

Cieszyn, 13 sierpnia 2024 roku

Szanowna Pani

Janina Cichomska

Przewodnicząca Cieszyńskiej Rady Seniorów

BSS.033.25.2024

W odpowiedzi na uchwałę Nr 23/III/24 Cieszyńskiej Rady Seniorów z dnia 21 czerwca 2024 r. w sprawie Programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji medycznej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029, uprzejmie wyjaśniam odnośnie wskazanych kwestii zawartych w opinii do ww. Programu polityki zdrowotnej:

- „Zwiększenie środków na profilaktykę i ochronę zdrowia, w tym na programy zdrowotne skierowane do osób starszych”.

Zwiększenie środków jest uwarunkowane od możliwości budżetu gminy Cieszyn.

- „Populacja docelowa, która w naszej ocenie jest zbyt duża”.

Program polityki zdrowotnej został skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Cieszyn (w tym osób starszych), który jest odpowiedzią na aktualne potrzeby w zakresie rehabilitacji medycznej w gminie Cieszyn. Nie wskazano dokładnie określonej grupy docelowej(65+), z uwagi na wykluczenie pozostałych osób dorosłych.

- „Negatywnie opiniowanie Programu w zakresie: „liczby uczestników, środków przeznaczonych na realizację, stałych kosztów realizacji na poszczególne lata”.

- Liczba uczestników Programu polityki zdrowotnej oraz środków przeznaczonych na realizację została podyktowana realnymi możliwościami budżetu gminy Cieszyn.
- Stałych kosztów realizacji Programu, co do zasady przyjmuje się średnie przewidywane ceny jednostkowe zabiegów obowiązujących na danym obszarze.

Program w zależności od konieczności może ulec zmianom w wyżej wymienionych zakresach oraz innych zapisach. Wprowadzanie zmian w Programie wymaga poinformowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wojewody Śląskiego oraz złożenia stosownej informacji przy składaniu wniosku w zakresie 40% dofinansowania przez NFZ.

- Kryteria kwalifikacji (kryteria włączenia) będą polegały na oświadczeniu, na którym będzie m.in. widniał nr pesel, a przy zawieraniu umowy z wykonawcą będą stosowne zapisy w celu uniknięcia korzystania z Programu osób spoza gminy Cieszyn.

- W Programie jako „koordynatora programu” wskazano Urząd Miejski w ramach, którego działa Biuro Spraw Społecznych. Biuro Spraw Społecznych będzie wdrażało Program polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji medycznej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029. Biuro zgodnie z obszarem swoim działań realizuje zadania w zakresie ochrony zdrowia.

- Informacja odnośnie kwestii „Wydatki na programy zdrowotne w latach 2021-2024”. Plan pierwotny przyjęty uchwałą budżetową na dany rok ulega zmianie w trakcie roku budżetowego. Szczegółowy opis w odniesieniu do lat 2021-2024 znajduje się w poniższym zestawieniu.

Rok	rozdział 85149 plan pierwotny	rozdział 85149 plan po zmianach	rozdział 85149 wykonanie	rozdział 85149 niewykonanie
2014	307 000,00	46 450,20	39 502,55	6 947,65
2015	300 000,00	29 000,00	14 146,74	14 853,26
2016	281 000,00	30 000,00	17 886,27	12 113,73
2017	192 400,00	56 995,00	24 103,64	32 891,36
2018	270 000,00	270 000,00	91 001,59	178 998,41
2019	270 000,00	270 000,00	77 310,00	192 690,00
2020	219 000,00	219 000,00	60 675,00	158 325,00
2021	200 000,00	200 000,00	75 761,57	124 238,43
2022	172 500,00	172 500,00	1 395,85	171 104,15
2023	144 509,00	144 509,00	33 275,68	111 233,32
2024	114 489,30	114 489,30	2 600,00	111 889,30

Rodzaj zrealizowanych działań w ramach wykonanych wydatków za poszczególne lata opisano poniżej.

Rok	Działania
2014	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 39.502,55 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Udzielono dotacji w wysokości 9.908,55 zł następującym stowarzyszeniom: - Stowarzyszeniu Pomocy Wzajemnej „Być Razem” na realizację zadania „Mamą być – zdrowo żyć” na kwotę 1.300,00 zł, - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” na realizację zadania „Zapal się na niebiesko” na kwotę 2.408,55 zł, - Stowarzyszeniu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej, Turystyki i Integracji Osób Niepełnosprawnych na realizację zadania „Akademia Aktywnego Życia” na kwotę 1.200,00 zł, - Związkowi Harcerstwa Polskiego na realizację zadania Harcerski Klub Ratowniczy „Wstrząs” na kwotę 4.500,00 zł, - Stowarzyszeniu Amazonek na organizację warsztatów żywieniowych poprawiających zdrowie Amazonek na kwotę 500,00 zł. W ramach działań związanych z profilaktyką i korektą wad postawy ciała dzieci poniesiono



	wydatki bieżące w wysokości 4.000,00 zł, jako wynagrodzenie dla nauczyciela – koordynatora. Przeprowadzono akcję szczepień ochronnych przeciwko grypie, z której skorzystało 575 osób w wieku powyżej 65 lat, koszt akcji wyniósł 16.100,00 zł. Sfinansowano przesiewowe badania lekarskie w zakresie profilaktyki wad postawy ciała i warsztaty metodyczne dla nauczycieli prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej za kwotę łączną 9.494,00 zł.
2015	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 14.146,74 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Udzielono dotacji w wysokości 10.000,00 zł następującym stowarzyszeniom: - Stowarzyszeniu Pomocy Wzajemnej „Być Razem” na realizację zadania „Mamy dbajmy o zdrowie” - 1.500,00 zł, „W zdrowym ciele zdrowy duch” – 1.800,00 zł, - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” na realizację zadania „Zapal się na niebiesko” na kwotę 1.400,00 zł, - Związkowi Harcerstwa Polskiego na realizację zadania: Harcerski Klub Ratowniczy „Wstrząs” na kwotę 4.300,00 zł, Zawody sportowo – ratownicze województw śląskiego 1.000,00 zł, W ramach działań związanych z profilaktyką i korektą wad postawy ciała dzieci poniesiono wydatki bieżące w wysokości 4.000,00 zł, jako wynagrodzenie dla nauczyciela – koordynatora. Przeprowadzono konkurs dotyczący udzielania pierwszej pomocy, gdzie sfinansowano nagrody za kwotę 146,74 zł.
2016	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 17.886,27 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia następującym stowarzyszeniom: Udzielono dotacji w wysokości 7.459,25 zł następującym stowarzyszeniom: - Stowarzyszeniu Pomocy Wzajemnej „Być Razem” na realizację zadania „Mamy dbajmy o zdrowie” - 1.500,00 zł, - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” na realizację zadania „Zapal się na niebiesko” na kwotę 1.799,57 zł, - Związkowi Harcerstwa Polskiego na realizację zadania: Harcerski Klub Ratowniczy „Wstrząs” (kwota 2.960,00 zł), - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” – zadanie Wybieram zdrowie. Przegląd małych form teatralnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, kwota 1.199,68 zł. W ramach działań związanych z profilaktyką i korektą wad postawy ciała dzieci poniesiono wydatki bieżące w wysokości 4.000,00 zł, jako wynagrodzenie dla nauczyciela – koordynatora. Ponadto za kwotę 2.976,02 zł zakupiono sześć skoliometrów Brunnella – urządzeń służących do rozpoznawania i wstępnej diagnostyki wad postawy ciała, przekazanych szkołom podstawowym do stosowania w ramach realizacji programu gimnastyki korekcyjnej. Środki w wysokości 3.451,00 zł wydatkowano również na badania dzieci uczestniczących w zajęciach gimnastyki korekcyjnej, w ramach ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

