Sienkiewicza 8

tel: +48774693080
fax: +48774693080
e-mail: ug@gminapokoj.pl

4. **Data opracowania programu:**

Maj 2025

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki 4

1. Problem zdrowotny ……. 4
2. Dane epidemiologiczne …….. 4
3. Opis obecnego postępowania …….. 6
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu ……..... 6

II. Cele programu i mierniki efektywności jego realizacji ……..…….. 7

1. Cel główny ……... 7
2. Cele szczegółowe …… 7
3. Mierniki efektywności realizacji programu …… 7

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz opis planowanych interwencji …… 7

1. Populacja docelowa ……..... 7
2. Kryteria kwalifikacji oraz kryteria wyłączenia ……. 8
3. Planowane interwencje …….. 9
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych ……... 9
5. Sposób zakończenia udziału w programie ……...……. 9

IV. Organizacja Programu Polityki Zdrowotnej …….. 9

1. Etapy programu i działania podejmowane ……. 9
2. Warunki realizacji dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych… 10

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej……..….. 10

1. Monitorowanie ……. 10
2. Ewaluacja …… 10

VI. Budżet Programu Polityki Zdrowotnej …….……... 11

1. Koszty jednostkowe …… 11
2. Koszty całkowite …….. 11
3. Źródła finansowania …… 11

VII. Okres realizacji programu …… 11

VIII. Bibliografia ……... 12

I. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI

1. **Problem zdrowotny**

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych.

Klasyfikacja cukrzycy według WHO i Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego:

1) cukrzyca typu 1; a) typ autoimmunologiczny, b) typ idiopatyczny.

2) cukrzyca typu 2;

3) inne określone typy cukrzycy;

4) cukrzyca ciężarnych.

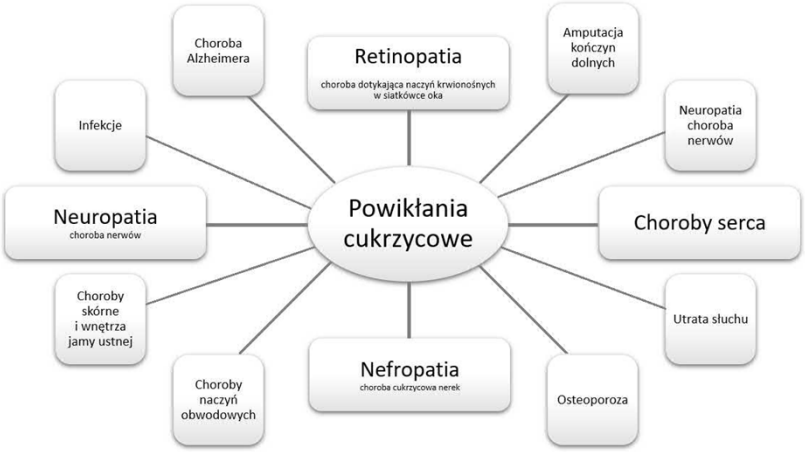
Interakcje genetyczne, środowiskowe czynniki ryzyka, m.in.: siedzący tryb życia, brak lub niewielki wysiłek fizyczny, otyłość to główne czynniki odpowiedzialne za rozwój cukrzycy. Zniszczenia komórek beta trzustki, odpowiedzialnych za sekrecję insuliny jest przyczyną rozwoju cukrzycy typu 1 nazywanej również cukrzycą insulinozależną. Ten rodzaj cukrzycy (stanowiący około 5–10% wszystkich przypadków cukrzycy), związany jest z istniejącym procesem autoimmunizacyjnym i prowadzi do bezwzględnego niedoboru insuliny u osób predysponowanych genetycznie. Ta postać choroby może się ujawnić w każdym wieku, najczęściej jednak pojawia się w dzieciństwie i do 30 roku życia. Cukrzyca typu 2 stanowi około 90–95% wszystkich przypadków tej choroby, określana była dawniej mianem cukrzycy insulinoniezależnej lub osób dorosłych. Ta postać choroby jest wynikiem interakcji między genetycznymi czynnikami predysponującymi a czynnikami środowiskowymi, w tym przede wszystkim prowadzącymi do nadmiernego gromadzenia substratów energetycznych (mała aktywność fizyczna przy jednoczesnym nadmiarze spożywanych kalorii). Uważa się, że za jej rozwój odpowiedzialna jest postępująca dysfunkcja komórek beta trzustki i współtowarzysząca insulinooporność. Chorują na ten rodzaj cukrzycy osoby w wieku średnim i starszym, ze współistniejącą otyłością, nadciśnieniem tętniczym i zaburzeniami gospodarki lipidowej.

