

**Projekt**

z dnia 18 listopada 2020 r.

Zatwierdzony przez .....

**UCHWAŁA NR XXVIII/783/20  
RADY MIASTA KROSNA**

z dnia 30 listopada 2020 r.

**w sprawie uchwalenia Programu profilaktyki cukrzycy typu 2 dla  
mieszkańców Krosna w wieku 45 - 65 lat na lata 2021-2022**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2020 r. poz. 713 z późn.zm.), w związku z art. 92 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U z 2020 r., poz. 920) oraz art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz.1398 z późn.zm.)

uchwała się, co następuje:

**§ 1.** Uchwala się Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022, w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały zleca się Prezydentowi Miasta Krosna.

**§ 3.** Traci moc uchwała Nr XI/284/19 Rady Miasta Krosna z dnia 30 sierpnia 2019 r. w sprawie uchwalenia Programu profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2019-2021.

**§ 4.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XXVIII/783/20  
Rady Miasta Krosna  
z dnia 30 listopada 2020 r.

**Gmina Miasto Krosno**

**Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna  
w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn.zm.)

**Krosno, 2020**

1. **Nazwa programu:**

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022

2. **Okres realizacji programu:** 2021 - 2022

3. **Autorzy programu:** dr hab. n. o zdrowiu Joanna Woźniak-Holecka, dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

Dokument opracowano pod kierunkiem P. Moniki Szymbary – koordynatora z ramienia Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Miasta Krosna

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców w wieku 45-65 lat nie był dotąd realizowany w Krośnie.

5. **Dane kontaktowe:**

Urząd Miasta Krosna  
ul. Lwowska 28a  
38-400 Krosno  
Tel: (13) 47 43 220

6. **Data opracowania programu:** maj 2019 r.

## Spis treści

|  |    |
|--|----|
| I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....  | 4  |
| 1. Opis problemu zdrowotnego .....   | 4  |
| 2. Dane epidemiologiczne .....   | 7  |
| 3. Opis obecnego postępowania .....  | 8  |
| 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....  | 11 |
| II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....  | 13 |
| 1. Cel główny: .....   | 13 |
| 2. Cele szczegółowe: .....   | 13 |
| 3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu: .....   | 13 |
| III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....                        | 15 |
| 1. Populacja docelowa.....   | 15 |
| 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....                                | 15 |
| 3. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej .....   | 21 |
| 4. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..... | 22 |
| IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....   | 23 |
| 1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne: .....   | 23 |
| 2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....  | 24 |
| V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....  | 25 |
| 1. Monitorowanie .....   | 25 |
| 2. Ewaluacja .....   | 25 |
| VI. Budżet programu polityki zdrowotnej .....  | 26 |
| 2. Planowane koszty całkowite: .....   | 26 |
| 3. Źródło finansowania.....  | 27 |
| Załączniki .....   | 28 |

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

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

Cukrzyca (łac. *diabetes mellitus*) to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią, będącą wynikiem defektu produkcji lub działania insuliny wydzielanej przez komórki beta trzustki. Uważana jest obecnie za jedną z najczęstszych przewlekłych chorób niezakaźnych oraz czwartą lub piątą przyczynę śmierci w większości krajów o wysokim rozwoju gospodarczym (w zależności od regionu). Ze względu na etiologię i przebieg choroby wyróżnia się cukrzycę typu 1, typu 2, cukrzycę ciężarnych oraz tzw. inne specyficzne typy cukrzycy, przy czym cukrzyca typu 2 występuje najpowszechniej spośród wymienionych<sup>1</sup>.

Do niedawna uważano, że istotą cukrzycy typu 1 jest deficyt insuliny związany z destrukcją komórek  $\beta$ , a istotą cukrzycy typu 2 jest insulinooporność. W chwili obecnej wiadomo już, że w obu typach cukrzycy hiperglikemia jest wynikiem obu tych zaburzeń, a różnice są raczej ilościowe niż jakościowe. Odmienny też może być mechanizm i tempo narastania każdego z tych zaburzeń, co manifestuje się specyficznym obrazem klinicznym. Powoduje to trudności w ustaleniu typu cukrzycy wg dotychczas obowiązujących podziałów<sup>2</sup>.

Insulinooporność to upośledzona zdolność reagowania organizmu na działanie insuliny. Skutkiem tego zjawiska jest nieefektywny wychwyt i wykorzystanie glukozy przez tkanki, co prowadzi do zaburzeń metabolizmu białek, węglowodanów oraz lipidów<sup>3</sup>. Nieprawidłowe wydzielanie insuliny i/lub jej upośledzone działanie prowadzi do narastania hiperglikemii. Jest to stan zwiększonego stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej. Typowa dla cukrzycy, utrzymująca się przewlekle hiperglikemia, przyczynia się do powstawania uszkodzeń małych i dużych naczyń krwionośnych. Zmiany te dają początek niewydolności i upośledzenia funkcji wielu narządów.

W powstawaniu cukrzycy typu 2 biorą udział zarówno czynniki środowiskowe, jak i genetyczne. Do pierwszej grupy należy przede wszystkim nadwaga i otyłość (zwłaszcza brzuszna) oraz niska aktywność fizyczna. Osoby otyłe są trzykrotnie bardziej narażone na

---

<sup>1</sup>American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. *Diabetes Care* 2014; 37, Supplement 1: 14-80.

<sup>2</sup><http://mojacukrzyca.pl/cukrzyca-ale-jaka-nowa-klasyfikacja/> (dostęp z dnia 20.03.2019 r.)

<sup>3</sup> Chmielewska-Kassassir M, Woźniak L, Ogrodniczek P, Wójcik M, Rola receptorów aktywowanych przez proliferatory peroksosomów  $\gamma$  (PPAR $\gamma$ ) w otyłości i insulinooporności. *Postepy Hig Med Dosw* 2013; 67: 1283-1299.

wystąpienie cukrzycy typu 2, a około 85-90% chorych to osoby z otyłością<sup>4</sup>. Nadmierna masa ciała przyczynia się do wytworzenia insulinooporności. Tkanka tłuszczowa powoduje nasiloną produkcję wolnych kwasów tłuszczowych, co prowadzi do zwiększonego utleniania tłuszczów m.in. w mięśniach i wątrobie, wynikiem tego procesu jest wstrzymanie metabolizmu glukozy. Odpowiedzią trzustki jest wyrównujące wydzielanie insuliny prowadzące do szybkiego wyczerpania się rezerw komórek  $\beta$ .