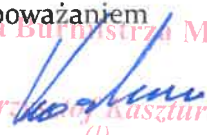


2017	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 24.103,64 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia następującym stowarzyszeniom: Udzielono dotacji w wysokości 6.613,64 zł następującym stowarzyszeniom: - Stowarzyszeniu Pomocy Wzajemnej „Być Razem” na realizację zadania „Mamy dbajmy o zdrowie” – 2.600,00 zł, - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” na realizację zadania „Zapal się na niebiesko” na kwotę 2.529,17 zł, - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” – zadanie Wybieram zdrowie. Przegląd małych form teatralnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną - kwota 1.484,47 zł. W ramach działań związanych z profilaktyką i korektą wad postawy ciała dzieci poniesiono wydatki bieżące w wysokości 13.000,00 zł, jako wynagrodzenie dla nauczyciela – koordynatora. Ponadto środki w wysokości 4.490,00 zł wydatkowano również na badania dzieci uczestniczących w zajęciach gimnastyki korekcyjnej, w ramach ewaluacji programu polityki zdrowotnej.
2018	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 91.001,59 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia następującym stowarzyszeniom: Udzielono dotacji w wysokości 6.915,59 zł następującym stowarzyszeniom: - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” na realizację zadania „Zapal się na niebiesko” - program edukacyjny dotyczący tematyki autyzmu oraz zaburzeń z jego spektrum na kwotę 2.515,59 zł oraz na zadanie „Wybieram zdrowie. Przegląd małych form teatralnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną” 1.500,00 zł, - Związkowi Harcerstwa Polskiego Chorągiew Śląska Hufiec Ziemi Cieszyńskiej – Harcerskiemu Klubowi Ratownicemu „Wstrząs” na realizację zadania z zakresu pierwszej pomocy na kwotę 2.900,00 zł. W ramach działań związanych z profilaktyką i korektą wad postawy ciała dzieci poniesiono wydatki bieżące w wysokości 39.618,00 zł, jako wynagrodzenie dla nauczyciela – koordynatora. Wydatkowano środki na realizację programów polityki zdrowotnej – szczepienia przeciwko grypie dla osób w wieku 65+ oraz profilaktyki próchnicy dzieci w wieku 5 lat (44.468,00 zł).
2019	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 77.310,00 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Udzielono dotacji w wysokości 8.100,00 zł następującym stowarzyszeniom: - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” na realizację zadania „Zapal się na niebiesko” - program edukacyjny dotyczący tematyki autyzmu oraz zaburzeń z jego spektrum na kwotę 2.600,00 zł oraz na zadanie „Wybieram zdrowie. Przegląd małych form teatralnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną” 1.500,00 zł, - Stowarzyszeniu Amazonki na realizację zadania pn. „Program poprawy zdrowia Amazonki” 4.000,00 zł. W ramach działań związanych z profilaktyką i korektą wad postawy ciała dzieci poniesiono wydatki bieżące w wysokości 39.870,00 zł, jako wynagrodzenie dla nauczyciela – koordynatora. Wydatkowano środki na realizację programów polityki zdrowotnej – szczepienia przeciwko grypie dla osób w wieku 65+ lat- 29.340,00 zł (w ramach programu zaszczepiły się 652 osoby).

2020	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 60.675,00 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Udzielono dotacji w wysokości 2.240,00 zł Stowarzyszeniu Pomocy wzajemnej „Być Razem” (Cieszyn, ul. ks. Janusza 3) w ramach zadania pn. „Rodzice – dbajmy o zdrowie” współfinansowanie działań edukacyjnych. W ramach działań związanych z profilaktyką i korektą wad postawy ciała dzieci poniesiono wydatki bieżące w wysokości 22.850,00 zł, jako wynagrodzenie dla nauczyciela – koordynatora. Wydatkowano środki na realizację programów polityki zdrowotnej – szczepienia przeciwko grypie dla osób w wieku 65+ lat- 35.585,00 zł (w ramach programu zaszczepiły się 647 osoby).
2021	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 75.761,57 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Sfinansowano prowadzenie zajęć z gimnastyki korekcyjnej w publicznych szkołach podstawowych Nr 1, 2, 4, 5 i 7 (44.441,57 zł). Wydatkowano środki na realizację programu polityki zdrowotnej – szczepienia przeciwko grypie dla osób w wieku 65+ - 31.320,00 zł (w ramach programu zaszczepiły się 522 osoby). Z uwagi na wprowadzenie od dnia 23 listopada 2021 r. możliwości bezpłatnego (tzn. finansowanego ze środków publicznych) zaszczepienia się przez osoby od 18 roku życia, szczepienie finansowane z budżetu miasta zostało zakończone. W 2021 r. nie przyznano żadnej dotacji na realizację zadań z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia realizowanych przez organizacje prowadzące działalność pożytku publicznego, nie wpłynęły również w tym zakresie żadne ofert w ramach tzw. małych grantów. Ponadto z uwagi na sytuację epidemiczną związaną z pandemią COVID-19 oraz ograniczone z tego powodu możliwości finansowe budżetu miasta nie realizowano Pilotażowego programu profilaktyki próchnicy u dzieci 5-letnich, uczęszczających do cieszyńskich przedszkoli, a z uwagi na brak dostępnej w skali całego kraju szczepionki nie przystąpiono do realizacji Programu zapobiegania czynnikom ryzyka raka szyjki macicy – szczepienia przeciw HPV dla dziewcząt 12 letnich w gminie.
2022	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 1 395,85 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Udzielono dotacji w wysokości 1 095,85 zł następującym stowarzyszeniom: - Stowarzyszeniu na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” dotację w wysokości 1 095,85 zł. W wyniku końcowego rozliczenia kosztów prowadzenie zajęć gimnastyki korekcyjnej w grudniu 2021 r. w Szkole Podstawowej nr 5, wykonawcy zadania wypłacono wynagrodzenie w wysokości 300,00 zł. Program gimnastyki korekcyjnej został zakończony w roku 2021. W roku 2022 wstrzymano realizację programu polityki zdrowotnej obejmującego szczepienia przeciwko grypie dla osób w wieku 65+, z uwagi na wprowadzenie możliwości bezpłatnego (tzn. finansowanego ze środków publicznych) zaszczepienia się przez osoby od 18 roku życia. Tym samym nie finansowano szczepień przeciwko grypie z budżetu miasta. Ponadto nie przystąpiono do realizacji Programu zapobiegania czynnikom ryzyka raka szyjki macicy – szczepienia przeciw HPV dla dziewcząt 12 letnich w gminie z uwagi na brak podmiotów zainteresowanych jego realizacją – na dwa ogłoszone konkursy (jeden przez Wydział OŚR, jeden przez Biuro Spraw Społecznych) nie wpłynęła żadna oferta.

2023	Zrealizowano wydatki w łącznej wysokości 33 275,68zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Udzielono dotacji w wysokości 4.985,68 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia następującym stowarzyszeniom: - Fundacji „Ster” na realizację zadania publicznego pt. „Siedem metrów pod ziemią” - 4.000,00 zł, - Stowarzyszenia na Rzecz Harmonijnego Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Nasze Dzieci” na realizację zadania publicznego pt. „Wybieram Zdrowie” – V edycja - plan 1.000,00 zł, wykorzystano kwotę 985,68 zł. Kwota 28.290,00 zł przeznaczona została na dokument pn. „Opracowanie lokalnej strategii polityki zdrowotnej na lata 2023-2028” oraz na opracowanie na tej podstawie dwóch programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców Miasta Cieszyna wraz z pełnieniem usług doradczej. Programy dotyczyły: - profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029, - polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029.
2024	Na działania związane z realizacją programów zdrowotnych, zaplanowano środki, które zostaną przeznaczone na realizację zadań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w postaci dotacji dla organizacji pozarządowych wyłonionych w drodze konkursu oraz realizacji programów zdrowotnych (Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego oraz Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn) w wysokości 114.489,30 zł. Udzielono dotacji w wysokości 2.600,00 zł w zakresie ochrony i promocji zdrowia Stowarzyszeniu Cieszyński Uniwersytet III Wieku na realizację zadania publicznego pt. „Poprawa zdrowia i jakości życia poprzez aktywne uczestnictwo w Ogólnopolskiej Zimowej Spartakiadzie”.

