

**AKCEPTUJĘ**

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

## **Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Wrocławia**

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

**Wrocław** miasto spotkań

Wrocław, 2025

**Nazwa programu:**

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Wrocławia

**Okres realizacji programu:** program wieloletni, realizowany w edycjach rocznych

**Zgodność programu z Rekomendacją AOTMiT:**

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

**Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach, ale stanowi kontynuację wieloletnich działań miasta Wrocławia w obszarze profilaktyki cukrzycy.

**Dane kontaktowe:**

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych  
Urzędu Miejskiego Wrocławia  
Wrocław 50-320, ul. G. Zapolskiej 4  
tel. /71/ 777 77 60  
wzd@um.wroc.pl

**Data opracowania programu:** III kwartał 2025 r.- I kwartał 2026

## Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	4
1. Opis problemu zdrowotnego .....	4
2. Dane epidemiologiczne .....	10
3. Opis obecnego postępowania .....	15
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....	17
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	20
1. Cel główny .....	20
2. Cel szczegółowy .....	20
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	21
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji .....	22
1. Populacja docelowa .....	22
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ ...	25
3. Planowane interwencje .....	25
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej ..	35
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	36
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	36
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	36
2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	37
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....	39
1. Monitorowanie .....	39
2. Ewaluacja .....	40
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej .....	41
1. Planowane koszty całkowite .....	41
2. Źródło finansowania .....	43
Bibliografia: .....	43
Załączniki .....	45

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

### **1. Opis problemu zdrowotnego**

Cukrzyca (kod ICD- 10: E11) to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Cukrzyca typu 2 to postępująca utrata zdolności komórek  $\beta$  trzustki do prawidłowej sekrecji insuliny z towarzyszącą insulinoopornością. Jej wystąpienie jest uwarunkowane genetycznie, jednak decydującą rolę pełnią czynniki środowiskowe: nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej oraz nieprawidłowe nawyki żywieniowe <sup>1</sup>.

Cukrzyca typu 2 w połowie przypadków przebiega bezobjawowo. Objawy pojawiają się w następstwie wzrastającego stężenia glukozy we krwi i mogą wystąpić dopiero po kilku latach. Do klasycznych objawów cukrzycy typu 2 zalicza się:

- osłabienie i senność spowodowane odwodnieniem,
- spadek masy ciała,
- zwiększone oddawanie moczu (poliuria),
- nadmierne pragnienie (polidypsja),
- mogą także wystąpić ropne zakażenia skóry lub zakażenia układu moczowo-płciowego.

Niekontrolowana cukrzyca prowadzi do rozwoju przewlekłych powikłań, zwłaszcza sercowo-naczyniowych, które są główną przyczyną zgonów wśród chorych. Według publikacji Zdrojewski 2016, szacuje się, że z powodu choroby wieńcowej umiera ponad 50% chorych na cukrzycę. Współistnienie cukrzycy i choroby wieńcowej prowadzi do wzrostu ryzyka wystąpienia zgonu od 3 do 5 razy w przypadku kobiet oraz od 2 do 3 razy w przypadku mężczyzn. Do ostrych powikłań cukrzycowych należą: nasilona hiperglikemia, hipoglikemia, kwasica ketonowa i/lub mleczanowa

---

<sup>1</sup> Rekomendacja nr 7/2024 Prezesa AOTMiT z 11 grudnia 2024r

oraz niewydolność poszczególnych organów, a w szczególności nerek oraz wątroby.

Diagnostyka cukrzycy typu 2, z uwagi na skąpoobjawowy lub bezobjawowy przebieg, powinna opierać się na laboratoryjnym pomiarze następujących parametrów: glikemii, glikozurii, stężenia peptydu C w surowicy, zaburzeń lipidowych oraz ciał ketonowych w moczu lub ich zwiększonego stężenia w surowicy. Stan zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy rozpoznaje się na podstawie przynajmniej nieprawidłowej glikemii na czczo lub nieprawidłowej tolerancji glukozy. Cukrzyca rozpoznawana jest w przypadkach, gdy: występują objawy hiperglikemii i glikemia przygodna  $\geq 200$  mg/dl ( $\geq 11,1$  mmol/l); w dwukrotnym pomiarze na czczo glikemia wyniosła  $\geq 126$  mg/dl ( $\geq 7$  mmol/l); w 120 minucie testu obciążenia glukozą glikemia wyniosła  $\geq 200$  mg/dl ( $\geq 11,1$  mmol/l).

Osoby, które ukończyły 45 rok życia powinny zadbać o kontrolę cukru przynajmniej raz na 3 lata. Ponadto, zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (2025), jeżeli występuje chociaż 1 z czynników ryzyka cukrzycy typu 2, to glikemia powinna być kontrolowana przynajmniej 1 raz w roku.

Cukrzyca typu 2 jest chorobą o dynamicznym przebiegu, począwszy od dominującej insulinooporności przez kompensacyjną hiperinsulemię, aż do wyczerpania możliwości wydzielniczych komórek  $\beta$ . W początkowym okresie rozwoju cukrzycy typu 2, zmniejszona wrażliwość na insulinę jest kompensowana coraz intensywniejszym jej wydzielaniem przez komórki  $\beta$ . Ryzyko zachorowania na cukrzycę typu II rośnie wraz z wiekiem. Do głównych objawów zalicza się: wielomocz, wzmożone pragnienie, utratę masy ciała niespowodowaną celowym odchudzaniem, osłabienie, wzmożoną senność, zmiany ropne na skórze oraz stany zapalne narządów moczowo-płciowych (Katra 2017).

Istnieje postać graniczna cukrzycy typu 2 zwana stanem przedcukrzycowym. Wyżej wymieniony stan jest również określany jako „upośledzenie glukozy na czczo” lub „nietolerancja glukozy”. Zasadniczo oznacza to, że poziom cukru we krwi jest wyższy niż u zdrowej osoby, ale nie jest wystarczająco wysoki, aby można go było uznać za cukrzycę. Posiadanie stanu przedcukrzycowego nie oznacza także, że na pewno

rozwinie się ona u danej osoby. Osoby ze stanem przedcukrzycowym mają od 5 do 15 razy większe ryzyko cukrzycy typu 2 niż osoby zdrowe z prawidłowym poziomem glukozy we krwi (Healthline 2017)<sup>2</sup>.

### **Etiologiczna klasyfikacja cukrzycy:**

- cukrzyca typu 1 – autoimmunizacyjna destrukcja komórek  $\beta$  trzustki prowadząca zwykle do bezwzględnego niedoboru insuliny,
- cukrzyca typu 2 – postępująca utrata zdolności komórek  $\beta$  trzustki do prawidłowej sekrecji insuliny z towarzyszącą insulinoopornością,
- inne specyficzne typy cukrzycy:
  - genetyczne defekty czynności komórki  $\beta$ ,
  - genetyczne defekty działania insuliny,
  - choroby zewnątrzwydzielniczej części trzustki,
  - endokrynopatie,
  - leki i inne substancje chemiczne,
  - infekcje,
  - rzadkie postaci cukrzycy o podłożu immunologicznym,
  - inne uwarunkowane genetycznie zespoły związane z cukrzycą;
- hiperglikemia po raz pierwszy rozpoznana w ciąży:
  - cukrzyca w ciąży,
  - cukrzyca ciążowa.

Tabela 1. Zasady rozpoznawania zaburzeń tolerancji glukozy

Stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej oznaczone w laboratorium			Wartość HbA1cznaczona w laboratorium metodą certyfikowaną w NGSP
Glikemia przygodna – oznaczona w próbce krwi pobranej o dowolnej porze dnia, niezależnie od pory ostatnio spożytego posiłku	Glikemia na czczo – oznaczona w próbce krwi pobranej 8–14 godzin od ostatniego posiłku	Glikemia w 120. minucie doustnego testu tolerancji glukozy według WHO	
	70–99 mg/dl	< 140 mg/dl	

<sup>2</sup> Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów Raport nr: OT.434.1.2021

≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) → cukrzyca (gdy występują objawy hiperglikemii: wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie)	(3,9–5,5 mmol/l) → NFG	(7,8 mmol/l) → prawidłowa tolerancja glukozy	
	100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) → IFG	140–199 mg/dl (7,8–11,1 mmol/l) → IGT	
	≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) → cukrzyca	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) → cukrzyca	≥ 6,5% (48 mmol/mol) → cukrzyca

IFG – nieprawidłowa glikemia na czczo, IGT – nieprawidłowa tolerancja glukozy, NFG – prawidłowa glikemia na czczo, NGSP – Narodowy Program Standaryzacji Glikohemoglobiny (National Glycohemoglobin Standardization Program), WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization)

## Nazewnictwo stanów hiperglikemicznych według Światowej

### Organizacji Zdrowia:

- prawidłowa glikemia na czczo: 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l),
- nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG): 100– 125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l),
- prawidłowa tolerancja glukozy (NFG): w 120. minucie OGTT glikemia < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l),
- nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT): w 120. minucie OGTT glikemia 140–199 mg/dl (7,8– 11,0 mmol/l),
- stan przedcukrzycowy – IFG i/lub IGT,
- cukrzyca – jedno z następujących kryteriów:
  - »» objawy hiperglikemii i glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl (≥ 11,1 mmol/l),
  - »» dwukrotnie glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl (≥ 7,0 mmol/l),
  - »» glikemia w 120. minucie OGTT ≥ 200 mg/ dl (≥ 11,1 mmol/l),
  - »» wartość HbA1c ≥ 6,5% (≥ 48 mmol/mol) (PTD 2025)<sup>3</sup>.