Siedzący tryb życia i brak wysiłku fizycznego przyczyniają się do rozwoju nadwagi i otyłości, a ponadto obniżenia aktywności komórkowych przekaźników glukozy, hamowania jej oksydacji i wzmożenia produkcji wolnych kwasów tłuszczowych. Innymi czynnikami predysponującymi do rozwoju cukrzycy typu 2 są zaburzenia gospodarki węglowodanowej, takie jak nieprawidłowa glikemia na czczo, czy upośledzona tolerancja glukozy<sup>5</sup>. Ryzyko wystąpienia opisywanego zaburzenia zwiększa także obecność zespołu metabolicznego, stanów zapalnych, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii i chorób układu sercowo-naczyniowego. Cukrzyca typu 2 występuje statystycznie częściej u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową, lub u matek które urodziły dziecko o masie ciała powyżej 4 kg<sup>6</sup>. Wymienione powyżej czynniki mają w większości charakter modyfikowalny i są możliwe do wyeliminowania poprzez zmianę stylu życia i odpowiednie leczenie, natomiast czynniki genetyczne, niepoddające się modyfikacji, to np. płeć, wiek lub obciążający wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy.

Cukrzyca typu 2 dotyczy statystycznie najczęściej osób otyłych w starszym wieku, gwałtowny wzrost zachorowań przypada na wiek powyżej 50 r.ż., co znajduje odzwierciedlenie również w historycznej nazwie tej choroby - cukrzyca starcza. Mechanizm patogenezy cukrzycy typu 2 wiąże się ze wzmożoną produkcją cytokin z monocytów i makrofagów oraz krążących białek fazy ostrej IL-6 i TNF- $\alpha$ , która zwiększa się z wiekiem, naturalnie wraz z prawdopodobieństwem rozwoju cukrzycy typu 2<sup>7</sup>. Niemniej jednak w związku z epidemią otyłości, jaką obserwujemy w ostatnich latach, wiek zachorowania na cukrzycę typu 2 znacznie się obniżył, dlatego większość działań profilaktycznych dedykuje się już osobom po 45 roku życia. Niezwykle istotnym elementem zapobiegania chorobie jest regularne prowadzenie badań przesiewowych pozwalających na wykrycie zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Aktualne zalecenia wskazują na potrzebę objęcia badaniami

---

<sup>4</sup>World Health Organization. Screening for type 2 diabetes 2003.

[http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening\\_mnc03.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_mnc03.pdf) (dostęp z dnia 20.03.2019 r.)

<sup>5</sup> Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2007.

<sup>6</sup> Ibidem.

<sup>7</sup> Pickup JC: Inflammation and Activated innate Immunity in the Pathogenesis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 813-823.

przesiewowymi w kierunku cukrzycy typu 2 mężczyzn i kobiet w wieku  $\geq 45$  lat, szczególnie jeśli wartość BMI wynosi  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, ponieważ są to osoby, u których ryzyko rozwoju stanów przedcukrzycowych jest podwyższone. Badanie przesiewowe należy także przeprowadzić u osób młodszych posiadających inne czynniki ryzyka, w tym szczególnie cechujących się wskaźnikiem BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>. U osób z normoglikemią badanie powinno się powtarzać co 3 lata, u osób z podwyższonym ryzykiem co roku<sup>8</sup>. Ponadto wszystkie osoby z podwyższonym ryzykiem rozwoju cukrzycy należy bezwzględnie objąć działaniami edukacyjnymi na temat korzyści związanych z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała i regularną aktywnością fizyczną<sup>9</sup>.

Leczenie cukrzycy ma charakter wielowymiarowy, na który składają się takie elementy jak edukacja pacjentów, leczenie nefarmakologiczne, leczenie hipoglikemizujące, zwalczanie czynników ryzyka oraz leczenie powikłań<sup>10</sup>. Głównym celem terapii jest osiągnięcie pożądanych wartości w zakresie glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu oraz masy ciała<sup>11</sup>, bowiem normalizacja tych parametrów zapobiega wystąpieniu powikłań cukrzycowych lub opóźnia ich rozwój, przyczynia się też do poprawy jakości życia diabetyka.

Kluczowym składnikiem terapii cukrzycy, jak wspomniano powyżej, jest edukacja chorego, która prowadzi do pogłębienia wiedzy pacjentów i ich bliskich na temat choroby, pozwala wykształcić umiejętności praktyczne oraz przygotowuje pacjenta do prowadzenia skutecznej samokontroli. Edukacja w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań cukrzycy (ostrych i przewlekłych), przez co zapobiega inwalidztwu i przedwczesnej śmierci<sup>12</sup>. Zmiana stylu życia bazująca przede wszystkim na stosowaniu odpowiedniego leczenia żywieniowego (diety) oraz wysiłku fizycznego, stanowi podstawowy element leczenia nefarmakologicznego cukrzycy. Dopiero, gdy sposób odżywiania i regularna aktywność fizyczna nie są w stanie unormować glikemii, do leczenia wprowadza się doustne leki przeciwcukrzycowe (hipoglikemizujące, hiperglikemiczne, działające na układ inkretynowy) i/lub insulinę<sup>13</sup>.

---

<sup>8</sup> Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2008, Diabetologia Praktyczna 2008, tom 9, supl. A

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej. W: Choroby wewnętrzne. Red. Szczeklik A, Gajewski P. Medycyna Praktyczna; Kraków 2009; 640 -671.

<sup>11</sup> Jarosz M. Choroby metaboliczne. W: Praktyczny podręcznik dietetyki. Red. Jarosz M. Wydawnictwo Instytutu Żywności i Żywienia; Warszawa 2010; 341-352.

<sup>12</sup> Korzon-Burakowska A, Adamska K, Skuratowicz-Kubica A, Jaworska M. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. Diabetologia Praktyczna 2010; 11 (2): 46-53.

<sup>13</sup> Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki... op. cit.

Nieodpowiednio leczona cukrzyca może prowadzić do uszkodzeń, zaburzenia czynności, a nawet niewydolności wielu układów i narządów oraz przedwczesnej śmierci. Utrzymujący się przez długi okres stan hiperglikemii, otyłość, hiperlipidemia i nadciśnienie tętnicze dają początek powikłaniom cukrzycowym. Chorujący na cukrzycę typu 2 predysponowani są przede wszystkim do rozwoju powikłań o charakterze mikroangiopatii i makroangiopatii<sup>14</sup>.

## 2. Dane epidemiologiczne

Cukrzyca typu 2 jest najczęściej występującym rodzajem omawianej jednostki chorobowej i stanowi 85-95% wszystkich przypadków. Jest to jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Zgodnie z danymi Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (International Diabetes Federation) na cukrzycę choruje 382 mln osób (8,3% populacji światowej), a kolejnych 316 mln dotyczą zaburzenia tolerancji glukozy. Szczególnie niepokojące są przewidywania dotyczące rozpowszechnienia cukrzycy wśród populacji światowej w roku 2035, kiedy to liczba chorych ma osiągnąć 592 mln osób – 10,1% populacji (wzrost o 55%)<sup>15</sup>.