Przyczyną rozwoju powikłań ostrych i przewlekłych w cukrzycy jest utrzymujące się podwyższone stężenie glukozy we krwi. Przewlekła hiperglikemia powoduje zaburzenia funkcji, uszkodzenie i niewydolność wielu narządów, zwłaszcza oczu, nerek oraz powikłania ze strony układu nerwowego i sercowo-naczyniowego. Powikłania te w istotny sposób zwiększają chorobowość oraz śmiertelność związaną z powikłaniami cukrzycy oraz obniżają jakość życia. W Polsce podobnie, jak i w innych krajach Unii Europejskiej, zachodzą zmiany w stanie zdrowia mieszkańców mające wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej – między innymi z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2, którą zakwalifikowano do grupy chorób cywilizacyjnych.

2. **Dane epidemiologiczne**

Raport dotyczący częstości występowania cukrzycy w poszczególnych regionach świata i w poszczególnych krajach przedstawia corocznie Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (International Diabetes Federation - IDF). W 2020 r. na świecie 415 mln osób chorowało na cukrzycę, w tym 3 miliony w Polsce. Cukrzyca to pierwsza niezakaźna choroba uznana przez ONZ za epidemię XXI wieku. Szacuje się, że w 2045 roku liczba chorych sięgnie 629 milionów. Według danych NFZ w Polsce w 2018 roku na cukrzycę chorowało 2,86 mln dorosłych osób, czyli 9,1 % ludności. Wśród nich największa grupa to osoby po 55 roku życia (84%). W roku 2017 w Polsce z powodu cukrzycy NFZ finansował leczenie: 2512,3 tys. osób, czyli 8 % populacji dorosłych obywateli Polski. Oznacza to, że co dwunasty dorosły Polak cierpi na tę chorobę; w grupie osób 65+ jest to prawie co czwarta osoba (23%). Cukrzyca jest częściej rozpoznawana i leczona u kobiet (55%) niż u mężczyzn. Wynika to:

- z większego udziału kobiet w populacji 18+,
- dłuższej oczekiwanej długości życia u kobiet (odsetek chorych z cukrzycą bardzo wzrasta z wiekiem),
- z gorszego wykrywania cukrzycy u mężczyzn.



Obecnie jedna z trzech osób z cukrzycą nie jest świadoma swojej choroby (do niedawna o cukrzycy nie wiedziała połowa chorych). Cząstkowe dane epidemiologiczne wskazują także, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy jest wiek – u co czwartej osoby powyżej 60 rż. stwierdza się cukrzycę. Szczególnie wzrost liczby chorych na cukrzycę obserwuje się w krajach rozwijających się, co ma związek m.in. ze współczesnym, niezdrowym trybem życia i jego efektami w postaci otyłości czy nadciśnienia, a także starzejącym się społeczeństwem. Dziesiątki milionów ludzi z cukrzycą cierpi z powodu jej groźnych powikłań. Cukrzyca znajduje się w grupie pierwszych 10 przyczyn niepełnosprawności ludzi na całym świecie. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia 15 milionów ludzi niewidomych utraciło wzrok w wyniku powikłań cukrzycy. Spośród czterech milionów osób, które każdego roku umierają z powodu cukrzycy, spora część to osoby w najbardziej produktywnym wieku (40-60 lat). Nieleczona cukrzyca jest przyczyną rożnych powikłań tej choroby.