### Monitorowanie glikemii

Bieżące oraz późniejsze analizowanie poziomu glukozy stanowią ważny element skutecznego leczenia cukrzycy. Prawidłowa samokontrola glikemii wymaga systematycznej edukacji pacjentów z cukrzycą, ze szczególnym naciskiem na umiejętność korzystania z glukometru oraz stałe monitorowanie stężenia glukozy wraz z prawidłowym interpretowaniem

<sup>3</sup> <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecenia-kliniczne-dotyczace-postepowania-u-osob-z-cukrzyca-2025>, dostęp z dnia 20.09.2025 r. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2025, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

wyników, a co za tym idzie - wdrażaniem w życie zmian w diecie, aktywności fizycznej czy stosowaniu leków przeciwcukrzycowych<sup>4</sup>

Tabela 2. Zalecenia PTD 2025, dotyczące częstości samokontroli przy użyciu glukometru <sup>5</sup>

Sposób leczenia cukrzycy	Częstość pomiarów glikemii
Wielokrotne (tj. co najmniej 3 razy dziennie) wstrzyknięcia insuliny, intensywna funkcjonalna insulinoterapia, niezależnie od typu cukrzycy	Wielokrotne pomiary w ciągu doby (tj. co najmniej 4 razy dziennie, zalecane 8 razy dziennie) według ustalonych zasad leczenia oraz potrzeb pacjenta
Osoby z cukrzycą typu 2 leczone stałymi dawkami insuliny	Codziennie 1–2 pomiary glikemii, dodatkowo raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach) oraz raz w miesiącu dobowy profil glikemii
Osoby stosujące nieinsulinowe leki przeciwhiperglykemiczne	Raz w tygodniu skrócony profil glikemii lub pomiary w zależności od potrzeb klinicznych pacjenta

**Nieprawidłowa dieta i brak ruchu mogą** przyczynić się do rozwoju cukrzycy, a właściwa dieta, normalizacja masy ciała i wysiłek fizyczny odgrywają zasadniczą rolę w walce z nią. (PTD 2016).

W przypadku cukrzycy typu 2 prawidłowe żywienie ma ogromne znaczenie. Jego głównym celem jest wyrównanie parametrów metabolicznych (glikemia, lipidy) oraz kontrola masy ciała. U większości chorych konieczna jest redukcja wagi, co wiąże się ze zmianą dotychczasowych nawyków żywieniowych – zarówno w zakresie składu jakościowego posiłków, jak i ilości oraz częstotliwości spożywania produktów.

Cele leczenia dietetycznego w cukrzycy obejmują m. in.:

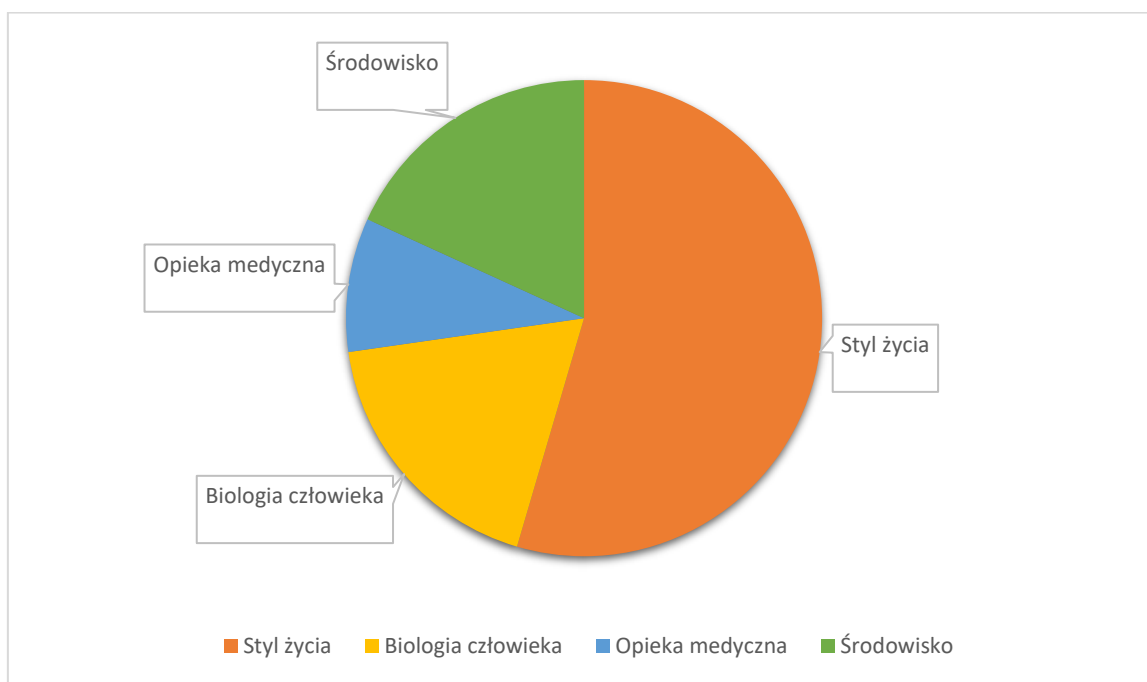
- utrzymanie poziomu glukozy we krwi jak najbliżej normy, zarówno na czczo, jak i po posiłkach,
- zapobieganie powikłaniom cukrzycy,
- utrzymanie właściwego profilu lipidowego i ciśnienia tętniczego,
- redukcję masy ciała w przypadku nadwagi lub otyłości,
- zmniejszenie ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

<sup>4</sup> <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecenia-kliniczne-dotyczace-postepowania-u-osob-z-cukrzycy-2025>, dostęp z dnia 20.09.2025 r. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2025, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

<sup>5</sup> <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecenia-kliniczne-dotyczace-postepowania-u-osob-z-cukrzycy-2025>, dostęp z dnia 20.09.2025 r. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2025, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne



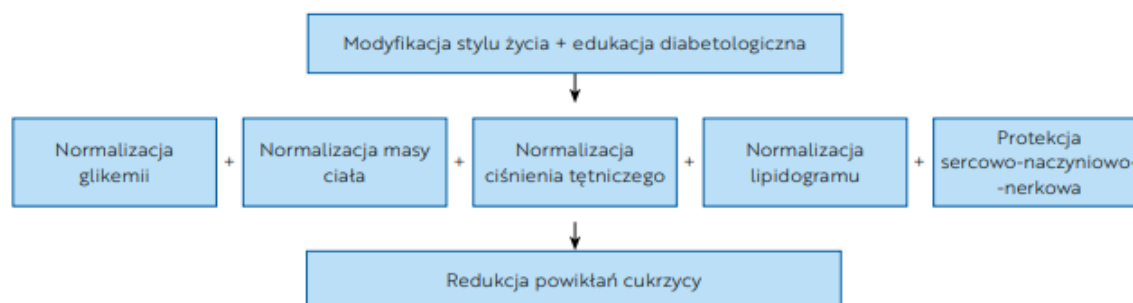
Wykres 1. Wpływ stylu życia na zdrowie człowieka określił M. Lalonde w 1974r. w koncepcji tzw. pól zdrowia. (1)<sup>6</sup>



Według tej koncepcji wśród czynników, które wpływają na zdrowie człowieka wyróżnia się 4 grupy:

1. styl życia – największy udział (50-60%), jego zmiana jest możliwa dla każdego człowieka
2. środowisko- fizyczne oraz społeczne życia i pracy (ok. 20%)
3. czynniki genetyczne/biologia człowieka (ok. 20%)
4. Opieka medyczna, która może rozwiązać 10-15 % problemów zdrowotnych .

Schemat 1. Holistyczne ujęcie strategii prowadzących do redukcji ryzyka powikłań cukrzycy <sup>7</sup>



(1) Z. J. Pierożek, *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość ludzi o zdrowie*. UM, Lublin

<sup>7</sup> <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecenia-kliniczne-dotyczace-postepowania-u-osob-z-cukrzyca-2025>, dostęp z dnia 20.09.2025 r. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2025, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

## 2. Dane epidemiologiczne

Globalnie, według danych WHO, liczba osób z cukrzycą (*diabetes mellitus*, DM) wzrosła prawie czterokrotnie w okresie 1980-2014, ze 108 do 422 milionów osób <sup>8</sup>, a przewiduje się, że w 2040 r. DM będzie dotyczyć nawet 640 milionów osób <sup>9</sup>. W Polsce cukrzyca ma charakter choroby społecznej, bowiem chorobowość przekracza 1% (od 0,3% w przypadku cukrzycy typu 1 do 4,7% dla cukrzycy typu 2)<sup>11</sup>. W Polsce, w 2023 roku u ponad 25 tys. pacjentów poniżej 18 roku życia zdiagnozowano cukrzycę oraz 3,24 mln pacjentów w wieku 18 lat i więcej. Biorąc pod uwagę 38 państw Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) zauważono niższą częstość występowania cukrzycy na poziomie 6,8% populacji, w porównaniu do średniej dla OECD-38 wynoszącej 7% <sup>10</sup>.

W przypadku cukrzycy typu 2 średni wiek zachorowania przypada na ogół po 30. roku życia, a zapadalność zwiększa się wraz z wiekiem, do ok. 70. roku życia. Większość zgonów (ok. 70%) następuje z powodu powikłań sercowo-naczyniowych.

Według danych GUS, liczba zgonów na 100 tys. Polaków z powodu cukrzycy wyniosła 25,7 – dane za 2023 r., co stanowi 2% wszystkich zgonów<sup>11</sup>.

Według danych NFZ, we Wrocławiu w 2024 r. było 12 237 pacjentów dorosłych z rozpoznaniem E10-E14 według klasyfikacji ICD-10: cukrzyca, oraz 234 pacjentów w wieku rozwojowym (8-18 lat)<sup>12</sup>.

Porównując dane z lat 2019-2023, odnotowujemy wzrost wskaźnika zgonów wrocławian z powodu cukrzycy i jej powikłań, i tak w 2019 wskaźnik ten na 100 tys. mieszkańców wynosił 15,9, a w 2023 roku jest to już 23,3 (tab. 3).

---

<sup>8</sup> WHO, 2018b. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization.

<sup>9</sup> Sieradzki, J. (2020). Choroby układu wewnętrzwydzielniczego. Cukrzyca. In P. Gajewski (ED.), *Interna Szczeklika 2020* (pp.1507-1560). Kraków: Medycyna Praktyczna

<sup>10</sup> Raport 2025: Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej

<sup>11</sup> dostęp z dnia 22.08.2025 roku, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2024,2,24.html>

<sup>12</sup>Dane NFZ dla Urzędu Miasta Wrocławia

Tabela 3. Zgony wrocławian spowodowane cukrzycą w latach 2018-2023

Lp.	Rok	Wskaźnik na 100 tys. ludności
1.	2019	14,0
2.	2020	19,8
3.	2021	27,1
4.	2022	25,8
5.	2023	23,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

We Wrocławiu pod opieką poradni diabetologicznych średnio rocznie jest ponad 12 tys. wrocławian. W tabeli 4 przedstawiono liczbę osób objętych opieką w poradni diabetologicznej, w latach 2019-2024.