Dziękuję Cieszyńskiej Radzie Seniorów za pracę i zaangażowanie na rzecz lokalnej społeczności.

Z poważaniem

 Krzysztof Kasztura
 (1)

Rozdzielnik:

1 x Przewodnicząca Cieszyńskiej Rady Seniorów – Pani Janina Cichomska,
 1 x Przewodniczący Rady Miejskiej Cieszyna – Pan Janusz Kołder,
 1 x BSS a/a.

Załączniki:

1 x Uchwała Nr LVII/678/23 z dnia 26 października 2023 r. w sprawie uchwalenia Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna,
 1 x Uchwała Nr III/25/24 z dnia 26 czerwca 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029,
 1 x Projekt „Programu profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”.

**UCHWAŁA NR LVII/678/23
RADY MIEJSKIEJ CIESZYNA**

z dnia 26 października 2023 r.

w sprawie uchwalenia Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 2 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U.z 2023 poz. 40 z późn. zm.)

**Rada Miejska Cieszyna
uchwała, co następuje:**

- § 1. Przyjmuje się Lokalną Strategię Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna, stanowiącą załącznik do uchwały.
- § 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Cieszyna.
- § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej Cieszyna

Remigiusz Jankowski

Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna



Cieszyn, 2023

Lokalną Strategię Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna opracowano pod kierunkiem zespołu koordynującego jego realizację z ramienia Biura Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Cieszynie.

Strategia powstała przy współpracy z firmą CHILICO – Karolina Sobczyk, w ramach której możliwy był merytoryczny udział i wsparcie niniejszych osób:

- 1) dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk,
- 2) dr hab. n. o zdrowiu Joanna Woźniak-Holecka.

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie.....	6
2. Podstawy prawne opracowania dokumentu	12
3. Metodologia badań i opracowania strategii	16
3.1. Cel główny i cele szczegółowe	16
3.2. Okres realizacji i materiał badawczy.....	16
3.3. Metody badawcze.....	17
3.4. Wykorzystane oprogramowanie.....	18
3.5. Opracowanie celów strategicznych i operacyjnych dla regionalnej polityki działań zdrowotnych miasta Cieszyna	18
4. Struktura demograficzna i ruch naturalny ludności	20
5. Zasoby ochrony zdrowia	26
5.1. Podstawowa opieka zdrowotna	26
5.2. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	27
5.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.....	27
5.4. Leczenie szpitalne	31
5.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	33
5.6. Rehabilitacja lecznicza.....	35
5.7. Leczenie stomatologiczne	36
5.8. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	36
5.9. Opieka paliatywna i hospicyjna	37
5.10. Ratownictwo medyczne	38
5.11. Apteki	38
6. Stan zdrowia ludności	41
6.1. Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w mieście Cieszynie	42
6.2. Problemy zdrowotne dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna.....	44
6.3. Umieralność	69

6. 4. Ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i oczekiwań w zakresie zdrowia publicznego w populacji dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna	74
7. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla Miasta Cieszyna	89
PRIORYTET 1: Profilaktyka chorób układu krążenia	89
PRIORYTET 2: Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów	91
PRIORYTET 3: Profilaktyka nadwagi i otyłości.....	93
PRIORYTET 4: Profilaktyka uzależnień	95
PRIORYTET 5: Promocja zdrowia psychicznego	100
PRIORYTET 6: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne	102
PRIORYTET 7: Wyzwania demograficzne	104
8. Koszty realizacji zaplanowanych działań	107
9. Monitoring i ewaluacja.....	107
10. Spis tabel	108
11. Spis rycin.....	111
12. Piśmiennictwo	113
13. Załącznik 1 – kwestionariusz ankiety	116

Wykaz skrótów

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
BDL – Bank Danych Lokalnych
CAWI – ankieta internetowa (<i>Computer Assisted Web Interviews</i>)
COK Dom Narodowy – Cieszyński Ośrodek Kultury „Dom Narodowy” w Cieszynie
COVID-19 – choroba zakaźna układu oddechowego wywołana wirusem SARS-CoV-2
CUW – Centrum Usług Wspólnych Urzędu Miejskiego w Cieszynie
GKRPA – Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Cieszynie
GUS – Główny Urząd Statystyczny w Warszawie
IEA – Międzynarodowe Stowarzyszenie Epidemiologów
INFZ – Informator NFZ o Zawartych Umowach
MOPS – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Cieszynie
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO – organizacja pozarządowa
NPZ – Narodowy Program Zdrowia
BSS - Biuro Spraw Społecznych
PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie
PES – podmioty ekonomii społecznej
POW – Powiatowy Ośrodek Wsparcia dla Osób Dotkniętych Przemocą w Rodzinie w Cieszynie
POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
PPP – Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Cieszynie
PPZ – Program Polityki Zdrowotnej
PUP – Powiatowy Urząd Pracy w Cieszynie
RPWDL – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
Śląski OW NFZ – Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
UM – Urząd Miejski w Cieszynie
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
ZI – Zespół Interdyscyplinarny do spraw przeciwdziałania przemocy w rodzinie w Cieszynie
ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta
ZPPP – Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych
ZZOZ – Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie

1. WPROWADZENIE

Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej dla Miasta Cieszyzna na lata 2023-2028 została opracowana w celu określenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców, co pozwoliło na zdefiniowanie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej Miasta Cieszyzna, których realizację uznano za niezbędną dla poprawy kondycji zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego ludności miasta. Sporządzenie Strategii poprzedziła szczegółowa analiza aktualnej sytuacji epidemiologicznej i demograficznej, a także identyfikacja zasobów w zakresie lokalnego potencjału ochrony zdrowia.

Według definicji Międzynarodowego Stowarzyszenia Epidemiologów (IEA) zdrowie publiczne jest to „zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania zdrowia”¹, realizowany zgodnie z zasadami solidaryzmu społecznego i współodpowiedzialności oraz bardzo silnie powiązany z odpowiedzialnością państwa za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. W polskim ustawodawstwie możemy znaleźć odniesienie do tego zapisu, pod postacią zadań i obowiązków władzy publicznej w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych (art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej)².

Definicja zdrowia publicznego wg Winslowa określa zdrowie publiczne jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich, ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”³. W świetle powyższej definicji jednym z celów jest również zapewnienie całej populacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ich potrzebami zdrowotnymi. To w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych inicjowane są i organizowane wysiłki instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych, w celu osiągnięcia zdrowia na odpowiednim, pożądanym poziomie⁴.

¹ Miquel Porta: A Dictionary of Epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19-53149-6.

² Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej [Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 z późn. zm.].

³ C. E. A. Winslow, The untitled fields of public health. Science N.S. 1920, 51, 22 - 33 [za:] C.E.A. Winslow. The evolution and significance of the modern public health campaign. New Haven, Yale University Press, 1923.

⁴ J. Frank, J.L. Bobadilla, J. Sapielveda, J.Rosenthal, E. Ruelas, A conceptual model for Public Health Research; PAHO Bulletin 1988, 22, s. 60-71.