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). W kontekście globalnym, rosnąca liczba osób z chorobami cywilizacyjnymi, w tym cukrzycą typu 2, otyłością czy przewlekłymi chorobami płuc (np. POChP), dodatkowo zwiększa potrzeby w zakresie edukacji, profilaktyki i badań przesiewowych. Celem wprowadzenia profilaktyki z zakresu cukrzycy typu 2 jest nie tylko poprawa stanu zdrowia fizycznego, ale także wsparcie emocjonalne i edukacyjne pacjentów, co przyczynia się do lepszej samokontroli chorób przewlekłych. Przestrzeganie trzech lub więcej zachowań związanych ze stylem życia o niskim ryzyku LRLB (zdrowa dieta/ utrzymanie prawidłowej masy ciała/ regularne ćwiczenia/ abstynencja lub zaprzestanie palenia/ niewielkie spożycie alkoholu) istotnie statystycznie zmniejsza ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 o 80% - RR=0,20 [95%CI: 0,17; 0,23] (Khan 2023). Intensywna interwencja modyfikująca styl życia (indywidualna konsultacja prowadzona przez lekarzy i dietetyków; grupowa; połączona indywidualna i grupowa; telefoniczna) w porównaniu do braku interwencji, standardowej opieki, ogólnych porad pisemnych lub ustnych istotnie statystycznie zmniejsza ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 u osób ze stanem przed cukrzycowym o 22% - RR=0,78 [95%CI: 0,72; 0,85] (Portal-Teixeira 2024).

W Polsce, jak również w całej UE, obserwujemy starzenie się społeczeństwa, które wynika z wydłużania się oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności oraz obecnej struktury wieku ludności. Niezmiennie rośnie grupa osób w wieku 65 lat i więcej. W 2022r. zwiększyła się o 178 000 osób do wielkości 7,3 mln, co stanowi 19.5 % ogólnej liczny ludności. Proces starzenia się ludności postrzegany w wymiarze jednostkowym i społecznym stawia trudne wyzwania o wielopłaszczyznowym wymiarze, a więc nie tylko w sferze ekonomicznej, lecz i psychologicznej, medycznej i socjalnej. Wyniki „Prognozy ludności na lata 2023–2060" wskazują na wyraźny ubytek ludności do 2060 r. W scenariuszu głównym przewiduje się spadek do 30,4 mln osób. Proces starzenia się ludności Polski postepuje, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej oraz duży spadek liczby dzieci i młodzieży (0–17 lat). Jedynie w scenariuszu wysokim przewiduje się utrzymanie liczby osób poniżej 18 lat na poziomie zbliżonym do 2022 r. Kurczyć będą się zasoby ludności w wieku produkcyjnym. Według wyników prognozy spadek ten do 2060 r. wyniesie od 25% w scenariuszu niskim do 40% w scenariuszu wysokim. W konsekwencji doprowadzi to do zwiększenia współczynnika obciążenia demograficznego ludnością w wieku nieprodukcyjnym. W 2022 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym (kobiety 18–59, mężczyźni 18-64) przypadało 70 osób w wieku nieprodukcyjnym (0–17, 60+/65+). W 2060 r. będzie to już

105 osób (według scenariusza głównego). Epidemiologiczne wyzwania współczesnego świata sprawiają, że rola edukacji, badań i profilaktyka wykracza poza działania podstawowej opieki zdrowotnej i staje się kluczowym elementem prewencji wtórnej oraz utrzymania niezależności pacjentów. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

3. **Opis obecnego postępowania**

Wykrywanie cukrzycy typu 2 wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 oraz w priorytety zdrowotne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2144). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1355), oznaczenie stężenia glukozy, test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej finansowanych ze środków publicznych.

Oznaczenie stężenia glukozy na czczo stanowi również element badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia. Program ten skierowany jest w szczególności do osób obciążonych czynnikami ryzyka, takimi jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, niska aktywność fizyczna, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się, wiek — w danym roku kalendarzowym obejmujący osoby w wieku 35, 40, 45, 50 oraz 55 lat — u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w ciągu ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń w ramach programu (także u innych świadczeniodawców).