Tabela 4. Liczba mieszkańców Wrocławia, będących pod opieką poradni diabetologicznych w latach 2019-2024

Lp.	Rok	Liczba osób pod opieką poradni diabetologicznych
1.	2019	18 107
2.	2020	14 913
3.	2021	11 017
4.	2022	11 404
5.	2023	12 129
6.	2024	12 569

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Z powodu cukrzycy pod opieką lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) było średnio rocznie ponad 20 tys. dorosłych wrocławian, co stanowi ponad 3 % populacji Wrocławia. Z czego największą grupę stanowią osoby w wieku 65 lat i więcej (tj. ponad 60%). W tabeli 5 przedstawiono liczbę osób leczonych powodu cukrzycy w województwie dolnośląskim i we Wrocławiu, z podziałem na kategorie wiekowe w latach 2019 – 2023.

Tabela 5. Leczeni przez lekarzy POZ z powodu cukrzycy (ICD10 E10-E14) w wieku 19 lat i więcej w latach 2019-2023

Rok/województwo /miasto	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31 XII)	Kategorie wiekowe				Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym
		19–34	35–54	55–64	65 i więcej	
<b>2019</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	91 112	2723	13137	23182	52070	11 784
Wrocław	20413	459	2440	4556	12958	3 477
<b>2020</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	104 600	2 688	14 366	24 849	62 670	10 545
Wrocław	21 907	502	2 579	4 365	14 461	2 927
<b>2021</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	102 208	3361	15032	23457	60358	12 147
Wrocław	22 974	729	3069	4335	14841	3 332
<b>2022</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	94 466	2 507	13 194	20 903	67 862	12 959
Wrocław	21 950	507	2 690	4 143	14 610	4 383
<b>2023</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	104 429	2 434	14 298	21378	66 319	13 524
Wrocław	21 516	465	2 555	3 628	14 868	4 083

*Źródło: dane z Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego (DUW)*

Powyższe dane wskazują na stały wzrost liczby osób leczonych z powodu cukrzycy w placówkach POZ.

Nadwaga i otyłość. Zgodnie z najnowszymi danymi, publikowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)<sup>13</sup>, otyłość w populacji osób dorosłych na całym świecie wzrosła od roku 1990 ponad dwukrotnie. W 2022 roku 2,5 miliarda dorosłych miała nadwagę (43% populacji), w tym 890 milionów żyło z otyłością (16% populacji).

Według prognoz World Obesity Atlas 2023<sup>14</sup> blisko jedna czwarta populacji osób żyjących w 2035 roku (24%) będzie otyła. Należy w tym miejscu

<sup>13</sup> WHO, Obesity and overweight, 07.08.2025 roku, [www.who.int](http://www.who.int).

<sup>14</sup> Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas 2023.

podkreślić, że dane te mają znaczenie nie tylko z punktu widzenia medycznego. Otyłość i nadwaga są chorobami, których skutki istotnie oddziałują na ekonomię. Szacuje się, że w roku 2020 utracono globalnie 1,96 biliona dolarów na skutek omawianych problemów zdrowotnych. Utracone środki wynikają nie tylko z kosztów leczenia otyłości i nadwagi oraz ich konsekwencji, ale także z wartości zmniejszonej produktywności osób z wysokim BMI (wynikającej z absenteizmu i prezenteizmu) oraz przedwczesnej rezygnacji z pracy, czy też śmierci. Prognozuje się, że w 2035 roku zostanie utraconych 4,32 biliona dolarów w wyniku występowania otyłości i nadwagi (2,9% światowego PKB).

W ostatnich latach, w większości państw świata notuje się wśród osób pełnoletnich wzrost liczby osób z otyłością. Według danych Eurostat w 2019 roku w Polsce odsetek osób z otyłością wśród osób pełnoletnich wynosił 19%. Był to wzrost o 1,8 p.p. w porównaniu z rokiem 2014. Wyższe odsetki osób z otyłością występowały w takich państwach jak Malta, Węgry, Chorwacja, Łotwa. W Rumuni w 2019 roku odsetek ten był najniższy (10,9%). Tylko w dwóch z analizowanych państw nastąpił spadek odsetka osób z otyłością w analizowanych latach. Była to Francja, gdzie w 2014 roku 15,3% społeczeństwa było otyłe, a w roku 2019 - 15,0%, oraz Bułgaria z odsetkiem osób z otyłością równym 14,8% w 2014 roku i 13,6% w 2019 roku<sup>15</sup>.

Lobstein et al. (2023) prognozuje, że w roku 2035 ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet w Polsce będzie otyłych (łącznie ok. 60% populacji)<sup>16</sup>. Według danych GUS odsetek osób z masą ciała w normie w latach 2014-2019 zmniejszył się o 3,4 p.p. Wzrósł natomiast odsetek osób z nadwagą (o 1,5 p.p.) i otyłością (o 1,8 p.p.)<sup>17</sup>.

W sierpniu 2022 roku Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH — Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH — PIB) przeprowadził Badanie Stanu Zdrowia i Czynników Ryzyka. Wyniki pokazują, że zbyt wysoką masę ciała (indeks BMI  $\geq 25$ ) miało 52,2% Polaków w wieku 20 lat i więcej, a 13,6% cierpiało na otyłość (BMI  $\geq 30$ ). Odsetek mężczyzn z nadwagą

---

<sup>15</sup> Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.

<sup>16</sup> Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas, op. cit.

<sup>17</sup> Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, <https://stat.gov.pl>.

i otyłością wynosił odpowiednio 62,1% oraz 15,7%, a w przypadku kobiet 42,6% oraz 11,7%<sup>18</sup>. W 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (BMI  $\geq$  25) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło już 64% dla mężczyzn i 48% dla kobiet, zaś otyłości (BMI  $\geq$  30) odpowiednio 15% i 13%. Problemy te znacznie częściej dotyczą mężczyzn, których połowa waży zbyt dużo już w wieku 20-39 lat, a w starszych kategoriach (60-84 lata) ich udział przekracza  $\frac{3}{4}$ <sup>19</sup>.

Z powodu otyłości pod opieką lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) było średnio rocznie ponad 5 tys. dorosłych wrocławian, co stanowi ok. 0,77 % populacji Wrocławia. W tabeli 6 przedstawiono liczbę osób z otyłością, które są pod opieką lekarzy POZ w województwie dolnośląskim i we Wrocławiu, z podziałem na kategorie wiekowe w latach 2019 – 2023.

Tabela 6. Osoby z otyłością pod opieką lekarzy POZ (ICD10 E65-E68) w wieku 19 lat i więcej w latach 2019-2023

Rok/województwo/miasto	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31 XII)	19–34	35–54	55–64	65 i więcej	osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym
<b>2019</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	21303	3134	7111	5894	5164	3451
Wrocław	4 952	730	1614	1288	1320	1052
<b>2020</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	20 841	2 990	6 268	5 388	6 195	2 646
Wrocław	4 271	677	1 336	1 026	1 232	811
<b>2021</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	27 056	3 537	8 769	6 431	8 234	4 994
Wrocław	6 781	903	1 947	1 416	2 430	1 011
<b>2022</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	19 969	3 036	6 483	4 481	5 969	3 572
Wrocław	5 082	864	1 661	1 185	1 372	1 069
<b>2023</b>						
DOLNOŚLĄSKIE	25 852	3 795	7 980	5 775	8 302	4 517
Wrocław	5 600	841	1 761	1 225	1 773	1 544

<sup>18</sup> Wojtyniak, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB.

<sup>19</sup> Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH  
Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

### **3. Opis obecnego postępowania**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej<sup>20</sup> zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami osoby będące w wieku od 35 do 65 roku życia, mogą skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, w tym między innymi pomiaru glukozy, określenia współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) oraz edukacji zdrowotnej. Lekarz POZ może również w przypadku podejrzenia zagrożenia cukrzycą skierować pacjenta na badanie poziomu glukozy, czy test obciążenia glukozą. Poza tym osoby do 20 r.ż. mogą skorzystać ze świadczenia "Moje zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej". w ramach świadczenia prowadzony jest pomiar stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej, wywiad dotyczący czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, pomiar ciśnienia tętniczego krwi czy pomiary antropometryczne, uwzględniające wagę, wzrost, obwód talii i obwód bioder oraz wyliczenie stosunku masy ciała do wzrostu (BMI) oraz stosunku obwodu talii do obwodu bioder (WHR) oraz edukacja zdrowotna.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 ujęty został cel operacyjny „profilaktyka nadwagi i otyłości”, w ramach którego zaplanowano wykaz zadań obejmujący realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających nadwadze i otyłości społeczeństwa. W wykazie tym znalazły się m.in.: prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej, kształtowanie postaw prozdrowotnych, promocja aktywności fizycznej, a także działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].

<sup>21</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

Od października 2022 roku wprowadzona została do podstawowej opieki zdrowotnej tzw. opieka koordynowana nad pacjentem z cukrzycą typu 2<sup>22</sup>. We Wrocławiu opiekę koordynowaną dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2 prowadzi 101 podmiotów POZ na 166<sup>23</sup>.

### **Zasoby medyczne w zakresie opieki specjalistycznej oraz dostęp do opieki specjalistycznej:**

- poradnie diabetologiczne we Wrocławiu – 17
- **Czas oczekiwania na wizytę** (tzw. kolejki)
  - ✓ Przypadek stabilny od 21 do 259 dni roboczych<sup>24</sup>
  - ✓ Przypadek pilny od 10 do 190 dni roboczych.
- **Województwo dolnośląskie**<sup>25</sup>:
  - ✓ 55,5 lat - średni wiek lekarza diabetologa
  - ✓ 142 - liczba pracujących diabetologów w województwie:
  - ✓ 4,9 - liczba diabetologów na 100 tys. mieszkańców
- **Wrocław**
  - ✓ 96 - liczba pracujących diabetologów
  - ✓ 14,2 - liczba diabetologów na 100 tys. mieszkańców

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) możliwe jest wykonanie podstawowych testów w diagnostyce cukrzycy, tj: pomiar stężenia glukozy we krwi; stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c); test obciążenia glukozą oraz badanie moczu z ilościowym oznaczeniem glukozy. Pomiar stężenia glukozy jest także wykonywany w POZ, w ramach świadczenia „profilaktyka chorób układu krążenia”. Ponadto świadczenia gwarantowane w POZ obejmują opiekę koordynowaną z zakresu diagnostyki i leczenia stanów przedcukrzycowych albo cukrzycy w tym: porady kompleksowe; badania diagnostyczne (albuminurię, UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu); USG Doppler naczyń kończyn dolnych); konsultacje specjalistyczne; porady edukacyjne; konsultacje dietetyczne. W przypadku świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dostępne są

---

<sup>22</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Dz.U. z 2022 r., poz. 1965]

<sup>23</sup> dostęp z dnia 21.08.2025 roku., <https://koordynowana.nfz.gov.pl/przychodnie-poz-realizujace-opieke-koordynowana/>

<sup>24</sup> 24 dostęp z dnia 08.09.2025 roku., <https://wroclaw.gdzienajszybciej.pl/diabetolog/>

<sup>25</sup> (dostęp z dnia 21.08.2025 roku <https://basiw.mz.gov.pl/MAPY-INFORMACJE/MAPA-2022-2026/ANALIZY/KADRY-MEDYCZNE/KADRY-MEDYCZNE/>)



działania nakierowane na poradnictwo, diagnostykę oraz opiekę nad pacjentem z cukrzycą.