Na podstawie danych epidemiologicznych<sup>16</sup>, od 1980 roku rozpowszechnienie cukrzycy wśród osób dorosłych na świecie wzrosło z 4,3% do 9,0% w przypadku mężczyzn i z 5,0% do 7,9% w przypadku kobiet. Liczba dorosłych z cukrzycą wzrosła z 108 mln w 1980 roku do 422 mln. Według profilu cukrzycowego stworzonego przez WHO dla Polski w 2016 roku, cukrzyca odpowiadała za 2% wszystkich zgonów w Polsce<sup>17</sup>. Wzrost rozpowszechnienia cukrzycy w Europie prognozowany jest na ponad 22% (do 68,9 mln) w roku 2035. Największe rozpowszechnienie cukrzycy w Europie odnotowuje się dla Turcji (14,8%), Portugalii (13%) i Niemiec (11,9%), a najmniejsze dla Litwy (4,9%)<sup>18</sup>.

Ciążar cukrzycy znajduje odzwierciedlenie nie tylko w rosnących liczbach zapadalności, ale również w rosnącej liczbie zgonów, w tym zgonów przedwczesnych. W 2015 roku w Europie z powodu cukrzycy zmarło 627 tys. osób (w tym 27% zgonów dotyczyło osób w wieku poniżej 60 r. ż). W Polsce w 2014 roku z powodu cukrzycy zmarło 21 483 osób. Wiodącą przyczyną zgonów wśród osób z cukrzycą są choroby układu sercowo-

---

<sup>14</sup> Krystoń-Serafin M, Jankowiak B, Popławska E, Krajewska-Kułak E. Powikłania cukrzycy jako choroby przewlekłej. *Nowiny Lekarskie* 2007; 76 (6): 482-484.

<sup>15</sup> International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas, sixth edition 2014 update*. [http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014\\_EN.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf). Dostęp z dnia 22.06.2018.

<sup>16</sup> Raport WHO z 2016 r. „Global Report on Diabetes” i badanie „NCD-RisC” z 2016 r.

<sup>17</sup> Ibidem.

<sup>18</sup> Ibidem.



naczyniowego (ponad 50%). Najczęstsze makroangiopatie to: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienia serca oraz zawał mięśnia sercowego. Oszacowanie danych jest trudne ze względu na braki informacji o cukrzycy jako chorobie współistniejącej, przy podawaniu przyczyny zgonu w dokumentacji medycznej w większości krajów.

W Polsce zgodnie z danymi Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej choruje ponad 1,9 mln osób, co przekłada się na rozpowszechnienie na poziomie 6,5%. Zdecydowana większość diabetyków zamieszkuje tereny miejskie (ponad 61%), ponad 51% przypadków to chorzy w wieku 60-79 lat, a kolejne 40% w wieku 40-59 lat<sup>19</sup>. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy, w latach 2022–2031 prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej i w roku 2022 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 230,9 tys. a do 2031 r. wzrośnie do 249,5 tys. (wzrost o 8.1 %).

W okresie 2013-2015 w województwie podkarpackim stwierdzono 715 zgonów z powodu cukrzycy, z których 78,9% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, natomiast 45% zmarłych stanowili mężczyźni. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie podkarpackim wynosił 11,2/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 42,9%. Wartość ta plasuje województwo na 15. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Należy przy tym zaznaczyć, że standaryzowany wskaźnik umieralności dla miasta Krosna jest najwyższy spośród powiatów województwa podkarpackiego, a także przewyższa średni wskaźnik dla całego kraju<sup>20</sup>.

### **3. Opis obecnego postępowania**

Uznanie cukrzycy typu 2 za chorobę cywilizacyjną zmieniło postrzeganie edukacji zdrowotnej w tym zakresie i obecnie uważa się ją za jeden z czynników terapeutycznych. Edukacja pacjentów stanowi klucz do poprawy stanu zdrowia i zapobiegania powikłaniom choroby.

W 2006 roku w Polsce utworzone zostało Polskie Stowarzyszenie Edukacji w Diabetologii (PFED). Aktualnie stowarzyszenie organizuje szkolenia, konferencje, zjazdy oraz bierze udział w opracowywaniu projektów edukacyjnych i kursów dla personelu medycznego. Celem PFED jest doksztalcenie członków zespołu edukacyjnego, diabetyków oraz udoskonalenie standardów opieki medycznej. Działania te mają prowadzić do poprawienia stanu zdrowia populacji polskiej. Dzięki inicjatywie firmy farmaceutycznej Eli

---

<sup>19</sup>International Diabetes Federation. Global Diabetes Scorecard 2014. <http://www.idf.org/global-diabetes-scorecard/assets/downloads/Scorecard-29-07-14.pdf> (dostęp z dnia 5.03.2019)

<sup>20</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa podkarpackiego, [www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl](http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl) (dostęp z dnia 23.03.2019)

Lilly, pod patronatem PFED powstały pierwsze w Polsce centra edukacji Lilly (cCEL) oraz infolinia, dzięki którym pacjenci zyskali bezpłatny dostęp do wiedzy na temat cukrzycy. Doskonaleniem lekarzy i innych przedstawicieli zawodów powiązanych z diabetologią zajmuje się także Polskie Towarzystwo Diabetologiczne.

W połowie 1981 roku powstało Polskie Stowarzyszenie Diabetyków (PSD), którego celem do dzisiaj jest pomoc chorym na cukrzycę w wielu aspektach np. leczeniu i edukacji. PSD realizuje wiele turnusów edukacyjno-rehabilitacyjnych dla dorosłych oraz obejmuje edukacją diabetyków i ich rodziny<sup>21</sup>.

W roku 2009 powstała Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą, której działania edukacyjne mają na celu zwiększenie świadomości na temat cukrzycy wśród społeczeństwa, ukazanie wielowymiarowego charakteru choroby i uświadomienie wpływu stylu życia na przebieg cukrzycy. Celem działalności Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą jest także poprawa jakości życia pacjentów oraz profilaktyka powikłań. Koalicja stworzyła w 2015 r. akcję „Menu dla diabetyka”, dająca możliwość choremu zgłębienia informacji dotyczących diety w cukrzycy na specjalnie zaprojektowanej stronie internetowej ([www.menudiabetyka.pl](http://www.menudiabetyka.pl))<sup>22</sup>.

Od 2006 do 2008 roku ze środków Ministra Zdrowia realizowany był „Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce”, który dwa lata później kontynuowany był w ramach programu „Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym”. W 2012 roku powstał „Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej”, którego głównym celem było pogłębienie wiedzy oraz świadomości społeczeństwa na temat cukrzycy, redukcja zachorowań, opracowanie skutecznych działań zapobiegających wystąpieniu powikłań i poprawa jakości życia chorych. Działaniami mającymi pomóc w osiągnięciu wyznaczonych celów są badania profilaktyczne (w celu diagnozy cukrzycy), akcje edukacyjno-informacyjne, szkolenia personelu przygotowujące do roli edukatora, szkolenia chorych i ich rodzin w zakresie diabetologii<sup>23</sup>.