Biorąc pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, wskazujące na stale rosnącą liczbę przypadków cukrzycy typu 2 oraz czynników ryzyka związanych z jej rozwojem, należy wnioskować, że działania w zakresie profilaktyki tej choroby będą nie tylko zasadne, ale i niezbędne również w kolejnych latach. Systematyczne działania przesiewowe i edukacyjne pozostaną kluczowym zadaniem systemu ochrony zdrowia, umożliwiając wczesne wykrycie i skuteczniejsze leczenie cukrzycy oraz jej powikłań.

4. **Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Cukrzyca, zwłaszcza typu 2, stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego świata. Ze względu na gwałtownie rosnącą liczbę zachorowań, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała ją za pierwszą niezakaźną epidemię XXI wieku. Obecnie na świecie z cukrzycą żyje ponad 530 milionów osób, a według prognoz Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF), do 2045 r. liczba ta może wzrosnąć do ponad 780 milionów. Eksperci alarmują, że żaden system ochrony zdrowia — niezależnie od poziomu jego rozwoju — nie jest w stanie długofalowo udźwignąć kosztów leczenia cukrzycy i jej licznych powikłań, jeżeli nie zostaną wdrożone skuteczne działania prewencyjne. Choroba ta dotyka osoby w każdym wieku, coraz częściej również dzieci i młodzież, i należy do najczęściej występujących chorób przewlekłych. Jej leczenie jest procesem długotrwałym, wymagającym kompleksowego podejścia, współpracy wielu specjalistów oraz znacznych zasobów finansowych. W Polsce roczne koszty związane z cukrzycą szacowane są na około 6 miliardów złotych, z czego znaczną część stanowią koszty pośrednie. Obejmują one m.in. utratę produktywności osób chorych na skutek absencji zawodowej, trwałej niezdolności do pracy, konieczności przyznawania rent oraz przedwczesnych zgonów. Koszty te – zwłaszcza związane z leczeniem powikłań, takich jak nefropatia, retinopatia, udary mózgu, choroba niedokrwienna serca czy amputacje – rosną w tempie alarmującym i stanowią poważne obciążenie dla systemu ochrony zdrowia i gospodarki narodowej.

W świetle powyższego, niezbędne jest podejmowanie kompleksowych, skoordynowanych działań w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej cukrzycy. Kluczowe znaczenie ma wczesne wykrywanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej, identyfikacja osób z grupy ryzyka oraz promowanie zdrowego stylu życia, obejmującego odpowiednią dietę, regularną aktywność fizyczną oraz eliminację czynników takich jak otyłość, nadmierny stres czy palenie tytoniu. Tylko takie podejście może skutecznie ograniczyć epidemię cukrzycy, poprawić jakość życia pacjentów i zapewnić długofalową stabilność finansową systemu ochrony zdrowia.

II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

1. **Cel główny**

Zapobieganie oraz wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2.

2. **Cele szczegółowe**

1) podniesienie świadomości mieszkańców gminy na temat występowania cukrzycy typu 2;
2) podnoszenie poziomu wiedzy na temat objawów i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2;
3) identyfikacja osób z wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2;
4) podjęcie działań prewencyjnych w kierunku cukrzycy typu 2 u osób z podwyższonym poziomem ryzyka wystąpienia cukrzycy;
5) podjęcie działań mających na celu zapobieganie dalszemu rozwojowi cukrzycy i jej powikłań u osób z wykrytą cukrzycą;
6) obniżenie kosztów leczenia cukrzycy i jej powikłań;
7) podniesienie poziomu wiedzy w społeczeństwie poprzez ukierunkowaną edukację osób biorących udział w programie na temat: a) wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2,
   b) czynników zwiększających zachorowalność,
   c) metod zmniejszania ryzyka zachorowania (m.in. uprawianie sportu, przestrzeganie zdrowej diety, utrzymywanie prawidłowej masy ciała).