Obecnie w Polsce nie są realizowane ogólnopolskie programy profilaktyczne nacełowane wprost na zapobieganie cukrzycy typu 2. W 2023 r.

Ministerstwo Zdrowia uruchomiło pilotażowy program pt. „Recepta na Ruch”, wspierający pacjentów z problemami zdrowotnymi. Składa się z dwóch modułów: treningi stacjonarne prowadzone przez fizjoterapeutę; własna praca uczestnika z wykorzystaniem aplikacji „mojeIKP”. W ramach pilotażu przewidziane są także konsultacje z dietetykiem, a w razie potrzeby – z psychologiem lub lekarzem specjalistą. Program w swych założeniach ma objąć 15 tys. osób po 25 r.ż. korzystających z aplikacji „mojeIKP”<sup>26</sup>.

#### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Choroby cywilizacyjne to obecnie jeden z największych problemów zdrowotnych społeczeństw państw wysoko rozwiniętych i krajów szybko rozwijających się, do grona których zalicza się również Polska. Zjawiskami mającymi decydujący wpływ na wzrost wskaźników zachorowalności i umieralności na choroby cywilizacyjne są niezmiennie: nieustający postęp technologiczny, stres, złe odżywianie, brak ruchu oraz zanieczyszczone środowisko naturalnego. Istotnym zagadnieniem dotyczącym chorób cywilizacyjnych jest prowadzenie odpowiedzialnej profilaktyki i edukacji społeczeństwa, ukierunkowanej na podnoszenie świadomości zdrowotnej oraz kompetencji zdrowotnych, kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych dotyczących nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, systematycznego wykonywania badań i odpowiednio szybkiego reagowania na pojawianie się niepokojących objawów choroby. Przedstawiona sytuacja epidemiologiczna i ranga problemu zdrowotnego uzasadnia podjęcie działań mających na celu zapobieganie powikłaniom cukrzycy. Owrzodzenie stopy czy amputacja w dużym stopniu wpływa na pogorszenie jakości życia chorych. Poza tym, wiąże się to także z większymi nakładami finansowymi zarówno dla pacjenta, jak i systemu ochrony zdrowia.

Z uwagi na fakt, że Program jest adresowany do osób dorosłych, również w wieku aktywności zawodowej, może on przyczynić się do poprawy

---

<sup>26</sup> Rekomendacja nr 7/2024 Prezesa AOTMiT z 11 grudnia 2024r

sytuacji na rynku pracy poprzez zmniejszenie liczby osób przedwcześnie niezdolnych do pracy zawodowej. Ponadto zredukuje koszty ponoszone z tytułu absencji chorobowej pracowników, wypłacanych zasiłków i rent, leczenia i rehabilitacji. Jak wynika z raportu Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej<sup>27</sup>, rocznie na leczenie cukrzycy i jej powikłań NFZ wydaje ponad 6 mld zł. Średni koszt leczenia pacjenta z cukrzycą jest o 82,5% wyższy niż pacjenta bez tej diagnozy. Wpływa to bezpośrednio na gospodarkę - choroba obniża produktywność pracowników i generuje koszty pośrednie, np. z tytułu absencji.

Natomiast Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026<sup>28</sup> wyraźnie wskazuje, że w Polsce w ciągu 9 lat czeka nas największy wzrost chorobowości między innymi z powodu cukrzycy, przy czym w UE wzrost ten będzie mniej dynamiczny. Podobnie na Dolnym Śląsku odnotowuje się bardzo dynamiczny wzrost zachorowań na cukrzycę. Wartość wskaźnika zapadalności wzrośnie od 2019 do 2028 r. o 23.63%, zaś szacowany wzrost będzie największy spośród wszystkich problemów zdrowotnych.

Należy zatem podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania profilaktyczne, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

Wdrożenie programu profilaktyki cukrzycy typu 2 dla dorosłych mieszkańców Wrocławia jest działaniem istotnym, ponieważ między innymi nadmierna masa ciała, mała aktywność fizyczna, dyslipidemia oraz stan przedcukrzycowy znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca typu 2. Wczesna profilaktyka pozwala ograniczyć przyszłe koszty leczenia ww. schorzenia, co przynosi wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia.

Modyfikacja stylu życia, w tym odpowiednie żywienie, aktywność fizyczna mogą istotnie statystycznie zmniejszyć ryzyko rozwinięcia cukrzycy typu 2. Dodatkowo, programy profilaktyczne integrują lokalną społeczność,

---

<sup>27</sup> Raport 2025: Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej

<sup>28</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69).

wzmacniając więzi rodzinne i środowiskowe oraz wspierając tworzenie sprzyjającego zdrowiu otoczenia.

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

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.<sup>29</sup>:  
Obszar Pacjent Cel 1.4 Zdrowie publiczne, Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
  - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
  - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025<sup>30</sup>: Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026<sup>31</sup>: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031<sup>32</sup>: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego:

---

<sup>29</sup> Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” (RM-06111-193-21).

<sup>30</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

<sup>31</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

<sup>32</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy... op. cit.

- obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa;
5. Krajowy plan transformacji na lata 2022-2026 – obszar czynniki ryzyka i profilaktyka;
  6. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026<sup>33</sup> - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.
  7. Strategia Wrocław 2030<sup>34</sup>: Priorytet 5. Zdrowi i aktywni mieszkańcy.
  8. Założenia programu są zgodne z kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej mieszkańców Wrocławia na lata 2022-2026<sup>35</sup>, tj. z priorytetem strategicznym I. „Poprawa jakości działań w zakresie promocji zdrowia, w tym profilaktyki chorób i uzależnień”, priorytetem taktycznym 1.3. „Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym”, priorytetem taktyczno-operacyjnym 1.3.4. „Profilaktyka cukrzycy i jej powikłań”.

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **1. Cel główny**

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, wśród 60%\*, uczestników działań edukacyjnych.

<sup>33</sup> Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].

<sup>34</sup> Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.

<sup>35</sup> Załącznik nr 1, 2 i 3 do uchwały NR XLIX/1299/22 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 24 lutego 2022 r. w sprawie założeń i kierunków działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026;

[https://baw.um.wroc.pl/UrzadMiastaWroclawia/document/64219/Uchwa%C5%82a-XLIX\\_1299\\_22](https://baw.um.wroc.pl/UrzadMiastaWroclawia/document/64219/Uchwa%C5%82a-XLIX_1299_22)

## 2. Cel szczegółowy

1) Obniżenie wartości wskaźnika BMI wśród 10 %\* uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia.

2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród 50 %\* uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia.

3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród 50%\* uczestników interwencji związanej z modyfikacją stylu życia.

\* wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń w zakresie działań realizowanych w latach poprzednich oraz działań realizowanych przez inne JST w tym samym obszarze zdrowotnym.

## 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela. 7. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy* z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test. *wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy
Szczegółowy 1	Odsetek liczby osób włączonych do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia z BMI o wartości $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> (w momencie kwalifikacji), które po zakończeniu interwencji uzyskały BMI $< 25$ kg/m <sup>2</sup> lub u których masa ciała obniżyła się o co najmniej 10% względem wartości wyjściowej (konieczne spełnienie co najmniej jednego z dwóch wyżej wymienionych kryteriów). Wszystkie pomiary antropometryczne wykonywane są w programie dwukrotnie. Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z ww. kryteriów.
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu

	<p>interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych np. QEB lub KomPAN) w porównaniu do wyników uzyskanych na pierwszej wizycie.</p> <p>Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym spotkaniu i po zakończeniu interwencji np. po 2-3 miesiącach).</p> <p>Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów.</p>
Szczegółowy 3	<p>Odsetek uczestników interwencji nacełowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej np. IPAQ), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas pierwszej wizyty.</p> <p>Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym spotkaniu i po zakończeniu interwencji np. po 2 miesiącach).</p> <p>Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów.</p>

### **III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji**

#### **1. Populacja docelowa**

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 roku, według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych, zdecydowano o włączeniu do działań edukacyjnych w PPZ wyłącznie osób dorosłych. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe w pierwszej kolejności do działań związanych z modyfikacją stylu życia zostaną skierowane do osób w wieku 45-65 lat ze zdiagnozowanym stanem przedcukrzycowym. Są to osoby, które mają podwyższony poziom glikemii

na czczo (IGT, od 100 do 125mg/dl lub HbA1c 5,7-6,4%<sup>36</sup>) lub osoby z nieprawidłową tolerancją glukozy (IFG, w 2 godzinie testu obciążenia glukozą poziom glikemii wynosi od 140 do 199 mg/dl).

W drugiej kolejności do osób w wieku 45-65 lat z nadwagą lub otyłością, z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2 (czynniki ryzyka wskazano w wytycznych w szczególności w zaleceniach PTD z wyłączeniem osób u których już wcześniej zdiagnozowano cukrzycę typu 2).

Populację docelową w zakresie działań edukacyjnych będą stanowić dorośli mieszkańcy miasta Wrocławia. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), na koniec 2023 roku liczba ludności Polski wyniosła 37 637 tys. osób, co oznacza spadek o około 130 tys. osób w porównaniu z rokiem 2022. Jest to kontynuacja trendu demograficznego obserwowanego od 2012 roku, z wyjątkiem niewielkiego wzrostu w 2017 roku. Z danych na koniec grudnia 2022 r. wynika, że województwo dolnośląskie zamieszkiwało 2 888,0 tys. osób, co stanowiło 7,64% ogólnej liczby ludności kraju <sup>37</sup>.