Pojęcie zdrowia publicznego podlegało prawom ewolucji, która pozwoliła z czasem na wyłonienie tzw. nowego zdrowia publicznego. Zdaniem Millera i Wysockiego pojęcie to oznacza: „naukę i kompleksowe postępowanie zmierzające do zachowania i umacniania zdrowia ludności w wymiarze makrospołecznym i lokalnym”⁵. Wiąże się to z aktywnym zaangażowaniem ludzi, a także podmiotów z różnych sektorów społecznych i gospodarczych, administracji państwowej, a w szczególności samorządów terytorialnych w celu poprawy stanu zdrowia ludności. Inaczej mówiąc zdrowie publiczne łączy teorię z praktyką działań systemowych i populacyjnych⁶.

Promocja zdrowia wyłoniła się jako ruch społeczny w latach 70-tych XX wieku, będąc pokłosiem badań epidemiologicznych, które wskazywały na indywidualne zachowania ludzi jako główny czynnik determinujący zdrowie jednostek i w konsekwencji całych społeczeństw. Wskutek badań takich, jak np. Framingham Heart Study⁷ czy Raport Lalonde’a⁸, stopniowo zmieniano tradycyjny paradygmat biomedyczny zdrowia na podejście holistyczne, uwzględniające biopsychospołeczny kontekst determinantów zdrowia. Nowe Zdrowie Publiczne, którego początek datowany jest na lata 80-tych XX wieku, stanowi pokłosie tych badań i obecnie obejmuje różnego rodzaju programy i działania promocji zdrowia, skoncentrowane wokół takich dziedzin jak: edukacja zdrowotna, polityka zdrowotna i profilaktyka chorób i obejmując swoim zasięgiem oddziaływania ukierunkowane na poprawę i umocnienie zdrowia społeczeństwa⁹.

Rozwój promocji zdrowia wynikał przede wszystkim z faktu, iż w strukturze zachorowalności oraz umieralności zaczynają dominować nowe zagrożenia zdrowotne, które powiązane są w sposób ścisły z rozwojem technologicznym oraz rozwojem cywilizacyjnym. Ponadto stwierdzono, że dotychczasowe metody czy środki wykorzystywane do szeroko pojętej ochrony zdrowia okazywały się niewystarczające dla uzyskania poprawy stanu zdrowia społeczeństw na całym świecie, zakładanej przez międzynarodowe grupy eksperckie. Biorąc pod uwagę charakterystykę tych nowych zagrożeń zdrowotnych oraz niejednokrotnie

⁵ M. Wysocki. M. Miller, Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne, Przegląd Epidemiologiczny, 2003; 57. (3): 506 – 511, [za:] Janusz Opolski (red.), Zdrowie Publiczne, Wybrane zagadnienia tom. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Warszawa 2011, s. 20.

⁶ J. Opolski, Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia [w:] Janusz Opolski (red.), Zdrowie Publiczne, Wybrane zagadnienia tom. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Warszawa 2011, s. 16.

⁷ M. Higgins, W. Kannel, R. Garrison et al.: Hazards of obesity: the Framingham experience. Acta Med. Scand. 1988; 723: 23-36.

⁸ M. Lalonde A New perspective on the health of Canadians, A working document Government of Canada, Ottawa, 1974.

⁹ Ibidem.

ich przewlekły charakter, coraz większe znaczenie zaczęto przypisywać działaniom edukacji zdrowotnej i profilaktyki, zarówno zdrowotnej, jak i profilaktyki chorób¹⁰.

Wynikiem prac ekspertów w trakcie Pierwszej Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, która odbyła się w 1986 roku w Ottawie, było określenie pięciu priorytetowych kierunków działań, których podjęcie było niezbędne dla stworzenia efektywnej strategii promocji zdrowia¹¹. Pierwszym priorytetem jest budowanie polityki zdrowia publicznego. Rozwój polityki zdrowia publicznego zależy od prywatnych i publicznych sektorów, leżących głównie poza konwencjonalnymi interesami agencji zdrowia. Znajdują się one w ustawodawstwie dotyczącym ochrony środowiska, polityce podatkowej, zaopatrzeniowej, warunkach pracy, prawie i jego egzekwowaniu oraz w dziedzinie bezpieczeństwa. Kolejny element to tworzenie środowisk wspierających, czyli kreowanie obszaru, w którym ludzie mogą rozwijać potencjał zdrowotny. Karta wskazuje na istotność socjalnych, ekonomicznych, i środowiskowych czynników w budowaniu ludzkiego doświadczenia zdrowotnego. Trzeci priorytet działań stanowi rozwój umiejętności indywidualnych, ponieważ zachowanie i styl życia odgrywają kluczową rolę w promowaniu zdrowia. Następne wyzwanie stojące przed promocją zdrowia to wzmacnianie działań społecznych. Zwiększanie aktywności społecznej odnosi się do tych czynności, które potęgują zdolność społeczeństw do osiągania zmian w ich fizycznym środowisku w celu budowania doświadczeń zdrowotnych. Wśród działań na rzecz wzmacniania środowisk wspierających zdrowie szczególną uwagę należy zwrócić na stwarzanie lokalnemu społeczeństwu warunków do działań na rzecz zdrowia, a zwłaszcza na popieranie prozdrowotnych postaw oraz poszerzanie wiedzy i umiejętności w promowaniu własnego i wspólnego zdrowia, a także na wzrost jakości życia obywateli, pamiętając, że angażowanie społeczeństwa do działań prozdrowotnych i stałe zwiększanie jego uczestnictwa stanowi jeden z podstawowych elementów promocji zdrowia. Ostatnim punktem jest zadanie reorientacji organizacji opieki zdrowotnej w kierunku kształtowania systemu opartego na społeczeństwie, przyjaznego dla pacjentów i dobrze kontrolowanego, a równocześnie skupionego głównie na zdrowiu. Założenia Karty Ottawskiej pozostają aktualne do dziś.

Za podstawowe narzędzie promocji zdrowia uważa się edukację zdrowotną, czyli proces oparty na naukowych zasadach, stwarzający sposobność planowego uczenia się

¹⁰ Woźniak-Holecka J. Cele i zadania promocji zdrowia [w:] Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna z elementami pedagogiki (red. Woźniak-Holecka J., Brackowski R.), SUM, Katowice 2014, s. 9.

¹¹ Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986–WHO/HPR/HEP/95.1.

i zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowanie zgodnie z nimi. Edukacja, odpowiadając na wyzwania związane z promocją zdrowia, powinna w celu zwiększenia skuteczności podejmowanych działań stosować innowacyjne rozwiązania i technologie edukacyjne, jak również wielosektorowe i wielodyscyplinarne podejście, formułować strategie związane z różnymi poziomami społecznego oddziaływania (od rządowego poprzez wszystkie poziomy polityki samorządowej aż po poziom indywidualny)¹². Szczególnie istotny jest tu poziom indywidualny, obejmujący aktywność, chęć udziału i zaangażowanie jednostek, co w następstwie zdarzeń wpływa na poziom zdrowotności globalnej.

Profilaktyka zdrowotna stanowi wraz z edukacją zdrowotną i polityką zdrowotną istotę promocji zdrowia i dostarcza narzędzi do zapobiegania chorobom cywilizacyjnym. Prewencja chorób jest możliwa na każdym etapie naturalnej historii choroby i polega na¹³:

- minimalizowaniu wpływu czynników ryzyka chorób (profilaktyka I-rzędowa),
- wczesnym wykrywaniu choroby przy użyciu testów przesiewowych (profilaktyka II-rzędowa),
- zapobieganiu nawrotom lub następstwom choroby – powikłaniom i inwalidztwu (profilaktyka III-rzędowa), na każdym stopniu oferując szerokie spektrum narzędzi i użytecznych metod.