3. **Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

1) procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu;
2) liczba osób z prawidłowym wynikiem badania;
3) liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SA PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU

1. **Populacja docelowa**

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Pokój 4779 oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 74 (stan na 18.07.2025r. razem 4853). Beneficjentami badań profilaktycznych w ramach programu będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Pokój zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku w wieku 35-75 (kobiety w wieku 35-75 - **1474**, mężczyźni w wieku 35-75- **1400**). Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok.450 osób. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy gminy.

2025	
Kobiety wiek 35-75 lat	Mężczyźni wiek 35-75lat
1474	1400
Razem 2874	

Źródło: Rejestr mieszkańców prowadzony przez Wójta Gminy Pokój

LICZBA MIESZKAŃCÓW GMINY POKÓJ
zameldowanej na pobyt stały w poszczególnych miejscowościach na dzień 2024-12-31

Lp.	MIEJSCOWOŚĆ	LICZBA MIESZKAŃCÓW
1.	Dąbrówka Dolna	175
2.	Domaradz	229

3.	Domaradzka Kuźnia	201
4.	Fałkowice	298
5.	Jagienna	163
6.	Kopalina	182
7.	Krogulna	245
8.	Krzywa Góra	114
9.	Lubnów	239
10.	Ładza	337
11.	Paryż	79
12.	Pokój	1364
13.	Siedlice	40
14.	Świercowskie	57
15.	Zawiść	278
16.	Zieleniec	581
17.	Żabiniec	79

Źródło: https://gminapokoj.pl/905/aktualnosci.html?Page=9#pageOnPageFilter

LICZBA MIESZKAŃCÓW GMINY POKÓJ zameldowanych w gminie Pokój na pobyt stały na dzień 2024-12-31 wg wieku i płci			
WIEK	**MĘŻCZYZN**	**KOBIET**	**OGÓŁEM**
0-2	36	45	81
3	24	16	40
4-5	57	42	99
6	29	19	48
7	28	12	40
8-12	113	123	236
13-15	83	91	174
16-17	64	45	109
18	35	20	55
19-65	1557	-	1557
19-60	-	1357	1357
> 65	377		377
>60	-	693	693
Ogółem	**2363**	**2463**	**4826**

Źródło: https://gminapokoj.pl/7363/statystyka-ludnosci-na-dzien-31122024-r.html

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

1) Kryteria włączenia:

a) kobiety i mężczyźni w przedziale wiekowym od 35 do 75 roku życia,

b) w dniu wykonania badania pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Pokój − na pobyt stały, lub na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania).

2) Kryteria wyłączenia:

a) wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,

b) skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym,

c) brak zameldowania na terenie Gminy Pokój na pobyt stały lub pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania w ramach programu polityki zdrowotnej),

d) wymeldowanie się w dniu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Gminy Pokój www.gminapokoj.pl;

b) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,

c) media społecznościowe,

d) ogłoszenia parafialne,

e) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie i zachęcające do profilaktyki. Na zlecenie Gminy, za pomocą lokalnych mediów przeprowadzone zostaną wywiady ze specjalistami-lekarzami, będące częścią kampanii informacyjno-edukacyjnej. Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Gminy Pokój, jak i realizatorów Programu.

W Gminie Pokój nie jest obecnie realizowany program zdrowotny o wybranej tematyce.

3. **Planowane interwencje**

Program obejmować będzie pobranie krwi do badania laboratoryjnego w celu oznaczenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) oraz kampanii informacyjno-edukacyjnej. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Pobranie krwi do badania laboratoryjnego oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

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

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Szczegółowa informacja o planowanych terminach działań edukacyjnych zostanie rozpropagowana przez lokalne środki masowego przekazu oraz na bieżąco zamieszczana na stronie internetowej Urzędu Gminy Pokój, na tablicach ogłoszeń w poszczególnych miejscowościach oraz przez sołtysów i radnych.

5. **Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Każdy pacjent otrzyma wynik badania oraz zalecenia dotyczące skonsultowania wyniku z lekarzem.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

2) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:

a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,

b) liczba dostępnych lokali na terenie gminy Pokój gdzie wykonywane będą badania,

c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,

d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.

3) Umowy z wybranymi oferentami zostanie zawarta po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert.