Na koniec 2023 roku województwo dolnośląskie zamieszkiwało 2 879,3 tys. osób, co stanowiło spadek o 8,8 tys. osób (0,30%) w porównaniu z rokiem 2022. W porównaniu do 2015 roku liczba ludności zmniejszyła się o 24,9 tys. osób (0,86%)<sup>38</sup>. Aktualne dane potwierdzają utrzymujące się trendy demograficzne w Polsce i województwie dolnośląskim:

- spadek ogólnej liczby ludności,
- zmniejszenie liczby mieszkańców miast,
- wzrost liczby mieszkańców obszarów wiejskich.

Te zmiany mają istotne konsekwencje dla polityki społecznej i gospodarczej.

---

<sup>36</sup> Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na 2026 r., <https://diabetologia.mp.pl/wytyczne/396651,zalecenia-polskiego-towarzystwa-diabetologicznego-ptd-na-2026-rok>, dostęp z dnia 17.02.2026 r.

<sup>37</sup> (GUS, 2023d). (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stand-w-dniu-31-grudnia,6,34.html>), dostęp z dnia 21.07.2023 r.)

<sup>38</sup> [https://dolnyslask.pl/dolny-slask-coraz-wiecej-mieszkancow-wsi/12178/?utm\\_source=chatgpt.com](https://dolnyslask.pl/dolny-slask-coraz-wiecej-mieszkancow-wsi/12178/?utm_source=chatgpt.com)

Według stanu na 31 grudnia 2024 roku<sup>39</sup>, we Wrocławiu zameldowanych na pobyt stały lub czasowy było 600 768 osób w tym na pobyt:

- stały 566 664 osoby,
- czasowy 34 104 osoby.

Wrocławian w wieku 45 -65 lat jest ok. 146 391 osób według GUS<sup>40</sup>, w tym 70 008 mężczyzn i 76 383 kobiety.

Przyjmując, że na cukrzycę choruje ok. 8% populacji, co daje 11 711,28 w tej grupie wiekowej i około tyle samo osób ma nierozpoznaną cukrzycę. Zatem ze stanem przedcukrzycowym na terenie miasta może być ok. 11 tys. osób w wieku 45-65 lat.

W przypadku niskiej zgłaszalności do programu osób ze zdiagnozowanym stanem przedcukrzycowym i tym samym pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu, dopuszcza się możliwość udziału w programie osób w wieku 45-65 lat z nadwagą lub otyłością, u których występuje co najmniej jeden dodatkowy czynnik ryzyka<sup>41</sup>.

Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem danych epidemiologicznych oraz możliwości finansowych miasta Wrocławia.

Szacuje się, że Program obejmie w zakresie edukacji stacjonarnej i zdalnej (strona internetowa, Facebook,) ok. 10 070 beneficjentów rocznie, w tym 70 osób skorzysta z edukacji zdrowotnej (interwencja nakierowana na modyfikację stylu życia). Razem 10 070 osób, co razem stanowi ok. 6,9% populacji (w danej grupie wiekowej). Przyjęto założenie, że projektowane działania mają stanowić uzupełnienie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, a nie jego zastąpienie. Przeszkolonych zostanie ok. 100 pracowników kadry medycznej (np. lekarze POZ, pielęgniarki POZ, dietetycy, edukatorzy zdrowia publicznego, asystenci medyczni, dietetycy, studenci pielęgniarstwa, zdrowia publicznego).

---

<sup>39</sup> Dane z Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego Wrocławia

<sup>40</sup> dostęp z dnia 22.08.2025 roku, <https://wroclaw.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-wroclawia-2024,3,21.html>

<sup>41</sup> czynniki ryzyka określone zostały w wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego 2025



## **2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ**

### **1) Kampania edukacyjno-informacyjna**

a) Kryteria włączenia:

- dorośli mieszkańcy Wrocławia

b) Kryteria wyłączenia: brak

### **2) Szkolenia dla personelu medycznego**

- 1) lekarze podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) studenci dietetyki oraz dietetycy,
- 3) studenci psychologii oraz psycholodzy,
- 4) pielęgniarki, studenci kierunków medycznych (lekarski, pielęgniarstwo).

### **3) Badania przesiewowe**

**Zakłada się, że ten etap programu będzie realizowany na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ, pielęgniarka POZ), w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ.**

a) Kryteria włączenia:

- wiek 45 – 65 lat,
- osoby zamieszkałe na terenie miasta Wrocławia

b) Kryteria wyłączenia:

- zdiagnozowana wcześniej cukrzyca typu 2,
- pozostawanie pod opieką poradni diabetologicznej

### **4) Interwencja nakierowana na modyfikację stylu życia**

a) Kryteria włączenia:

- skierowanie od lekarza POZ,
- wiek 45 – 65 lat,
- osoby zamieszkałe na terenie miasta Wrocławia,
- osoby z nieprawidłowym poziomem glukozy na czczo wykrytym w badaniu przesiewowym lub
- osoby ze zdiagnozowanym stanem przedcukrzycowym,
- zgoda na udział w programie

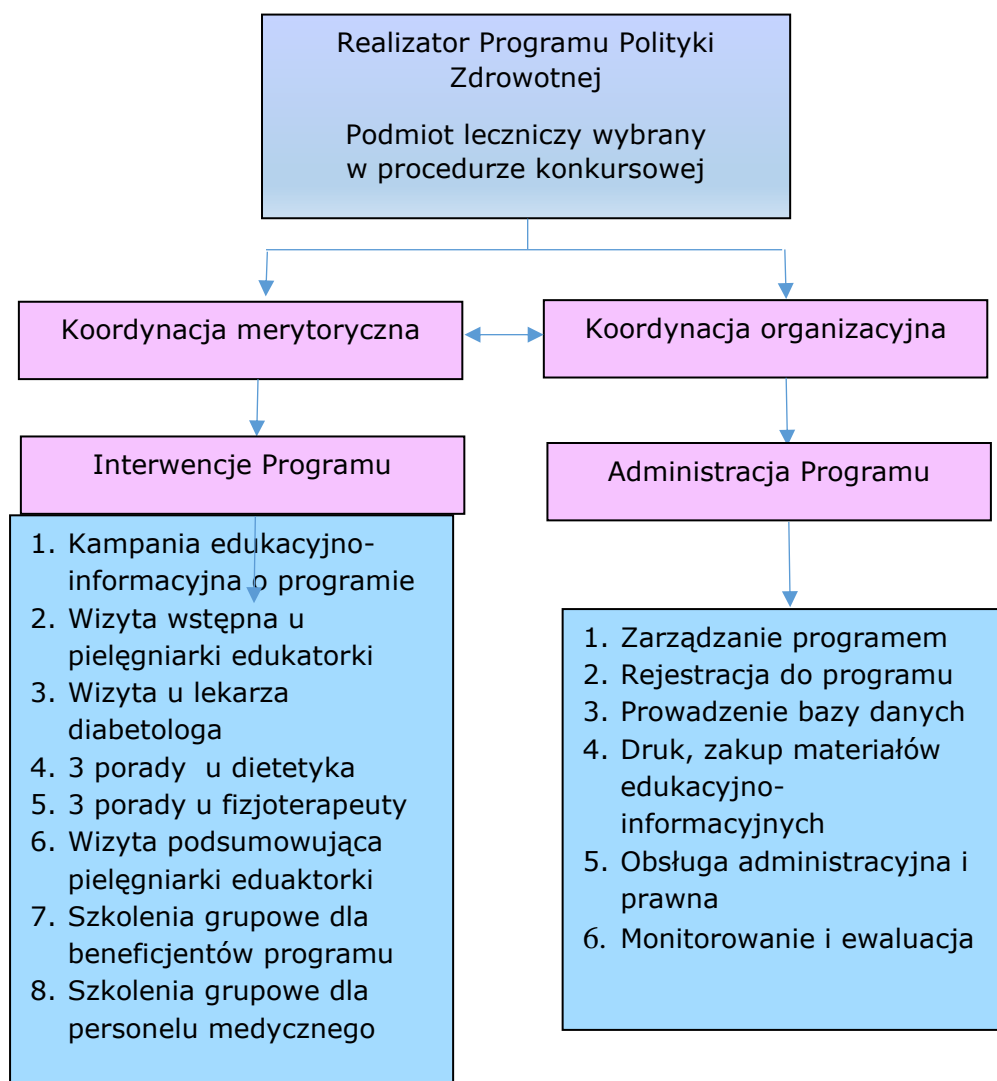
b) Kryteria wyłączenia:

- zdiagnozowana wcześniej cukrzyca typu 2,
- osoby, które wzięły już udział w interwencji nakierowanej na modyfikację stylu życia w ramach programu,
- osoby, które skorzystały w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych.

### 3. Planowane interwencje

W ramach realizacji programu profilaktyki zaplanowano następujące interwencje: kampanię edukacyjno-informacyjną, badania przesiewowe, edukację zdrowotną, interwencję nakierowaną na zmianę stylu życia.

Rysunek 1 Schemat organizacyjny Programu polityki zdrowotnej pn. Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Wrocławia



## **Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej**

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim Wrocławia (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także z uwzględnieniem lokalnych mediów (np. prasa, radio, tv, spoty w autobusach miejskich), publikacji w mediach społecznościowych, kolportażu ulotek i plakatów informacyjnych na terenie miasta Wrocławia. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

### **3.1. Kampania edukacyjno-informacyjna**

- realizowana na terenie Wrocławia, w systemie hybrydowym (stacjonarnie/online) – w zależności od potrzeb edukacyjnych beneficjentów programu, z wykorzystaniem formy wykładu oraz ćwiczeń praktycznych,
- obejmująca następujące tematy:
  - etiologii i skutków choroby,
  - głównych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2,
  - korzyści wynikających z wczesnej diagnozy i leczenia, w tym roli wczesnego wykrycia stanu przedcukrzycowego,
  - korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak aktywność fizyczna, zmiana diety, kontrola masy ciała i okresowy pomiar poziomu cukru we krwi,
  - sposobów określenia ryzyka wystąpienia cukrzycy – kwestionariusze do samooceny ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2, nauka interpretacji wskaźnika BMI oraz prawidłowego sposobu pomiaru stosunku talia-biodra,
  - z zakresu samoopieki oraz wdrażania i utrzymania ciągłej samokontroli,

- ryzyka związanego z pojawieniem się chorób współtowarzyszących cukrzycy np. CVD (choroby sercowo-naczyniowe).
- realizowana z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu,
- realizowana z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej).