Na początku 2011 roku zatwierdzony został program kursu specjalistycznego „Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych”, który umożliwia pielęgniarkom oraz położnym przygotowanie do prowadzenia edukacji terapeutycznej mającej na celu podwyższenie jakości

---

<sup>21</sup> Polskie Stowarzyszenie Diabetyków. Statut PSD 2012. <http://diabetyk.org.pl/uploads/formularze/statut-tekst-kompletny.pdf>. Dostęp z dnia: 08.04.2015 r.

<sup>22</sup> Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą. Materiały prasowe – listopad miesiącem walki z cukrzycą 2011. [http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/koalicja\\_na\\_rzecz\\_walki\\_z\\_cukrzyca\\_listopad\\_miesiacem\\_walki\\_z\\_cukrzyca\\_2011.pdf](http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/koalicja_na_rzecz_walki_z_cukrzyca_listopad_miesiacem_walki_z_cukrzyca_2011.pdf). (dostęp z dnia 8 kwietnia 2015)

<sup>23</sup> Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej. [www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/npped\\_20120418.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npped_20120418.pdf). (dostęp z dnia: 08.04.2015 r.).

życia chorych na cukrzycę<sup>24</sup>. Rola pielęgniarki edukatora polega na przekazywaniu pacjentowi wiedzy umożliwiającej mu zrozumienie istoty choroby i jej powikłań, uświadomienie znaczenia leczenia, wyjaśnienie zasad dotyczących prowadzenia samokontroli oraz wspieranie i motywowanie chorego do walki z cukrzycą. Edukator ma także za zadanie uzmysłwić diabetykowi znaczenie aktywności fizycznej oraz przedstawić zasady żywienia w chorobie. Cykliczne spotkania z pielęgniarką - edukatorem w cukrzycy zwiększają poczucie bezpieczeństwa pacjenta i umożliwiają mu systematyczne uzupełnianie wiedzy, co daje ogromną szansę na osiągnięcie równowagi pomiędzy trudnościami związanymi z chorobą a prowadzeniem normalnego trybu życia.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej<sup>25</sup> oznaczenie 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 jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez NFZ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)<sup>26</sup>.

Zmiana stylu życia diabetyka, będąca efektem edukacji zdrowotnej, poprzez stosowanie odpowiedniego leczenia żywieniowego (diety) oraz wysiłku fizycznego, stanowi podstawowy element leczenia niefarmakologicznego w cukrzycy. Długotrwała 3-5% redukcja masy ciała będąca wynikiem głównie zmniejszenia pola tłuszczu trzewnego może powodować klinicznie znaczące zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2<sup>27</sup>. Urząd Miasta w Krośnie nie realizował dotychczas programów zdrowotnych o tematyce profilaktyki cukrzycy typu 2.

Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy, posiadających pozytywną opinię AOTMiT, można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” (na lata 2016-2022);
- PPZ pn. „Edukacja w cukrzycy” skierowany do mieszkańców Gminy Miasta Sopotu;

---

<sup>24</sup> PFED. Teraźniejszość i przyszłość pielęgniarstwa diabetologicznego 2015. [http://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/a.szewczyk\\_2014r.pdf](http://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/a.szewczyk_2014r.pdf) (dostęp z dnia 20 maja 2017).

<sup>25</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (DZ.U. 2013 poz. 1248).

<sup>26</sup> [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)

<sup>27</sup> Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością

- PPZ pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” (na lata 2016-2022);
- PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania oraz zapobiegania rozwojowi cukrzycy i jej powikłaniom wśród osób w wieku aktywności zawodowej zamieszkujących teren województwa lubuskiego”;
- PPZ pn. „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2” dla mieszkańców województwa świętokrzyskiego.

#### 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

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

Cukrzyca jako choroba przewlekła wiąże się z wysokimi obciążeniami finansowymi dla całego budżetu, dla przykładu w 2010 r. średnia wysokość wydatków na opiekę zdrowotną związaną z leczeniem cukrzycy wynosiła 12% ogółu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Ponieważ największe obciążenie stanowi wysokość środków przeznaczanych na ograniczenie niepełnosprawności i utraty życia w związku z chorobą i jej następstwami, priorytetem powinno stać się wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych, w tym przede wszystkim skutecznej edukacji żywieniowej<sup>28</sup>.

W założeniu niniejszy program pozwoli na wykształcenie umiejętności praktycznych radzenia sobie z chorobą oraz przygotuje pacjentów do prowadzenia skutecznej samokontroli, zmniejszy ryzyko wystąpienia powikłań, a tym samym przyczyni się do zapobieżenia inwalidztwu i przedwczesnym zgonom z powodu cukrzycy. Ponadto zaplanowane działania wpisują się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ ich zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>29</sup>:
  - *Priorytet 1: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:*

<sup>28</sup> Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288:2 469–2475.

<sup>29</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

- a) *chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu,*
- b) *nowotworów złośliwych,*
- c) *przewlekłych chorób układu oddechowego,*
- d) *cukrzycy.*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020<sup>30</sup>:
  - *Cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;*
  - *Cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się (cel 3.2: Działania edukacyjne: popularyzacja wiedzy w zakresie specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów (w tym zapobieganie utracie masy ciała i chorobom metabolicznym).*
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego<sup>31</sup>:
  - *priorytet nr II: Zmiana organizacji zasobów ochrony zdrowia (cel 4: Zwiększenie skuteczności realizowanych programów profilaktycznych).*
- Strategią Rozwoju Miasta Krosna na lata 2014-2022<sup>32</sup>:
  - *cel strategiczny 2: Kapitał ludzki i społeczny (priorytet 1: Zdrowie).*

---

<sup>30</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492]

<sup>31</sup> Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego, Rzeszów, 27.02.2017 [bip.rzeszow.uw.gov.pl; dostęp: 20.03.2019.]

<sup>32</sup> Uchwała Nr LXIV/1470/14 Rady Miasta Krosna z dnia 7 listopada 2014 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Rozwoju Miasta Krosna na lata 2014-2022” [bip.umkrosno.pl; dostęp: 20.03.2019r.]

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

### **1. Cel główny:**

Głównym celem programu jest poprawa świadomości zdrowotnej oraz zwiększenie wykrywalności cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat poprzez kompleksowe działania z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej prowadzone w latach 2021-2022 .