Z kolei podział względem stopnia ryzyka zakłada profilaktykę¹⁴:

- selektywną (skierowaną do grupy zwiększonego ryzyka),
- wskazującą (kierowaną do grupy, u której rozwinęły się już symptomy zaburzeń)
- uniwersalną (skierowaną do całej populacji).

Ta klasyfikacja jest przydatna w trakcie planowania programów zdrowotnych i innych działań uwzględniających charakterystykę grupy docelowej. Realizacja poszczególnych rodzajów prewencji chorób nie jest oczywiście możliwa bez instytucjonalnych, zaplanowanych i koordynowanych przez odpowiednie instytucje działań.

Na poziomie samorządów profilaktyka chorób realizowana jest we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i właściwymi ministrami (lub niezależnie od nich), w ramach tzw. programów polityki zdrowotnej (PPZ). Opracowywanie, wdrażanie, realizacja

¹² J. Woźniak-Holecka, T. Holecki, Promocja zdrowia w kompetencjach samorządu województwa, w: Ryszard Walkowiak, Roman Lewandowski (red.) Zarządzanie w ochronie zdrowia. Finanse i zasoby ludzkie, Wydawnictwo Olsztyńskiej Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania im. Prof. Kotarbińskiego, Olsztyn 2011.

¹³ Caplan R. The importance of social theory for healthpromotion: from description to reflexivity. Health Promot Int 1993, 8(2): 147-157.

¹⁴ Szymańska J. Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki, wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012.

i finansowanie świadczeń medycznych w ramach założeń programów zdrowotnych wynika z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵. Programy zdrowotne są definiowane jako „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w przyjętych ramach czasowych osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i realizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców”. Programy te dotyczą przede wszystkim aktualnych zjawisk epidemiologicznych lub innych istotnych problemów zdrowotnych i są kierowane do lokalnych społeczności.

Państwo nie tylko pełni rolę gwaranta sprawiedliwej dystrybucji produktów zakwalifikowanych do kategorii świadczeń zdrowotnych, ale w szczególnych przypadkach nawet do niej przymusza, np. w sytuacji wystąpienia epidemii chorób zakaźnych, czego dobitnym przykładem była pandemia koronawirusa. Epidemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, szybko wywarła wpływ nie tylko na decyzje podejmowane przez rządy poszczególnych państw, ale i na wydolność publicznych systemów opieki zdrowotnej¹⁶. W warunkach pandemii zareagowano wprowadzając nadzwyczajne środki w celu zapobiegania i ograniczenia rozprzestrzeniania się epidemii. Zachowanie milionów osób uległo znaczącym zmianom, a globalny, wielopoziomowy i wymagający przygotowania do nowych warunków życia i pracy proces dostosowawczy, rozpoczął się wraz z wydaniem przez Światową Organizację Zdrowia wytycznych dotyczących zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym¹⁷. Wiele organizacji, w trosce o swoich pracowników, zmieniło dotychczasowe procedury zarządzania. Przed szczególnie trudnymi wyzwaniem stanęli zarządzający w organizacjach świadczących usługi medyczne, ponieważ poziom ekspozycji ich pracowników na negatywne czynniki uniemożliwiający prawidłowe świadczenie pracy był najwyższy.

Z konstytucyjnej odpowiedzialności państwa za zdrowie swoich obywateli wynika także obowiązek planowania i realizowania społecznej polityki zdrowotnej. Najważniejszą strategią służącą poprawie stanu zdrowia populacji Polski, z punktu widzenia promocji zdrowia, jest Narodowy Program Zdrowia¹⁸, do którego realizacji angażowanych jest wiele

¹⁵ Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.].

¹⁶ European Observatory of Health Systems and Policies [<https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>; dostęp: 21.04.2022].

¹⁷ Social Europe [www.socialeurope.eu/a-european-public-health-facility; dostęp: 21.04.2023].

¹⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

różnych podmiotów, od poziomu centralnego do lokalnego. Drugim istotnym programem jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁹, wychodzący naprzeciw narastającym problemom psychicznym, z jakimi w ostatnich latach boryka się coraz więcej osób w Polsce. Strategie te, wzajemnie się uzupełniając, mogą w perspektywie wieloletniej przyczynić się do trwałej poprawy stanu zdrowia populacji Polski.

Opracowana Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej dla Miasta Cieszyna na lata 2023-2028 ma charakter wielosektorowy, obejmujący realizację przedsięwzięć z obszaru placówek ochrony zdrowia, organizacji edukacyjnych, społecznych i innych. Zaplanowane priorytety dla polityki zdrowotnej miasta obejmują liczne zadania zdrowia publicznego, przede wszystkim z zakresu opisywanej powyżej promocji zdrowia i jej głównych narzędzi (edukacji zdrowotnej, profilaktyki i polityki zdrowotnej). Niniejsza strategia przyczynić się może do pozytywnych zmian, mających na celu poprawę stanu zdrowia mieszkańców Cieszyna.

¹⁹ Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12368306>; dostęp: 12.04.2023].

2. PODSTAWY PRAWNE OPRACOWANIA DOKUMENTU

Lokalną Strategię Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyina opracowano na podstawie:

- 1) art. 68 ust. 2-3 ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej [Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 z późn. zm.], zgodnie z którym „2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa” oraz „3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”;
- 2) art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 40 z późn. zm.], zgodnie z którym „1. Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy: 5) ochrony zdrowia”;
- 3) art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.], zgodnie z którym „Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności: 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej”;
- 4) art. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561], zgodnie z którym „Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności: 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;

- 4) *podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy*”);
- 5) art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym [Dz.U. 2022 poz. 1608], zgodnie z którym *„Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizując, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia”*;
- 6) art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym [Dz.U. 2022 poz. 1608], zgodnie z którym *„Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują: 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa; 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych; 3) promocję zdrowia; 4) profilaktykę chorób; 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa”; 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych*.
- 7) pkt. II załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642], zgodnie z którym *jednostki samorządu terytorialnego są realizatorem wybranych zadań służących realizacji celów operacyjnych NPZ*.

Diagnoza stanu zdrowia oraz ocena stanu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i oczekiwań w zakresie zdrowia publicznego, będąca integralną częścią Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna, stanowi rozpoznanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁰. Ponadto dokument ten wpisuje się w cel strategiczny Narodowego

²⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.]

Programu Zdrowia na lata 2021-2025²¹ pn. „Zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu”.

Strategia stanowić będzie punkt wyjścia do opracowywania programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48-48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²². Diagnozę stanu zdrowia mieszkańców wykonano zgodnie z rekomendacją Najwyższej Izby Kontroli, w ocenie której *„Punktem wyjścia do opracowywania i skutecznego wdrażania programów polityki zdrowotnej powinny być lokalne/regionalne strategie zdrowotne, uwzględniające m.in. dane z zakresu demografii, epidemiologii oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z analizą uwarunkowań społecznych”*²³.

Ponadto Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna wpisuje się w założenia następujących dokumentów strategicznych:

- 1) Światowa Deklaracja Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”²⁴;
- 2) „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”²⁵;
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁶;
- 4) Wojewódzki plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026²⁷;
- 5) Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie i Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2024²⁸;
- 6) Gminny Program Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026²⁹;
- 7) Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2025³⁰;

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

²² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych... op. cit.

²³ Informacja o wynikach kontroli „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 19.08.2016, s. 8, 41 [10/2016/P/15/063/KZD].

²⁴ HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region [euro.who.int; dostęp: 14.03.2023r.].

²⁵ Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 14.03.2023r.].

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

²⁷ Wojewódzki plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 [https://www.katowice.uw.gov.pl/]

²⁸ https://bip.um.cieszyn.pl/arttykul/1588/30400/gminny-program-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie-i-ochrony-ofiar-przemocy-w-rodzinie-miasta-cieszyna-na-lata-2021-2024 [dostęp: 26.04.2023].