### 3.2. Szkolenia dla kadry medycznej

W ramach modułu zostaną przygotowane webinaria dla personelu medycznego. Do uczestnictwa zaproszeni zostaną lekarze POZ, lekarze wtrakcie specjalizacji internistycznej, diabetologicznej, angiologicznej a także psycholodzy i studenci psychologii, dietetycy i studenci dietetyki oraz pielęgniarki, studenci kierunków medycznych (lekarski, pielęgniarski).

#### **Przykładowy zakres tematyczny szkoleń dla personelu medycznego, przykładowe tematy webinarów/wykładów:**

Webinar 1

#### **Identyfikacja Ryzyka i Stan Przedcukrzycowy – Wczesne Wykrywanie**

**Cel:** Uporządkowanie i standaryzacja wiedzy na temat identyfikacji pacjentów wysokiego ryzyka i wczesnej diagnozy stanów przedcukrzycowych.

Zagadnienia Kluczowe (Praktyczne dla Pielęgniarek)	Dlaczego to jest kluczowe?
1. Kto jest Pacjentem "Wysokiego Ryzyka"?	Prawidłowe użycie narzędzi skriningowych (np. FINDRISC). Identyfikacja pacjentów z otyłością brzuszna, nadciśnieniem i historią rodzinną.
2. Kryteria Rozpoznania Stanu Przedcukrzycowego	Wskaźniki i normy: HbA1c, nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG) i nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT). Jak to wyjaśnić pacjentowi?

3. Insulinooporność – Rola Pielęgniarki w Edukacji	Tłumaczenie mechanizmu insulinooporności prostym językiem. Kiedy i kogo kierować na dalszą diagnostykę (np. test obciążenia glukozą).
4. Prawidłowy Triage: Ścieżka Pacjenta z Ryzykiem	Kiedy i w jaki sposób skierować pacjenta do dietetyka, a kiedy do lekarza (np. w celu rozważenia Metforminy w stanach przedcukrzycowych – co jest już kompetencją lekarza).

Webinar 2.

### **Edukacja Żywnościowa – Jak skutecznie modyfikować dietę?**

**Cel:** Wyposażenie pielęgniarek w praktyczne narzędzia dietetyczne, które motywują pacjentów do zmiany nawyków bez stosowania restrykcyjnego języka.

Zagadnienia Kluczowe (Praktyczne dla Pielęgniarek)	Dlaczego to jest kluczowe?
1. Podstawy Diety Niskiego Indeksu Glikemicznego (IG)	Wyjaśnienie, dlaczego IG jest kluczowy w stanach przedcukrzycowych. Praktyczne przykłady zamienników węglowodanów w codziennym menu pacjenta.
2. Talerz Zdrowia i Kontrola Porcji	Wizualna metoda kompozycji posiłku, którą pacjent może zastosować natychmiast. Techniki kontroli porcji bez ważenia (np. miara dłoni).
3. Dekodowanie Etykiet: Pułapki Cukrowe	Szkolenie praktyczne: Jak nauczyć pacjenta identyfikować różne nazwy cukrów (syropy, fruktoza) i ukryte tłuszcze w produktach "fit".
4. Aktywność Fizyczna jako Lek Pierwszego Rzutu	Tłumaczenie, jak ruch poprawia wrażliwość na insulinę. Ustalanie realistycznych celów aktywności – jak zacząć od 20 minut dziennie.

Wykłady mogą być prowadzone w formie telekonferencji. Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Osoba lub osoby przeprowadzające wykłady edukacyjne muszą być ekspertami między innymi w dziedzinie diabetologii, z zakresu żywienia, aktywności fizycznej i posiadać fachową i aktualną wiedzę na temat, z którego będą edukować uczestników.

### 3.3 Badania przesiewowe

- **realizowane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarza POZ lub pielęgniarkę POZ:** przeprowadzenie pomiaru glukozy na czczo, w momencie uzyskania wyniku glikemii na czczo 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) lub gdy pomimo wyniku glikemii na czczo poniżej 100 mg/dl (5,6 mmol/l) u uczestnika istnieje uzasadnione podejrzenie nieprawidłowej tolerancji glukozy lub cukrzycy, należy przeprowadzić test potwierdzający, z wykorzystaniem doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT).
- realizowane z założeniem przekazania wyniku badania przesiewowego, z zaleceniem zgłoszenia się do programu (skierowanie do programu).

### 3.4. Edukacja zdrowotna

Osoby z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego (nieprawidłowa glikemia na czczo lub nietolerancja glukozy lub rozpoznany wcześniej stan przedcukrzycowy), będą zgłaszać się do programu, zgodnie z zaleceniem przekazanym przez lekarza lub pielęgniarkę POZ. Po zgłoszeniu się do rejestracji programu nastąpi ustalenie terminu pierwszych dwóch konsultacji – diabetologa i edukatora zdrowotnego.

Na wizycie u pielęgniarki edukatorki zostanie zebrany wywiad, wypełnione będą następujące ankiety:

- FINDRISK - ankieta do oceny ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2. Wypełniając ją uczestnik zapoznaje się z czynnikami ryzyka rozwoju cukrzycy.
- dotyczące obecnego stylu życia, w tym sposobu odżywiania (np. QEB lub KomPAN);
- dotyczące aktywności fizycznej (np. IPAQ).

Wykonane zostaną również pomiary antropometryczne (wzrost, masa ciała, pomiar obwodu pasa i bioder) celem obliczenia wskaźnika BMI oraz WHR. W ramach wsparcia prowadzonej edukacji zdrowotnej podczas tej wizyty lub w terminie późniejszym każdy z uczestników otrzyma sensor do

pomiaru glikemii CGM <sup>42</sup>wraz z instruktażem użytkowania. Z pomocą sensora beneficjent będzie mógł na bieżąco śledzić wysokość poziomu glukozy w zależności od spożywanych posiłków oraz stosowanej aktywności fizycznej. Zastosowanie sensorów umożliwi również bardziej kompleksową ewaluację programu.

Na wizycie u lekarza diabetologa zostaną omówione wyniki badań oraz czynniki ryzyka rozwoju cukrzycy. W wyniku tych konsultacji dla **70 osób** zostaną wydane zalecenia dotyczące modyfikacji dotychczasowego stylu życia i wyznaczone terminy wizyt u dietetyka i fizjoterapeuty.

Edukacja zdrowotna realizowana będzie poprzez wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych dzięki premiowaniu gadżetami związanymi z profilaktyką cukrzycy (np. breloki, magnesy, książki).

Uczestnicy zostaną skierowani na **interwencję nakierowaną na zmianę stylu życia**.

### **3.5 Interwencja nakierowana na modyfikację stylu życia**

Interwencja składa się z dwóch komponentów: dietetycznego, i ruchowego. Każdy z nich prowadzony jest przez specjalistę posiadającego stosowne kompetencje. Specjaliści tworzą zespół, w ramach którego, wymieniają się informacjami na temat uczestników oraz wspólnie ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań. Opracowany przez zespół specjalistów plan kolejnych spotkań powinien obejmować co najmniej **6** spotkań/zajęć (włączając w to: 3 konsultacje dietetyczne, 3 konsultacje z fizjoterapeutą). Po zakończeniu wszystkich spotkań realizowana jest wizyta podsumowująca wyniki przeprowadzonych działań, w ramach tej interwencji. Ścieżka pacjenta w programie jest następująca:

#### **1) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji**

- określony przez zespół specjalistów (pielęgniarka edukatorka, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk), zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika,
- obejmujący 6 działań spośród przedstawionych w tabeli 8;

---

<sup>42</sup> Grupa R - Wyroby medyczne produkowane seryjnie wspomagające kontrolę glikemii  
Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie tj. z dnia 16 czerwca 2025 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 1038)

Tabela 8. Działania możliwe do zaplanowania w zindywidualizowanym planie działań w ramach interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia

Działanie	Opis działania
Indywidualna konsultacja dietetyczna wstępna	Działanie obejmujące weryfikację prowadzenia kontroli spożywanych posiłków oraz ocenę stopnia realizacji założonego planu (ustalonego podczas pierwszej konsultacji dietetycznej), monitorowanie wskaźnika BMI, analizę dzienniczka żywieniowego uczestnika, identyfikację popełnianych błędów żywieniowych, wprowadzenie ewentualnych zmian w planie dietetycznym, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości odnośnie diety, monitorowanie możliwego wystąpienia zaburzeń odżywiania. Omówienie wyników kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN - wzór w załączniku)
Konsultacja dietetyczna	Działania edukacyjne mogące dotyczyć np. zapoznawania uczestników ze sposobami przygotowywania zdrowych posiłków i jadłospisu. Zajęcia łączące elementy teoretyczne z praktycznymi mające na celu kształtowanie świadomości żywieniowej, uczenie zasad zdrowego odżywiania i zachęcanie do wyboru zdrowych produktów.
Indywidualna konsultacja dietetyczna końcowa	Ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN) i omówienie jego wyników. Przeanalizowanie i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego, w tym korekta ewentualnych błędów żywieniowych stwierdzonych w dzienniczku żywieniowym. Przekazanie na piśmie zaleceń żywieniowych, poinformowanie o możliwości bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza programem np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej.
Zajęcia indywidualne zakresu aktywności fizycznej wizyta wstępna	Omówienie wyników kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie IPAQ- wzór w załączniku). Omówienie wskazań oraz przeciwwskazań do wysiłku fizycznego. Zalecenia dotyczące instruktażu ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu. Zapoznanie z aplikacjami do pomiaru aktywności fizycznej. Założenie dzienniczka aktywności ruchowej.