### **2. Cele szczegółowe:**

- 1) Zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej cukrzycy typu 2, w tym czynników ryzyka jej powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, w populacji docelowej osób w wieku 45-65 lat poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2021-2022.
- 2) Zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości parametrów biochemicznych krwi wśród dorosłych mieszkańców Krosna będących uczestnikami działań profilaktycznych w okresie trwania programu;
- 3) Zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości wskaźnika BMI wśród dorosłych mieszkańców Krosna będących uczestnikami działań profilaktycznych w okresie trwania programu;
- 4) Ocenę ryzyka rozwoju cukrzycy w populacji docelowej poprzez określenie odsetka osób cechujących się podwyższonym ryzykiem wystąpienia choroby na podstawie skali FINDRISC wśród dorosłych mieszkańców Krosna będących uczestnikami działań profilaktycznych w okresie trwania programu;
- 5) Zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości oraz poprawa glikemii w wyniku zmiany nawyków żywieniowych u osób w grupie wiekowej 45-65 lat w ramach Programu poprzez realizację porad żywieniowych w okresie 2021-2022.

### **3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:**

- 1) Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2 (wd. wzrost o 30%),
- 2) Liczba osób z obniżonym poziomem glukozy we krwi,
- 3) Liczba osób ze zdiagnozowaną nadwagą,
- 4) Liczba osób ze zdiagnozowaną otyłością,

- 5) Liczba osób z obniżonym wskaźnikiem BMI (pomiary po zakończeniu interwencji),
- 6) Liczba osób ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia cukrzycy w przyszłości.

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

#### 1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców Miasta Krosna w wieku 45-65 lat z wyłączeniem osób u których już wcześniej zdiagnozowano cukrzycę typu 2. Zgodnie z danymi pozyskanymi z Banku Danych Lokalnych Miasto Krosno zamieszkuje 12 491 osób w wieku 45-65 lat. Ostatecznie szacuje się, że w programie weźmie udział około 400 osób (Tab. I).

Tab. I. Populacja docelowa programu.

| Populacja docelowa/rok  |        |
|---|--------|
| Wiek  | 45-65  |
| Liczba w populacji docelowej                                      | 12 491 |
| Szacunkowa liczba osób z cukrzycą typu 2 – ok. 5,0% <sup>33</sup> | 600    |
| Szacunkowa liczba uczestników III etapu/rok                       | 200    |
| Szacunkowa liczba osób z otyłością 53,32% <sup>34</sup>           | 100    |
| Szacunkowa liczba uczestników IV etapu/rok                        | 100    |

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

##### 1) Akcja informacyjno-edukacyjna (etap I):

###### a. kryteria włączenia:

- wiek 45-65;
- zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna.

##### 2) Badania przesiewowe (etap II):

###### a. kryteria włączenia:

- wiek 45-65;
- zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna;

###### b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana uprzednio cukrzyca typu 2;
- wykonanie badania w kierunku cukrzycy w ciągu ostatnich 3 lat.

##### 3) Konsultacja lekarska (etap III):

<sup>33</sup> Wg danych dla województwa lubuskiego z Raportu Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii.

<sup>34</sup> Raport - Bieżące statystyki otyłości i nadwagi w Polsce na podstawie Interaktywnej Mapy Otyłości Polski, stan na: II półrocze 2015.



a. kryteria włączenia:

- wiek 45-65;
- zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna;
- diagnoza cukrzycy typu 2;

b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana uprzednio cukrzyca typu 2;
- wykonanie badania w kierunku cukrzycy w ciągu ostatnich 3 lat.

4) Porady dietetyczne (etap IV):

- wiek 45-65;
- zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna;
- BMI  $\geq$  25 w badaniach przesiewowych;

b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana uprzednio cukrzyca typu 2;
- wykonanie badania w kierunku cukrzycy w ciągu ostatnich 3 lat.

### 3. Planowane interwencje:

1) Etap I – Akcja informacyjno-edukacyjna:

- realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych oraz w Urzędzie Miasta Krosna, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek, kampania promująca program: publikacje w prasie, artykuły sponsorowane, portale internetowe, radio, itp.
- edukacja zdrowotna - cykl wykładów z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2 (wykłady z zakresu patogenezy, objawów, czynników ryzyka cukrzycy typu 2, rozwoju powikłań, edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej dla osób w wieku 45-65 lat itp.) prowadzone przez lekarza diabetologa lub pielęgniarkę diabetologiczną lub/i dietetyka, odbywających się z częstotliwością 2 razy na rok, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych.

2) Etap II – Badania przesiewowe:

- realizowane przez pielęgniarkę i obejmujące przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie Karty Badania Profilaktycznego,
- wykonanie badań biochemicznych krwi (pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar wzrostu i masy ciała (określenie wskaźnika BMI), pomiar obwodu pasa, oznaczenie glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej, ocenę ryzyka rozwoju cukrzycy na podstawie skali FINDRISC),

- ustalenie terminu wizyty lekarskiej.

3) Etap III - Porada lekarska:

- wpisanie wyników badań do Karty Badania Profilaktycznego,
- omówienie wyników badań i przekazanie wskazań terapeutycznych,
- edukacja pacjenta w trakcie wizyty (obejmująca upowszechnianie wiedzy na temat czynników ryzyka, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, radzenia sobie ze stresem),
- przekazanie pacjentowi zaleceń co do dalszego postępowania, wydanie Karty Badania Profilaktycznego;
- skierowanie osób z nieprawidłową wartością BMI  $\geq 25$  na konsultację z dietetykiem.

4) porady dietetyczne (etap IV):

- realizowane przez dietetyka z częstotliwością 1 raz na kwartał i obejmujące elementy edukacji żywieniowej w cukrzycy typu 2, prawidłowe stosowanie wymienników, interakcje składników diety z lekami itp. oraz regularne pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu celem monitorowania wskaźników BMI.

### 3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Edukację w cukrzycy typu 2 rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- American Diabetes Association (ADA),
- International Diabetes Federation,
- Europejskie Towarzystwo Badań nad Cukrzycą (EASD),
- Polska Federacja Edukacji w Diabetologii,
- Polskie Stowarzyszenie Edukacji w Diabetologii (PFED),
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD),
- Polskie Stowarzyszenie Diabetyków (PSD),
- Polskie Towarzystwo Dietetyki (PTD).

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Wielu specjalistów traktuje cukrzycę jako poważne zagrożenie zdrowia i życia pacjentów. Jest to choroba, której nie da się uniknąć, lecz można znacząco zmniejszyć

rozmiar występującej obecnie epidemii. Aby to osiągnąć wymagana jest ścisła współpraca między pacjentami, a przedstawicielami opieki medycznej, celem uniknięcia szeregu niebezpiecznych dla zdrowia i życia, a zarazem kosztownych powikłań, ze zgonami włącznie. Ponadto należy położyć nacisk na odpowiednie przygotowanie lekarzy podstawowej opieki medycznej, będących pierwszym ogniwem systemu, z którym spotyka się przeciętny pacjent. Niezbędne jest także zwiększanie świadomości społeczeństw w zakresie zdrowej diety i aktywności fizycznej, zwłaszcza u pacjentów z otyłością, która jest podstawowym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) z 2014 roku w celu rozpoznania cukrzycy określa się<sup>35</sup>:

- Glikemię przygodną - oznaczoną w próbce krwi pobranej w dowolnej porze dnia, niezależnie od pory ostatnio spożytego posiłku,
- Glikemię na czczo - oznaczoną w próbce krwi pobranej 8-14 godzin od ostatniego posiłku,
- Glikemię w 120 minucie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT, Oral Glucose Tolerance Test) - badanie to polega na spożyciu na czczo roztworu zawierającego 75g glukozy.