²⁹ https://bip.um.cieszyn.pl/arttykuly/2540/gminny-program-rewitalizacji-miasta-cieszyna-do-roku-2026 [dostęp: 26.04.2023].

- 8) Gminny Program Wspierania Rodziny Miasta Cieszyn na lata 2022-2024³¹;
- 9) Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Miasta Cieszyna na rok 2023.

³⁰ <https://bip.um.cieszyn.pl/artykuly/2558/gminna-strategia-rozwiazywania-problemow-spolecznych-miasta-cieszyna-na-lata-2021-2025> [dostęp: 26.04.2023].

³¹ <https://bip.um.cieszyn.pl/artykuly/2588/gminny-program-wspierania-rodziny-miasta-cieszyna-na-lata-2022-2024> [dostęp: 26.04.2023].

3. METODOLOGIA BADAŃ I OPRACOWANIA STRATEGII

3.1. Cel główny i cele szczegółowe

Zasadniczym celem opracowania Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna jest określenie kierunków i obszarów działań służących poprawie stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców miasta.

Wśród celów szczegółowych znajdują się:

- 1) Analiza struktury demograficznej miasta Cieszyna;
- 2) Ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na terenie miasta Cieszyna z ograniczeniem do liczby podmiotów leczniczych działających na rynku publicznym;
- 3) Określenie potrzeb zdrowotnych oraz oczekiwań w zakresie zdrowia publicznego mieszkańców miasta Cieszyna;
- 4) Wskazanie priorytetowych kierunków działań dla Miasta Cieszyna w obszarze polityki zdrowotnej, w tym szczególnie w odniesieniu do realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej oraz innych zadań z zakresu zdrowia publicznego.

3.2. Okres realizacji i materiał badawczy

Prace nad opracowaniem Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna prowadzono w okresie 13.03.2023-26.05.2023.

W ramach pracy dokonano przeglądu i analizy obowiązujących aktów prawnych dotyczących zadań samorządów powiatowych w obszarze polityki zdrowotnej w Polsce oraz pozyskano materiał badawczy, który stanowiły:

- 1) Dane statystyczne pochodzące z następujących ogólnodostępnych baz danych:
 - Bank Danych Lokalnych (BDL; bdl.stat.gov.pl),
 - Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL; rpwdl.csioz.gov.pl),
 - Informator NFZ o Zawartych Umowach (INFZ; aplikacje.nfz.gov.pl/umowy),
 - Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP; zip.nfz.gov.pl);
- 2) Dane statystyczne publikowane w postaci raportów przez Główny Urząd Statystyczny (GUS; <http://stat.gov.pl>);

- 3) Dane statystyczne pozyskane na wniosek o udostępnienie informacji publicznej z Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - liczba rozpoznań chorób i problemów zdrowotnych wg klasyfikacji ICD-10 z wyłączeniem grupy O00-O99 (Cięża, poród i połóg), grupy R00-R99 (Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań) oraz Z00-Z99 (Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia);
- 4) Dane statystyczne pozyskane na wniosek o udostępnienie informacji publicznej z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 5) Dane pochodzące z autorskiego kwestionariusza ankiety skierowanego do mieszkańców miasta Cieszyna.

3.3. Metody badawcze

Metodologię badania oparto na analizie porównawczo-opisowej. Część teoretyczna poprzedzona została pogłębionymi studiami literatury przedmiotu, studiami prawa krajowego, analizą dokumentów strategicznych oraz informacji udostępnianych przez wyspecjalizowane instytucje publiczne.

W części empirycznej przeprowadzono badanie kwestionariuszowe nakierowane na ocenę stanu zdrowia, rozpoznanie potrzeb zdrowotnych oraz oczekiwań w zakresie zdrowia publicznego mieszkańców miasta Cieszyna (załącznik 1). Badanie przeprowadzono metodą ankiety internetowej CAWI (Computer Assisted Web Interviews). Kwestionariusze zostały przygotowane w Formularzach Google, a odpowiedzi gromadzone były automatycznie w Arkuszach Google. Do dystrybucji ankiet wykorzystano kontakt z potencjalnymi odbiorcami w formie:

- mailingu – linki do kwestionariuszy, wraz z prośbą o dalsze udostępnianie wiadomości, zostały wysłane drogą elektroniczną do wszystkich przedszkoli oraz szkół na terenie miasta, a także licznych instytucji sektora finansów publicznych (urzędy i ich jednostki organizacyjne), wybranych podmiotów leczniczych oraz największych przedsiębiorców działających na terenie miasta;
- publikacji w mediach społecznościowych – post z linkiem do kwestionariusza ankiety opublikowano na profilu Facebook należącym do Wykonawcy, gdzie korzystano z usług promowania posta wśród osób z grupy docelowej (dorośli mieszkańcy miasta Cieszyna).

3.4. Wykorzystane oprogramowanie

Lokalną Strategię Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna opracowano przy użyciu programów Microsoft Word oraz Microsoft Excel pakietu Microsoft Office.

3.5. Opracowanie celów strategicznych i operacyjnych dla regionalnej polityki działań zdrowotnych miasta Cieszyna

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla Miasta Cieszyna opracowano na podstawie wniosków płynących z analizy pozyskanych danych, a także z uwzględnieniem określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469], celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642], Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa śląskiego³² oraz Map Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026 (rekomendowane kierunki działań dla województwa śląskiego)³³.

Aktualne ogólnokrajowe priorytety zdrowotne są następujące³⁴:

- 1) zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego oraz cukrzycy;
- 2) rehabilitacja;
- 3) przeciwdziałanie występowaniu otyłości;
- 4) ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji;
- 5) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 6) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii;
- 7) tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania;
- 8) poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- 9) poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia;

³² Wojewódzki plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026... op. cit.

³³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych... op. cit.

10) zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi i niepełnosprawnymi.

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Cele operacyjne obejmują³⁵:

- 1) profilaktykę nadwagi i otyłości,
- 2) profilaktykę uzależnień,
- 3) promocję zdrowia psychicznego,
- 4) zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne,
- 5) wyzwania demograficzne.

Wśród głównych obszarów działań w województwie, zgodnie z Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa śląskiego, znajdują się³⁶:

- 1) Czynniki ryzyka i profilaktyka,
- 2) Podstawowa opieka zdrowotna,
- 3) Ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- 4) Leczenie szpitalne,
- 5) Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 6) Rehabilitacja medyczna,
- 7) Opieka długoterminowa,
- 8) Opieka paliatywna i hospicyjna,
- 9) Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- 10) Kadry,
- 11) Sprzęt medyczny.

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu... op. cit.

³⁶ Wojewódzki plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026... op. cit.

4. STRUKTURA DEMOGRAFICZNA I RUCH NATURALNY LUDNOŚCI

Miasto Cieszyn według GUS w roku 2022 zamieszkiwało 33 251 osób, z czego 47,1% stanowili mężczyźni (15 665 osób), a 52,9% kobiety (17 586 osób). W roku 2011 mieszkańców było 36 178 – w analizowanym okresie (2011-2022) odnotowano spadek liczby mieszkańców na poziomie ok. 8%.