Zajęcia indywidualne zakresu aktywności fizycznej	Omówienie dzienniczka aktywności ruchowej. Uzyskanych wyników, ewentualnych problemów, trudności w realizacji zaleceń. Ewentualna modyfikacja ćwiczeń i dotychczasowych zaleceń. Omówienie znaczenia wysiłku fizycznego dla wrażliwości na insulinę. Wskazówki jak włączać ruch w codzienne czynności. Kontynuacja rejestracji wykonywanej aktywności fizycznej. WYROBIENIE nawyku mierzenia i dostosowywania wysiłku.
Zajęcia indywidualne zakresu aktywności fizycznej – wizyta podsumowująca	Wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie IPAQ). Omówienie dotychczasowych osiągnięć (spadek masy ciała, poprawa testów funkcjonalnych). Opracowanie indywidualnego planu aktywności fizycznej do samodzielnej kontynuacji po zakończeniu programu. Instrukcje dotyczące unikania kontuzji i radzenia sobie z drobnymi bólami. Zapobieganie urazom. Strategia utrzymania długoterminowej motywacji.

### 3.6 Wizyta podsumowująca wyniki interwencji obejmująca:

- analizę wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach programu na stan zdrowia uczestnika, w tym aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych z wykorzystaniem kwestionariusza IPAQ oraz QEB,
- przekazanie uczestnikowi zaleceń odnośnie dalszego postępowania poza programem w zależności od uzyskanych w programie wyników,
- przeanalizowanie i omówienie wyników poziomów glikemii zebranych za pomocą systemu CGM,
- wykonanie „post” testów wiedzy,
- przekazanie informacji dla lekarza POZ pod opieką którego znajduje się beneficjent.

### 3.7 Szkolenia dla uczestników programu

Każdy uczestnik programu będzie mógł skorzystać z wykładów. Wykłady mogą być prowadzone w formie stacjonarnej bądź telekonferencji (z zastrzeżeniem, że narzędzie do tego użyte musi oferować możliwość aktywnej dyskusji i komunikacji na ścieżce uczestnik – edukator).

#### Przykładowa tematyka wykładów:

Tematyka webinaru 1	Poruszane kwestie (praktyczne elementy)
---------------------	---

1. Sekret stabilnej glikemii: Indeks i Ładunek Glikemiczny.	Wyjaśnienie, dlaczego IG jest ważniejszy niż kalorie. Jak wybierać mądrze węglowodany (np. ryż, pieczywo, makarony).
2. Talerz Zdrowia i kontrola porcji.	Metoda talerza: proporcje białka, błonnika i warzyw. Nauka wizualnego kontrolowania porcji (np. dłoń jako miara).
3. Cukry ukryte: Czytanie etykiet jak profesjonalista.	Jak identyfikować różne nazwy cukrów (syropy, dekstrozy) i tłuszczów trans. Pułapki gotowych dań i dań "fit".
4. Regularność i rytm posiłków.	Znaczenie regularności dla trzustki i insuliny. Kiedy jeść, a kiedy unikać przekąsek.

Tematyka webinaru 2	Poruszane kwestie (praktyczne elementy)
1. Ruch to Farmakologia: Wpływ ćwiczeń na wrażliwość na insulinę.	Biologiczny mechanizm, w jaki mięśnie "zużywają" glukozę. Różnice między ćwiczeniami cardio a siłowymi w kontekście cukrzycy.
2. "20 minut dziennie": Jak zacząć i utrzymać motywację?	Planowanie małych, osiągalnych celów (np. 10 minut rano, 10 minut wieczorem). Przekształcanie rutyny domowej i zawodowej w okazję do ruchu.
3. Kontrola Stresu i Higiena Snu.	Jak kortyzol i brak snu podnoszą poziom cukru. Praktyczne techniki relaksacyjne do zastosowania w stresujących momentach.

Tematyka webinaru 3	Poruszane kwestie (praktyczne elementy)
1. ABC Samokontroli: Waga, obwód w talii, ciśnienie.	Ustalanie osobistych, realistycznych celów profilaktycznych. Nauka poprawnego i regularnego mierzenia kluczowych wskaźników.
2. Współpraca z lekarzem: Interpretacja wyników badań.	Znaczenie i normy: glikemia na czczo, lipidogram, HbA1c.
3. Długoterminowa zmiana nawyków i zapobieganie nawrotom.	Identyfikowanie osobistych "wyzwalaczy" złych nawyków. Strategie utrzymania zdrowego stylu życia i zapobiegania wypaleniu motywacyjnemu.

Poziom wiedzy uczestników szkoleń będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Osoba lub osoby przeprowadzające wykłady edukacyjne muszą być ekspertami w dziedzinie diabetologii, dietetyki, aktywności fizycznej i posiadać fachową oraz aktualną wiedzę na temat, z którego będą edukować uczestników programu.

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

W przypadku zwiększenia budżetu programu dopuszcza się możliwość rozszerzenia interwencji nakierowanej na zmianę stylu życia o warsztaty z dietetykiem oraz grupowe zajęcia aktywności fizycznej z fizjoterapeutą.

#### **4.Dowody skuteczności planowanych działań**

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także z oceną technologii medycznych zawartą w Rekomendacji nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2<sup>43</sup>.

#### **5. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej**

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program będzie realizowany we współpracy z podstawową opieką zdrowotną (lekarzami POZ, pielęgniarkami POZ). Na poziomie POZ będą wykonywane tzw. badania przesiewowe: poziom glikemii ( np. program Moje Zdrowie) i/ lub test obciążenia glukozą. W zależności od otrzymanych wyników badania przesiewowego pacjent będzie kierowany do programu celem odbycia cyklu interwencji nakierowanych na zmianę stylu życia. Po ukończeniu programu uczestnicy otrzymają zalecenia dotyczące dalszego trybu życia oraz informację

---

<sup>43</sup> Rekomendacja nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, [bip.aotm.gov.pl](http://bip.aotm.gov.pl).

zwrotną do lekarza POZ o wzięciu udziału w programie i uzyskanych wynikach.

Ten sposób realizacji programu wzmocni rolę lekarza POZ, jako koordynatora opieki nad pacjentem zagrożonym cukrzycą typu 2. Wykluczona zostanie również możliwość podwójnego finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań przesiewowych, które są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ.

## **6. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- w przypadku osób, u których wynik badania przesiewowego będzie prawidłowy i nie zostaną zakwalifikowane do edukacji zdrowotnej lub interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia – udział w programie kończy się na etapie badania przesiewowego,
- w przypadku osób, u których na podstawie badań przesiewowych stwierdzone zostaną zaburzenia poziomu glikemii, w tym stan przedcukrzycowy udział w PPZ kończy się wraz z wykonaniem pomiarów antropometrycznych, wypełnieniu kwestionariusza IPAQ i QEB po zakończeniu udziału w interwencji nacelowanej na styl życia (np. po 3 – 4 miesiącach),
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdy z uczestników otrzyma zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III - IV kwartał 2025);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z rekomendacją nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 roku (III - IV kwartał 2025);

- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2026);
  - realizacja kampanii edukacyjno-informacyjnej,
  - realizacja szkoleń dla personelu medycznego,
  - realizacja badań przesiewowych,
  - realizacja działań edukacyjnych,
  - realizacja działań w ramach interwencji nakierowanej na zmianę stylu życia,
  - bieżący monitoring;
- 6) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2026 roku),
- 7) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2026 roku),
- 8) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2027 r.).

## **2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Koordynatorem programu będzie Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia odpowiedzialny za nadzór, monitorowanie oraz organizację naboru realizatorów. Realizatorem Programu będzie podmiot wykonujący działalność leczniczą, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 236 z późn. zm.),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- posiadanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawową opiekę zdrowotną i poradnię diabetologiczną,
- zapewnienie realizacji wizyty przez lekarza specjalistę diabetologa (opcjonalnie specjalistę chorób wewnętrznych mającego

doświadczenie w pracy z pacjentami zagrożonych cukrzycą typu 2 i/lub chorych na cukrzycę typu 2),

- zapewnienie realizacji działań edukacyjnych przez pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w przeprowadzeniu zajęć edukacyjnych dotyczących profilaktyki cukrzycy,
- zapewnienie realizacji porad dietetycznych przez dietetyka (optymalnie z doświadczeniem w zakresie opieki nad pacjentem zagrożonym cukrzycą, chorym na cukrzycę),
- zapewnienie zespołu specjalistów do prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego oraz beneficjentów programu, w tym: diabetologa, dietetyka, fizjoterapeuty, psychologa,
- zapewnienie realizacji porad przez fizjoterapeutę,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania beneficjentom programu ankiet satysfakcji (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz.

302), a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.).

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tj. Dz.U. 2024 poz. 1411), z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (tj. Dz. U. 2023 poz. 1440) i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **1. Monitorowanie**

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe,
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2,
- liczba osób, które zakwalifikowały się do interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia,
- liczba osób, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia,
- liczba osób, które uzyskały poprawę wskaźnika BMI (pomiar po zakończeniu interwencji),
- liczba osób, u których odnotowano redukcję masy ciała o co najmniej 10% (pomiar po zakończeniu interwencji),
- liczba osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2,
- liczba osób, które zostały skierowane na leczenie do lekarza POZ w związku z wykryciem cukrzycy typu 2,

- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów, ze wskazaniem tych powodów,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- analizy wyników ankiety satysfakcji rodzica uczestnika programu,
- bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

## **2. Ewaluacja**

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu programu. Porównany zostanie stan przed wprowadzeniem działań w ramach PPZ i stan po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych mierników efektywności odpowiadających celom programu.

Wyniki ewaluacji programu odniesione zostaną do zakładanych celów. Określony zostanie stopień osiągnięcia celów. Cel zostanie uznany za osiągnięty, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania przekroczy wskazaną w celu wartość docelową. Koordynator programu odpowiedzialny będzie za przeprowadzenie ewaluacji na podstawie dokumentacji medycznej, ankiety satysfakcji, testu wiedzy przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu.

Na podstawie wyników ewaluacji programu, którego realizacja w pierwszym roku wprowadzenia będzie miała charakter pilotażowy, możliwe jest w następnych latach jego realizacji rozszerzenie dla większej populacji mieszkańców Wrocławia.

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetka osób, osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2,
- odsetka osób z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI do wartości  $< 25$  kg/m



- odsetka osób z nadwagą lub otyłością, u których doszło do redukcję masy ciała o co najmniej 10%,
- odsetka osób deklarujących zmianę nawyków żywieniowych zgodnie z informacjami uzyskanymi w ramach programu,
- odsetka osób deklarujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej,
- odsetka osób skierowanego na leczenie w związku z wykryciem cukrzycy w ramach programu,
- odsetka osób, u których aktywność fizyczna wzrosła do 150 min. tygodniowo,
- odsetka osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2.