Do diagnostyki cukrzycy ADA (American Diabetes Association) wprowadziło oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA<sub>1c</sub>). Wartość tego parametru wynosząca co najmniej 6,5% uprawnia do rozpoznania cukrzycy. W Polsce jednak ze względu na nieustaloną wartość diagnostyczną i brak odpowiedniej kontroli jakości metod laboratoryjnych nie zaleca się stosowania oznaczenia (HbA<sub>1c</sub>)<sup>36</sup>.

Z kolei rozpoznanie otyłości opiera się o pomiary BMI. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi WHO oceny stanu odżywienia dokonuje się na podstawie wartości wskaźnika masy ciała (BMI), który wylicza się ze wzoru:  $BMI = \text{masa ciała (kg)} / [\text{wzrost (m)}]^2$ . Nadwagę rozpoznaje się, jeżeli wartości BMI mieszczą się w zakresie 25,0-29,9, natomiast otyłość, jeżeli wartości BMI są  $\geq 30$ . Należy jednak pamiętać, że wskaźnik BMI nie powinien ze względu na swoje ograniczenia być stosowany do oceny stanu odżywienia kobiet w ciąży, a w przypadku osób uprawiających sport i pracujących fizycznie może być zawyżony z powodu zwiększonej masy mięśniowej. Ponadto BMI nie odzwierciedla dystrybucji tkanki tłuszczowej, która wiąże się ze wzrostem ryzyka rozwoju powikłań

<sup>35</sup> Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Diabetologia Kliniczna 2014, tom 3, supl. A: 3.

<sup>36</sup> Ibidem

otyłości. Łatwym do wykorzystania w codziennej praktyce klinicznej jest w tym celu pomiar obwodu talii. Powinien on być wykonywany w połowie odległości między najwyższym punktem grzebienia kości biodrowej i najniższą częścią łuku żebrowego w linii pachowej środkowej, a centymetr z przodu należy poprowadzić przez pępek. Znalezienie tych punktów może okazać się trudne u osób bardzo otyłych, szczególnie jeżeli mają duży „fartuch” brzuszny (należy pamiętać żeby używać taśmy mierniczej co najmniej 200 centymetrowej)<sup>37</sup>. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi Światowej Federacji Diabetologicznej (IDF) otyłość trzewną rozpoznaje się u Europejczyków przy obwodzie talii u: mężczyzn  $\geq 94$  cm kobiet  $\geq 80$  cm. Jednocześnie należy pamiętać, że w świetle aktualnej wiedzy medycznej, wzrost ryzyka metabolicznego obserwuje się już przy obwodach talii  $\geq 71$  cm u kobiet i  $\geq 86$  cm u mężczyzn. W warunkach codziennej praktyki klinicznej możliwa jest również ocena składu ciała metodą bioimpedancji (wagi, analizatory składu ciała). Na podstawie tego pomiaru otyłość u mężczyzn diagnozujemy jeżeli zawartość tłuszczu w ciele przekracza 25%, a u kobiet 30%.

Aby opracować odpowiedni dla danego pacjenta program edukacji należy ocenić jego potrzeby, a następnie wyznaczyć indywidualny cel w zależności od: wieku, bieżącego stanu wiedzy, współistnienia innych chorób, powikłań, stosowanego leczenia oraz sytuacji życiowej pacjenta. Po ustaleniu celu edukacji należy przedstawić pacjentowi informacje na temat istoty choroby (ogólne wiadomości) a następnie nauczyć go technik samodzielnej obserwacji (np. mierzenie stężenia glukozy we krwi oraz ciśnienia tętniczego). W przypadku chorych leczonych insuliną lub za pomocą pompy insulinowej, szkolenie powinno obejmować kolejno także edukację z zakresu podawania insuliny oraz obsługi pompy insulinowej. Kolejny etap szkolenia polega na edukacji chorego na temat powikłań ostrych i przewlekłych (czynniki ryzyka, rozpoznanie, leczenie i zapobieganie). Niezwykle istotnym elementem szkolenia jest również edukacja żywieniowa mająca na celu uświadomienie pacjentowi roli prawidłowego żywienia w cukrzycy i przekazanie zasad zdrowego odżywiania. Częścią edukacji zdrowotnej jest też przekazanie wiadomości na temat wysiłku fizycznego w cukrzycy, praw diabetyków, reguł korzystania z opieki zdrowotnej oraz poruszenie zagadnienia problemów psychologicznych towarzyszących chorobie. Wszystkie wiadomości przekazane na szkoleniach należy wprowadzać stopniowo, gdyż radykalne i nagłe zmiany mogą przynieść negatywne skutki – pacjent nie zastosuje się do zaleceń lub zniechęci się do kontynuowania edukacji<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium op.cit.

<sup>38</sup> Kosicka B, Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. Problemy pielęgniarstwa 2007; 15 (2,3): 187-191.

Szkolenie chorego w różnych etapach rozwoju choroby należy do zadań zespołu terapeutycznego. W jego skład powinni wchodzić lekarze, edukatorzy diabetologiczni, pielęgniarki, dietetycy oraz psycholodzy i przedstawiciele innych zawodów medycznych. Relacje między zespołem terapeutycznym a pacjentem powinny opierać się na wsparciu i wzajemnej współpracy. Chory powinien brać aktywny udział w projekcie edukacyjnym, co wzmacnia jego pewność i niezależność.

Celem edukacji zdrowotnej jest usamodzielnienie pacjenta w postępowaniu z jego chorobą poprzez przekazanie mu niezbędnych wiadomości na temat cukrzycy (patogeneza, objawy, czynniki ryzyka rozwoju powikłań), wykształcenie umiejętności praktycznych w zakresie samokontroli oraz wdrożenie zachowań prozdrowotnych (np. zmiana złych nawyków żywieniowych na dobre i rozpoczęcie aktywności fizycznej). Szkolenie diabetyka ma także na celu normalizację glikemii, ciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, zapobieganie ostrym i przewlekłym powikłaniom cukrzycy oraz osiągnięcie należytej masy ciała. Ważnym aspektem edukacji chorego jest osiągnięcie celów psychospołecznych, zmniejszenie lęku, a także przystosowanie do życia w rodzinie i pracy zawodowej.