Struktura płci ludności w mieście Cieszynie jest zbliżona do struktur obserwowanych w województwie śląskim oraz w kraju. Za trend negatywny uznać należy niższy, w porównaniu do całego województwa oraz kraju, udział procentowy ludności w wieku przedprodukcyjnym w ogóle ludności. Odsetek mieszkańców miasta w wieku przedprodukcyjnym w ogóle ludności jest o 0,4 p.p. (punktu procentowego) niższy od tego obserwowanego w województwie oraz o 1,4 p.p. niższy wartości ogólnokrajowej. Z kolei odsetek mieszkańców miasta w wieku poprodukcyjnym w ogóle ludności jest o 2,7 p.p. wyższy od odnotowanego w województwie śląskim oraz o 4,2 p.p. wyższy od odsetka dla kraju. Wartość wskaźnika obciążenia demograficznego w mieście Cieszynie wynosi 78,8 – wskaźnik ten jest aż o 7 p.p. wyższy niż w województwie, ale też wyższy o 8,4 p.p. od wartości dla kraju. Wskaźnik obciążenia demograficznego w mieście Cieszynie w ciągu ostatnich 10 lat zwiększył się z 56,5 do 78,8, na co wpływ miał przede wszystkim wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym o ponad 27%. Szczegółowe dane demograficzne dla miasta Cieszyna na tle województwa śląskiego i kraju przedstawiono za pomocą tabel I-II oraz ryciny 1.

Tab. I. Ludność miasta Cieszyna na tle woj. śląskiego i kraju – dane ogólne.

Wyszczególnienie		Cieszyn		województwo śląskie	Polska
		2011	2022	2022	2022
Ludność ogółem		36 178	33 251	4 346 702	37 766 327
Mężczyźni	liczba	16 835	15 665	2 090 906	18 249 321
	%	46,5	47,1	48,1	48,3
Kobiety	liczba	19 343	17 586	2 255 796	19 517 006
	%	53,5	52,9	51,9	51,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

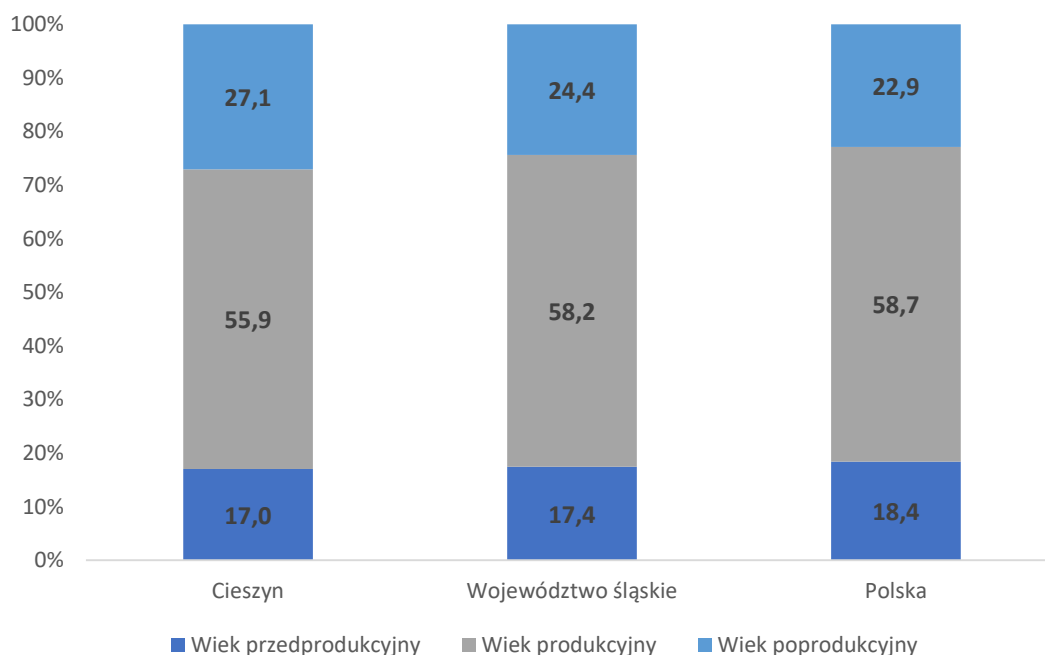
Tab. II. Ludność miasta Cieszyna wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle woj. śląskiego i kraju.

Wyszczególnienie		Cieszyn		województwo śląskie	Polska
		2011	2022	2022	2022
Ludność ogółem		36 178	33 251	4 346 702	37 766 327
Wiek przedprodukcyjny ogółem	liczba	5 988	5 652	758 142	6 950 826
	%	16,6	17,0	17,4	18,4
Wiek przedprodukcyjny mężczyźni	liczba	3 086	2 918	388 477	3 567 206
	%	51,5	51,6	51,2	51,3
Wiek przedprodukcyjny kobiety	liczba	2 902	2 734	369 665	3 383 620
	%	48,5	48,4	48,8	48,7
Wiek produkcyjny ogółem*	liczba	23 110	18 595	2 529 487	22 169 304
	%	63,9	55,9	58,2	58,7
Wiek produkcyjny mężczyźni	liczba	11 699	9 727	1 341 794	11 730 441
	%	50,6	52,3	53,0	52,9
Wiek produkcyjny kobiety	liczba	11 411	8 868	1 187 693	10 438 863
	%	49,4	47,7	47,0	47,1
Wiek poprodukcyjny ogółem	liczba	7 080	9 004	1 059 073	8 646 197
	%	19,6	27,1	24,4	22,9
Wiek poprodukcyjny mężczyźni	liczba	2 050	3 020	360 635	2 951 674
	%	29,0	33,5	34,1	34,1
Wiek poprodukcyjny kobiety	liczba	5 030	5 984	698 438	5 694 523
	%	71,0	66,5	65,9	65,9
Wskaźnik obciążenia demograficznego**		56,5	78,8	71,8	70,4

* 18-64 lata mężczyźni, 18-59 lat kobiety

** ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Ryc. 1. Ludność miasta Cieszyna wg grup wieku na tle woj. śląskiego i kraju w roku 2022 (%).

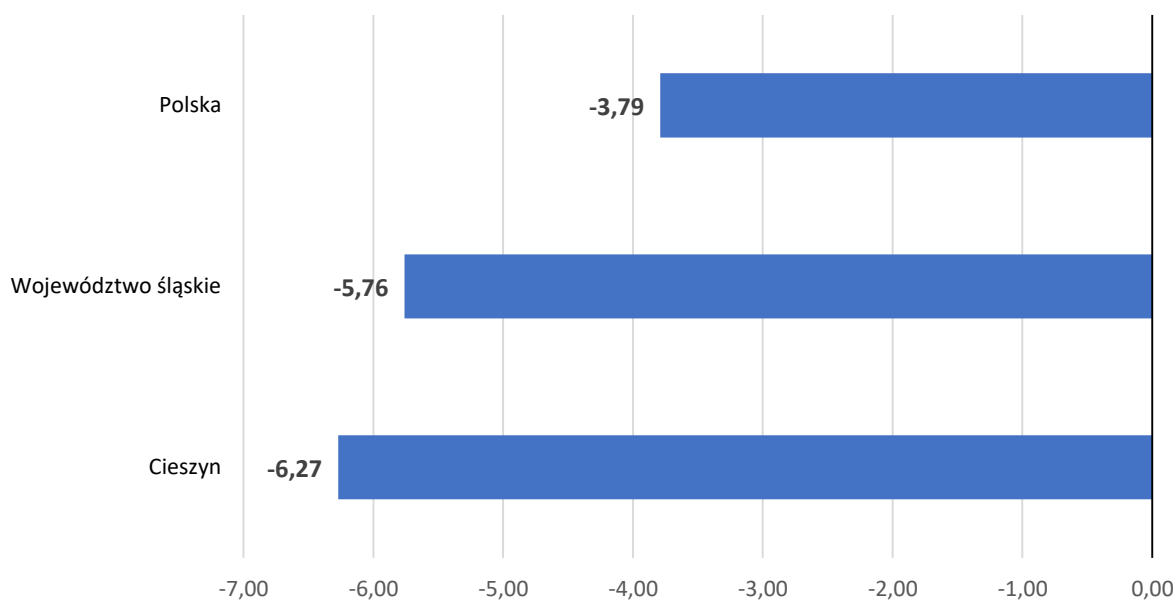
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W mieście Cieszynie według GUS, w roku 2022 odnotowano 247 żywych urodzeń oraz 457 zgonów (mieszkańcy Cieszyna). Przyrost naturalny na 1000 ludności wyniósł -6,27, co stanowi negatywną obserwację, ponieważ w przypadku województwa śląskiego osiągnął on wartość -5,76, a wartość dla kraju to -3,79. Niepokojąca jest także tendencja spadkowa w zakresie przyrostu naturalnego w mieście w latach 2011-2022, jednakże w latach 2020-2021 za fakt ten odpowiada przede wszystkim sytuacja epidemiologiczna związana z pandemią COVID-19. Szczegółowe dane dotyczące ruchu naturalnego ludności w mieście Cieszynie na tle województwa śląskiego i kraju ukazano w tabeli III oraz na rycinie 2.