Ewaluacja będzie oparta na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu. Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji programu.

Utrzymanie w Programie trwałości efektów zdrowotnych uczestników jest możliwe poprzez kontynuację działań w kolejnych latach, z jednoczesnym zwiększeniem liczby uczestników, jeśli będzie taka potrzeba. Kontynuacja programu będzie możliwa w zależności od efektów oraz nakładów finansowych.

Zebrane wyniki umożliwią ewentualną modyfikację podejmowanych działań oraz pozwolą na ocenę satysfakcji i skuteczności proponowanych działań. Jakość usług, w których brały udział osoby zgłaszające się do programu, oceniana będzie za pomocą ankiety satysfakcji.

## **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

### **1. Planowane koszty całkowite**

Działania w ramach programu zostaną sfinansowane dla 70 osób, w tym interwencja naceLOWANA na modyfikację stylu życia. Każdy uczestnik programu odbędzie: 1 konsultację z lekarzem, 2 edukacje zdrowotne z pielęgniarką/edukatorem zdrowia/ specjalistą zdrowia publicznego. Natomiast w ramach interwencji naceLOWANEJ na modyfikację stylu życia uczestnik dodatkowo odbędzie 3 konsultacje dietetyczne, 3 konsultacje z fizjoterapeutą. W praktyce plan ten będzie zindywidualizowany i dostosowany do potrzeb każdego uczestnika.

Całkowity koszt programu szacowany jest na 220 000 zł. Świadczenia w programie będą udzielane według kolejności zgłoszeń, do wyczerpania zaplanowanego budżetu.

Tabela 10. Rodzaje kosztów programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji

Lp.	Nazwa kosztu
<b>Moduł I Promocja programu</b>	
1.	Kampania informacyjno-promocyjna (ulotki, plakaty), opracowanie graficzne
2.	Prowadzenie kanału informacyjnego w mediach społecznościowych, strony współpraca z mediami, redakcja tekstów psychoedukacyjnych
<b>Moduł II Nabór do programu i nadzór</b>	
1.	Rejestracja do programu z edukacją
2.	Nadzór merytoryczny
3.	Nadzór organizacyjny
<b>Moduł III - Szkolenie kadry medycznej</b>	
1.	Webinary dla kadry medycznej
2.	Nagranie webinarów i udostępnienie na stronie internetowej
<b>Moduł IV Interwencje edukacyjne, profilaktyczne, diagnostyczne</b>	
1.	Wizyta kwalifikacyjna lekarska
2.	Zakup sensora do pomiaru poziomu glikemii*
2.	Edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę/specjalistę zdrowia publicznego - wizyta wstępna, pomiary antropometryczne, ankiety
3.	Poradnictwo indywidualne z fizjoterapeutą- 3 wizyty dla osoby (70 osób)
6.	Poradnictwo indywidualne dietetyczne - 3 wizyty dla osoby (70 osób)
7.	Edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę/edukatora zdrowia - wizyta podsumowująca
8.	Webinary prowadzone przez dietetyka, fizjoterapeutę, psychologa
9.	Nagranie webinarów i udostępnienie na stronie internetowej
<b>V. Koszty administracyjne</b>	
1.	Obsługa księgowa i prawna
2.	Zakup materiałów i sprzętu do programu
3.	Opłata za media, sprzątanie, wynajem pomieszczeń
4.	Opłata telefony, internet

\*dopuszcza się zakup sensorów z grupy wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ

### 3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Wrocławia.

#### Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 23.06.2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.
2. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69).
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42)
5. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 (DZ. URZ. WOJ. 2024.6680).
6. Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024. Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.
7. Raport 2025: Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej
8. Rekomendacja nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, [bip.aotm.gov.pl](http://bip.aotm.gov.pl).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.).
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie tj. z dnia 16 czerwca 2025 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 1038)
12. Sieradzki, J.(2020). Choroby układu wewnętrzzydzielniczego. Cukrzyca. In P. Gajewski (ED.), Interna Szczeklika 2020 (pp.1507-1560). Kraków: Medycyna Praktyczna

13. Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.
14. Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Wojtyniak B I Smaga A. (red.), NIZP PZH-PIB, Warszawa 2025.
15. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].
16. Wojtyniak, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB. World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, [www.who.int](http://www.who.int).
17. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2025, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecenia-kliniczne-dotyczace-postepowania-u-osob-z-cukrzyca-2025>, dostęp z dnia 20.09.2025
18. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na 2026 r., <https://diabetologia.mp.pl/wytyczne/396651,zalecenia-polskiego-towarzystwa-diabetologicznego-ptd-na-2026-rok>, dostęp z dnia 17.02.2026 r.
19. Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026, załącznik do uchwały nr XLIX/1299/22 Rady Miejskiej z dnia 24 lutego 2022 r.

## **Schemat ścieżki pacjenta w Programie**

### **Etap 1: Rekrutacja i Przesiew (Poziom POZ)**

Działanie: aktywna identyfikacja pacjentów kwalifikujących się do programu:

1. Wizyta w POZ: lekarz lub pielęgniarka POZ przeprowadza badania (np. glikemia na czczo w zakresie stanu przedcukrzycowego: 100-125 mg/dl) i/lub krzywą poziomu glikemii.
2. Skierowanie: w przypadku spełnienia kryteriów włączenia i braku przeciwwskazań (np. zdiagnozowana cukrzyca), POZ wystawia skierowanie do udziału w PPZ i przekazuje pacjentowi informacje o Realizatorze.

### **Etap 2: Kwalifikacja i diagnostyka wstępna (Poziom Realizatora PPZ)**

Celem tego etapu jest zebranie danych wyjściowych i ostateczne potwierdzenie bezpieczeństwa udziału w programie.

WIZYTA 1: Wstępna wizyta u pielęgniarki edukatorki:

- Cel: wywiad wstępny, pomiary antropometryczne, wypełnienie zaplanowanych ankiet
- Działania:
  - założenie Karty Uczestnika Programu,
  - wypełnienie ankiet, przeprowadzenie pre-testu wiedzy
  - pomiary antropometryczne: masa ciała, wzrost, obwód talii, obwód bioder, wskaźnik BMI, WHR, ciśnienie tętnicze.
  - wstępna ocena stylu życia i gotowości do zmiany
  - założenie sensora do pomiaru poziomu glikemii, udzielenie instruktażu dotyczącego obsługi urządzenia.

WIZYTA 2: Wizyta u lekarza

- Cel: medyczna ocena stanu zdrowia i dopuszczenie do programu.
- Działania:
  - analiza wyników badań laboratoryjnych i pomiarów pielęgniarskich.
  - wykluczenie przeciwwskazań medycznych do udziału w programie,
  - ostateczna kwalifikacja do Etapu 2.

### **ETAP 3: Interwencja nakierowana na zmianę stylu życia**

Etap ten trwa zazwyczaj od 3 do 4 miesięcy. Wizyty u dietetyka i fizjoterapeuty odbywają się równolegle, w odstępach czasowych pozwalających na wdrażanie zaleceń.

INDYWIDUALNE PORADNICTWO DIETETYCZNE (3 wizyty indywidualne)

- Wizyta nr 1 (analiza i plan): szczegółowy wywiad żywieniowy (np. dzienniczek 24h), analiza składu ciała, ustalenie indywidualnego, realistycznego planu żywieniowego ukierunkowanego na redukcję masy ciała i prewencję glikemii.

- Wizyta nr 2 (monitoring i korekta): (np. po 4-6 tyg.) Ocena realizacji planu, identyfikacja barier w jego wdrażaniu, modyfikacja zaleceń, edukacja w zakresie czytania etykiet i komponowania posiłków.
- Wizyta nr 3 (utrwalenie): (np. po kolejnych 6-8 tyg.) Ocena postępów, edukacja w zakresie zapobiegania nawrotom starych nawyków, plan żywieniowy "na przyszłość" po zakończeniu programu.

#### INDYWIDUALNE PORADNICTWO Z FIZJOTERAPEUTĄ (3 wizyty indywidualne)

- Wizyta nr 1 (ocena funkcjonalna): Ocena wydolności, zakresów ruchu, identyfikacja ograniczeń narządu ruchu. Opracowanie indywidualnego "Planu bezpiecznej aktywności fizycznej" (rodzaj, intensywność, częstotliwość).
- Wizyta nr 2 (instruktaż): (np. po 2-4 tyg.) Sesja praktyczna – nauka prawidłowej techniki ćwiczeń (np. marsz, nordic walking, proste ćwiczenia oporowe możliwe do wykonania w domu), weryfikacja realizacji planu.
- Wizyta nr 3 (progresja i motywacja): (np. po kolejnych 4-6 tyg.) Ocena postępów w wydolności, modyfikacja planu treningowego (zwiększenie intensywności/objętości), motywowanie do utrzymania regularnej aktywności zgodnie z zaleceniami WHO (min. 150 min umiarkowanej aktywności/tydz.).

#### **ETAP 3: Podsumowanie i ewaluacja (poziom realizatora PPZ)**

WIZYTA KOŃCOWA: wizyta podsumowująca u pielęgniarki edukatorki

- Termin: po zakończeniu wszystkich wizyt specjalistycznych (np. w 3-4 miesiącu programu).
- Działania:
  - ponowne pomiary antropometryczne (masa ciała, BMI, obwód talii) – porównanie z wizytą wstępną (W1);
  - omówienie wyników uzyskanych z zastosowaniem systemu CGM;
  - analiza osiągnięcia celów indywidualnych (np. % redukcji masy ciała);
  - ankieta ewaluacyjna (satysfakcja pacjenta oraz ocena przyrostu wiedzy – post test wiedzy);
  - wydanie zaleceń do dalszego postępowania i przekierowanie pacjenta z powrotem pod opiekę POZ z informacją zwrotną dla lekarza rodzinnego o wynikach udziału w programie.

## Załączniki

### Załącznik 1

#### Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Wrocławia” (wzór)

##### 1. Dane uczestnika programu

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

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

##### 2. Zgoda na udział w Programie

Ja, niżej podpisana/y .....  
(Imię i Nazwisko), legitymująca/y się dowodem osobistym seria i numer  
....., wyrażam zgodę na udział

w „Programie profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Wrocławia”