Program obejmować będzie:

1) pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);

2) przeprowadzenie edukacji na temat wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;

3) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu;
3) przeprowadzenia wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku wykrywania cukrzycy typu 2, jej skutków, oraz eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.

Program będzie miał również charakter edukacyjny. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy Gminy Pokój w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2. Kampania edukacyjna prowadzona będzie przez Urząd Gminy Pokój przy wsparciu realizatorów Programu. Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

1) przez wykorzystanie mass-mediów: media społecznościowe, na tablicach ogłoszeniowych sołectwa,
2) na stronie internetowej www.gminapokoj.pl, stronie www.bip.gminapokoj.pl oraz w Ośrodku Zdrowia i aptece działających na terenie gminy,
3) informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o realizowanym Programie;

kolportaż materiałów informacyjno-edukacyjnych o programie wśród mieszkańców gminy.

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

1) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2024 r. poz. 1782) ;
2) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
3) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
4) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. **Monitorowanie**

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny zgłaszalności do programu. Ocena zgłaszalności zostanie określona poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji Programu będzie prowadzona przez upoważnionych pracowników Urzędu Gminy Pokój w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. Ocena jakości świadczeń dokonywana będzie również przez pacjenta uczestniczącego w Programie na podstawie przeprowadzonej ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz satysfakcji beneficjenta programu w ramach realizacji zadania.

2. **Ewaluacja**

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

1) zgłaszalności osób do udziału w Programie;
2) liczby osób z prawidłowym wynikiem badania;
3) liczby osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. **Koszty jednostkowe**

Szacunkowy koszt wykonania badania hemoglobiny glikowanej (HbA1c) u jednej osoby wynosi od 30zł – 60 zł.

2. **Koszty całkowite**

Całkowity koszt realizacji Programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

PRZEWIDYWANY CAŁKOWITY KOSZT REALIZACJI					
ROK 2025	ROK 2026	ROK 2027	ROK 2028	ROK 2029	ROK 2029
25 000	25 000	20 000	20 000	25 000	30 000

ROK	**KOSZT PROGRAMU**	**ŹRÓDŁO FINANSOWANIA**	**%**
2025	25 000 zł	Gmina Pokój – dotacja celowa w rozumieniu art. 114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450)	100%
2026	25 000 zł	Gmina Pokój – dotacja celowa w rozumieniu art. 114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450)	100%
2027	20 000 zł	Gmina Pokój – dotacja celowa w rozumieniu art. 114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450)	100%
2028	20 000 zł	Gmina Pokój – dotacja celowa w rozumieniu art. 114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450)	100%
2029	25 000 zł	Gmina Pokój – dotacja celowa w rozumieniu art. 114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450)	100%
2030	30 000 zł	Gmina Pokój – dotacja celowa w rozumieniu art. 114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450)	100%

Ostateczną wartość środków finansowych na realizację Programu określać będą uchwały budżetowe. Środki te mogą ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu w zależności od możliwości finansowych Gminy Pokój.

3. **Źródła finansowania**

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Pokój, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Pokój będą decydować zasady określone w umowie.

VII. OKRES REALIZACJI PROGRAMU

Program realizowany będzie w latach 2025 – 2030. W przypadku stwierdzenia skuteczności zaplanowanych działań oraz zainteresowania mieszkańców uczestnictwem w Programie oraz posiadaniem środków finansowych w budżecie Gminy Pokój istnieje możliwość kontynuowania Programu w latach kolejnych.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1) Rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/REK/11-12-2024%20Rekomendacja_48aa_cukrzyca_BIP.pdf
2) https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/
3) https://www.mp.pl/cukrzyca/cukrzyca/typ2/65891,cukrzyca-typu-2
4) https://www.pap.pl/mediaroom/1432025%2Ccukrzyca-nalezy-do-glownych-wyzwan-zdrowia-publicznego.html?utm_source=chatgpt.com
5) https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecenia-kliniczne-dotyczace-postepowania-u-osob-z-cukrzyca-2025
6) „Cukrzyca 2025" https://ippez.pl/wp-content/uploads/2019/03/Cukrzyca-20251.pdf