PTD określiło pożądaną czas trwania edukacji pacjenta w zależności od etapu szkolenia i rodzaju leczenia choroby. Edukacja wstępna osób stosujących dietę lub dietę i doustne leki przeciwcukrzycowe w terapii cukrzycy musi trwać minimum 5 godzin. W przypadku osób leczonych insuliną i pompą insulinową czas wydłuża się kolejno do 9 i 9-15 godzin. Szkolenie należy kontynuować przez rok, co dla chorych z cukrzycą typu 2 powinno wynosić 5-9 godzin. Czas trwania kolejnego etapu – reedukacji - zależy od ilości przyswojonej przez pacjenta wiedzy, liczby błędów przez niego popełnianych oraz pojawienia się powikłań i nowych chorób.

Edukacja jest podstawowym elementem zapewniającym skuteczność wszystkich form samokontroli, rehabilitacji, pielęgnacji oraz zmiany stylu życia i nawyków żywieniowych przyczynia się do poprawy jakości życia pacjenta, co w efekcie znacznie zmniejsza ryzyko rozwoju ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Bober A. Wpływ edukacji na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2013; 2(1): 7-11.

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Szacuje się, że w 2010 r. światowe wydatki na cukrzycę wyniosły około 376 mld dolarów amerykańskich (USD), czyli 418 mld dolarów międzynarodowych (ID) uwzględniających różnice w sile nabywczej w różnych krajach. Zgodnie z prognozami na 2030 r. poziom wydatków ma wzrosnąć do około 490 mld USD, czyli 561 mld ID<sup>40</sup>.

W Europie całkowite koszty cukrzycy szacowane są na poziomie 105,5 mld USD rocznie, z czego 25% wydatków alokowane jest w monitorowanie poziomu glukozy we krwi pacjentów, następne 25% w leczenie kosztów powikłań, natomiast pozostałe 50% to suma reszty kosztów bezpośrednich (konsultacje lekarskie i pielęgniarskie, koszty hospitalizacji, sprzętu medycznego i leków) i pośrednich (spadek wydajności pracy, absencje)<sup>41</sup>.

W związku z narastającą zachorowalnością na cukrzycę zwiększają się koszty związane z jej leczeniem. Wydatki na opiekę związaną z cukrzycą wyniosły w 2014 r. na świecie 612 miliardów dolarów amerykańskich<sup>42</sup>. Celem wdrażania działań profilaktycznych i wczesnego leczenia cukrzycy oraz jej powikłań jest także zmniejszenie kosztów jej późniejszej terapii.

Cukrzyca jako choroba przewlekła wiąże się z wysokimi obciążeniami finansowymi dla całego budżetu, dla przykładu w 2010 r. średnia wysokość wydatków na opiekę zdrowotną związaną z leczeniem cukrzycy wynosiła 12% ogółu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Ponieważ największe obciążenie stanowi wysokość środków przeznaczanych na ograniczenie niepełnosprawności i utraty życia w związku z chorobą i jej następstwami, priorytetem powinno stać się wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych, w tym przede wszystkim skutecznej edukacji żywieniowej. Potwierdzona skuteczność działań edukacyjnych sprawia, że edukację zaleca się jako stały element wysokiej jakościowo opieki<sup>43</sup>.

### 3. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach programu będą realizowane w wybranych w drodze konkursu podmiotach leczniczych. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy wykładów, badań przesiewowych, a także porad lekarskich i dietetycznych. Badania przesiewowe oraz porady lekarskie odbywać się będą indywidualnie, natomiast edukacja

---

<sup>40</sup> Niebieska Księga Cukrzycy, Warszawa 2013, [http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/blue\\_paper\\_raport\\_cukrzyca\\_to.pdf.pdf](http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/blue_paper_raport_cukrzyca_to.pdf.pdf) (dostęp z dnia 22.03.2019 r.)

<sup>41</sup> Ibidem

<sup>42</sup> International Diabetes Federation. Diabetes Atlas... op.cit.

<sup>43</sup> Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288:2 469–2475.

zdrowotna będzie miała charakter indywidualny (w trakcie porady lekarskiej) oraz grupowy (wykłady). Wszystkie wyniki badań będą odnotowywane w Karcie Badania Profilaktycznego. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu pacjentom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

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

Po uczestnictwie w programie pacjent :

- zostaje poinformowany o sposobie dalszego postępowania (zalecenia zdrowego trybu życia oraz w razie wykrycia nieprawidłowości, np. wymagających leczenia operacyjnego, zalecenia dotyczące dalszej konsultacji specjalistycznej z wykazem podmiotów leczniczych, w którym będzie mógł podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika);
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 3);
- kończy udział w Programie.

Pacjent może w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku takiej decyzji zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji ze wskazanych działań profilaktycznych (zwiększone ryzyko powikłań cukrzycowych).

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

##### **1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:**

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2019);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (II kwartał 2019);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Krosna (IV kwartał 2020);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2021);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2021);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2021 - 2022):
  - etap I - akcja informacyjno-edukacyjna;
  - etap II – badania przesiewowe;
  - etap III – porada lekarska;
  - etap IV – porady dietetyczne;
  - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (I kwartał 2023):
  - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów;
  - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora;
  - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników (załącznik 3);
  - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2023).



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

Koordynatorem programu będzie Miasto Krosno. W programie realizatorem będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze, spełniające następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2020 poz. 295);
- zapewnienie wykonywania interwencji edukacyjnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarza diabetologa lub pielęgniarkę diabetologiczną lub dietetyka;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmioty realizujące Program będą zobowiązane do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizatorzy będą przekazywali koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), a także sporządzali sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w Programie są zobowiązane 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. z 2020 r. poz. 894) Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia ( Dz.U. z 2020 r. poz. 702), a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

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

### **1. Monitorowanie**

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 1, 2, 3),
- analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 1, 2, 3),
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej,
- procent uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie,
- procent uczestników, którzy ukończyli program.

#### 2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

### **2. Ewaluacja**

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- liczby osób, które uzyskały wyniki co najmniej dobre dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2,
- liczby osób, które uzyskały poprawę wskaźnika BMI (pomiaru po zakończeniu interwencji),
- liczby osób ze zdiagnozowaną nadwagą,
- liczby osób ze zdiagnozowaną otyłością,
- odsetka uczestników, u których zanotowano poprawę glikemii,
- odsetka uczestników, u których zanotowano co najmniej 3% spadku masy ciała,
- odsetka uczestników, u których zanotowano co najmniej 5% spadku masy ciała,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 1. Koszty jednostkowe, w tym:

- 2 000 zł – akcja edukacyjno-informacyjna (etap I), w tym koszt wynagrodzenia dla wykładowcy za dwa 90min. wykłady z edukacji zdrowotnej (600 zł) oraz koszt materiałów informacyjnych (1400 zł)
- 1 000 zł – koszt monitoringu i ewaluacji
- 30 zł – koszt uczestnictwa w II etapie programu (badania przesiewowe)
- 100 zł - koszt uczestnictwa w III etapie programu (porada lekarza diabetologa)
- 200 zł - koszt uczestnictwa w IV etapie programu (4 porady dietetyczne x 50 zł)
- 130zł – koszt uczestnictwa pacjenta w etapie II i III
- 330 zł – koszt uczestnictwa pacjenta w etapie II, III i IV

### 2. Planowane koszty całkowite:

Tab. II. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (w złotych).

| Lp. | Rok realizacji  | 2021   | 2022   | 2021-2022 |
|-----|---|--------|--------|-----------|
| 1   | Liczba uczestników programu   | 200    | 200    | 400       |
| 2   | Koszt cząstkowy za akcję informacyjno-edukacyjną (etap I)           | 2 000  | 2 000  | 4 000     |
| 3   | Koszt cząstkowy za interwencje u osób w II etapie (30zł x poz. 1)   | 6 000  | 6 000  | 12 000    |
| 4   | Liczba osób potencjalnie chorych na cukrzycę typu 2*                | 60     | 60     | 120       |
| 5   | Koszt cząstkowy za interwencje u osób w III etapie (100zł x poz. 4) | 6 000  | 6 000  | 12 000    |
| 6   | Koszt cząstkowy za interwencje u osób w IV etapie (200zł x poz. 4)  | 12 000 | 12 000 | 24 000    |
| 7   | Koszt monitoringu i ewaluacji                                       | 1 000  | 1 000  | 2 000     |
| 8   | Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 3 + poz. 5 + poz. 6 + poz.7)         | 27000  | 27000  | 54 000    |

\* przy założeniu, że rozpowszechnienie choroby wynosi około 22-30 %<sup>44</sup>

<sup>44</sup> Raport WHO z 2016 r. „Global Report on Diabetes: i badanie „NCD-RisC” z 2016 r.

### **3. Źródło finansowania.**

Program finansowany z budżetu Gminy Miasto Krosno. Gmina będzie starała się o dofinansowanie 40% kosztów części działań realizowanych w programie w roku 2022 przez Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. z 2017 r. poz. 9).

## Załączniki

### Załącznik 1

#### Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022” (wzór)

##### I. Dane uczestnika programu

|          |  |                      |
|----------|--|----------------------|
| Nazwisko |  | Miejsce zamieszkania |
| Imię     |  | .....                |
| Nr PESEL |  | .....                |

##### II. Zgoda na badania antropometryczne i wypełnienie ankiety kwalifikującej

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu profilaktyki cukrzycy typu 2. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na planowane interwencje.**

.....  
(data i podpis pacjenta)

Załącznik 2

**Karta kwalifikacyjna udziału pacjenta w „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022”**

Niniejszym zaświadczam, że:

u Pana/i ..... urodzonego/ej w dniu .....

zamieszkałego/ej w

.....

nr PESEL .....

rozpoznano/nie rozpoznano\*cukrzycy typu 2.

Na podstawie przeprowadzonej procedury kwalifikuję/nie kwalifikuję\*\* pacjenta do udziału w „Programie profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022”

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis pielęgniarki)

\* niewłaściwe skreślić

Załącznik 3

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022” (wzór)**

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych procedur w ramach programu za okres sprawozdawczy<br><br>od ..... do ..... | Adresat:<br>Urząd Miasta Krosno   |
|                        |  | Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym |

| Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych (liczba wykładów) | Liczba uczestników wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej | Liczba osób z BMI>30 | Liczba osób z BMI>25 | Liczba osób z rozpoznaną cukrzycą |
|--|---|----------------------|----------------------|-----------------------------------|
|  |   |                      |                      |                                   |

| Liczba wykonanych badań antropometrycznych | Liczba udzielonych porad lekarskich | Liczba udzielonych porad dietetycznych |
|--|-------------------------------------|--|
|  |                                     |  |

....., dnia .....

(miejsowość)

(data

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022” (wzór)**

I. Ocena rejestracji

| Jak Pan/Pani ocenia:                                  | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|---|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji? |               |        |             |     |            |
| uprzejmość osób rejestrujących?                       |               |        |             |     |            |
| dostępność rejestracji telefonicznej?                 |               |        |             |     |            |

II. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie badań przesiewowych

| Jak Pan/Pani ocenia:                         | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|--|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?        |               |        |             |     |            |
| poszanowanie prywatności podczas badań?      |               |        |             |     |            |
| staranność wykonywania badań?                |               |        |             |     |            |
| rzetelność udzielania porad pielęgniarskich? |               |        |             |     |            |

III. Ocena dietyka w trakcie porad dietetycznych

| Jak Pan/Pani ocenia:                               | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|--|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| uprzejmość i życzliwość dietetyka?                 |               |        |             |     |            |
| poszanowanie prywatności podczas udzielania porad? |               |        |             |     |            |
| staranność wykonywania porad?                      |               |        |             |     |            |

IV. Ocena porad lekarskich

| Jak Pan/Pani ocenia:                               | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|--|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| uprzejmość i życzliwość lekarza?                   |               |        |             |     |            |
| poszanowanie prywatności podczas udzielania porad? |               |        |             |     |            |
| staranność wykonywania porad?                      |               |        |             |     |            |

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

| Jak Pan/Pani ocenia:                     | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|--|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| czystość w poczekalni?                   |               |        |             |     |            |
| wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)? |               |        |             |     |            |
| dostęp i czystość w toaletach?           |               |        |             |     |            |
| oznakowanie gabinetów?                   |               |        |             |     |            |

V. Dodatkowe uwagi/opinie

|  |
|--|
|  |
|--|



## Uzasadnienie

### **do projektu uchwały w sprawie uchwalenia Programu profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2021-2022.**

Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców należy do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te wynikają z art. 7 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Uwzględniając wyniki analizy dotyczącej stanu zdrowia ludności, w szczególności chorobowość populacji w wieku 19 lat i więcej oraz priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego tj. Zwiększenie skuteczności realizowanych programów profilaktycznych, opracowano „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2019-2021”. W marcu 2020 r. po przeprowadzeniu postępowania konkursowego została podpisana umowa z podmiotem leczniczym na realizację przedmiotowego Programu. We wrześniu br. umowa została rozwiązana na prośbę Zleceniobiorcy, który mając na względzie stan epidemii oraz potencjalne zagrożenie beneficjentów Programu zarażeniem wirusem COVID – 19 nie dostrzegał możliwości realizacji programu.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz możliwość dokonywania w zaopiniowanym już programie polityki zdrowotnej zmian np. w zakresie przesunięcia w czasie realizacji zaplanowanych działań, zostały wyznaczone nowe ramy czasowe realizacji przedmiotowego Programu.

Środki finansowe na realizację w/w Programu zostaną zabezpieczone na podstawie uchwały w sprawie wyrażenia zgody na zaciągnięcie zobowiązania podczas sesji Rady Miasta Krosna w dniu 30 listopada 2020 r.