Tab. III. Ruch naturalny ludności w mieście Cieszynie na tle województwa śląskiego i kraju.

Wyszczególnienie		Cieszyn		województwo śląskie	Polska
		2011	2022	2022	2022
Ludność ogółem		36 178	33 251	4 346 702	37 766 327
Urodzenia żywe	ogółem	331	247	31 597	305 132
	na 1000 ludności	9,14	7,38	7,25	8,07
Zgony	ogółem	418	457	56 694	448 448
	na 1000 ludności	11,54	13,65	13,00	11,86
Przyrost naturalny	ogółem	-87	-210	-25 097	-143 316
	na 1000 ludności	-2,40	-6,27	-5,76	-3,79

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS



Ryc. 2. Przyrost naturalny na 1000 ludności w mieście Cieszynie na tle woj. śląskiego i kraju w roku 2022.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Według ostatnich danych GUS w roku 2021 w Polsce przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 71,8 lat, w przypadku kobiet – była o 7,9 roku dłuższa i wynosiła 79,7 lat. W województwie śląskim było to odpowiednio dla mężczyzn 71,3 lat oraz dla kobiet 78,9 lat. W podregionie bielskim, do którego przynależy miasto Cieszyn, były to następujące wartości: 71,8 lat w przypadku mężczyzn (wartość analogiczna jak w przypadku Polski) oraz 79,4 lat w przypadku kobiet (o 0,3 roku krócej w porównaniu do wartości dla Polski). Analiza trendów w latach 2019-2021 pokazuje, że przeciętne dalsze trwanie życia w momencie narodzin na wszystkich analizowanych obszarach uległo skróceniu, na co wpływ niewątpliwie miała sytuacja epidemiologiczna związana z pandemią COVID-19. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli IV.

Tab. IV. Przeciętne dalsze trwanie życia (w latach) w momencie narodzin w podregionie bielskim na tle woj. śląskiego i kraju w latach 2019-2021.

Wyszczególnienie	płeć					
	mężczyźni			kobiety		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Polska	74,1	72,6	71,8	81,8	80,7	79,7
województwo śląskie	73,8	72,3	71,3	80,8	80,0	78,9
podregion bielski	75,0	73,1	71,8	81,5	80,5	79,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wnioski

1. Miasto Cieszyn według GUS w roku 2022 zamieszkiwało 33 251 osób, z czego 47,1% stanowili mężczyźni (15 665 osób), a 52,9% kobiety (17 586 osób).
2. W roku 2011 mieszkańców było 36 178 – w analizowanym okresie (2011-2022) odnotowano spadek liczby mieszkańców na poziomie ok. 8%.
3. Wskaźnik obciążenia demograficznego w mieście Cieszynie w roku 2022 osiągnął wartość znacznie wyższą niż w kraju i województwie śląskim.
4. W mieście Cieszynie według GUS, w roku 2022 odnotowano 247 żywych urodzeń oraz 457 zgonów (mieszkańcy Cieszyna). Przyrost naturalny na 1000 ludności wyniósł -6,27, co stanowi negatywną obserwację, ponieważ w przypadku województwa śląskiego osiągnął on wartość -5,76, a wartość dla kraju to -3,79.
5. Niepokojąca jest także tendencja spadkowa w zakresie przyrostu naturalnego w mieście w latach 2011-2022, jednakże w latach 2020-2021 za fakt ten odpowiada przede wszystkim sytuacja epidemiologiczna związana z pandemią COVID-19.
6. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w podregionie bielskim, do którego przynależy miasto Cieszyn, jest krótsze w porównaniu do kraju; w przypadku mężczyzn jest to ta sama wartość.

5. ZASOBY OCHRONY ZDROWIA

5.1. Podstawowa opieka zdrowotna

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) udzielane są świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii. Usługi te realizowane są w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ, położną POZ oraz higienistkę/pielęgniarkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania. Ponadto w ramach POZ udzielane są świadczenia transportu sanitarnego³⁷. W mieście Cieszynie świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są przez 7 podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Transport sanitarny na terenie miasta zapewnia 1 świadczeniodawca. Wykaz i dane adresowe ww. podmiotów przedstawiono w tabeli V.

Tab. V. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w mieście Cieszynie.

Lp.	Podmiot leczniczy	Miejsce udzielania świadczeń	Zakres świadczeń
1	NZOZ „CENTRUM MEDYCZNE” L. Włodarski, A. Tatar, N. Włodarska-Uchrońska Spółka Jawna	ul. Frysztacka 20 43-400 Cieszyn	Świadczenia lekarza POZ
			Świadczenia pielęgniarki POZ
			Świadczenia położnej środowiskowo-rodzinnej
2	NZOZ „MEDIKA” Ewa Schab, Paweł Schab Spółka Jawna	ul. Ks. Tomanka 11 43-400 Cieszyn	Świadczenia lekarza POZ
			Świadczenia pielęgniarki POZ
			Świadczenia położnej środowiskowo-rodzinnej
3	NZOZ „PRZYCHODNIA AKADEMICKA” Stanisław Bochenek Spółka Jawna	ul. Bielska 68 43-400 Cieszyn	Świadczenia lekarza POZ
			Świadczenia pielęgniarki POZ
			Świadczenia położnej środowiskowo-rodzinnej
4	NZOZ „UBEZPIECZALNIA” Šimeček – Bączek, Perchała, Brawański, Koźlik Spółka jawna”	ul. Bielska 37 43-400 Cieszyn	Świadczenia lekarza POZ
			Świadczenia pielęgniarki POZ
			Świadczenia położnej środowiskowo-rodzinnej
5	NZOZ Ośrodek Medycyny Ogólnej T. Czajkowska i J. Stonawska Spółka Jawna	ul. Tomanka 11 43-400 Cieszyn	Świadczenia lekarza POZ
			Świadczenia pielęgniarki POZ
			Świadczenia położnej środowiskowo-rodzinnej
6	Ewa Fober	ul. Kościuszki 12c 43-400 Cieszyn	Świadczenia lekarza POZ
			Świadczenia pielęgniarki POZ

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Dz.U. 2013 poz. 1248 ze zm.].

			Świadczenia położnej środowiskowo-rodzinnej
7	Cieszyńskie Pogotowie Ratunkowe	ul. Bielska 22 43-400 Cieszyn	Transport sanitarny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

5.2. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy³⁸. Dla mieszkańców miasta Cieszyna świadczenia te realizowane są przez Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie (ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn).

5.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) obejmują porady specjalistyczne, badania diagnostyczne, procedury zabiegowe ambulatoryjne, świadczenia w chemioterapii oraz świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych³⁹. Świadczenia specjalistyczne finansowane przez NFZ obejmują ocenę stanu zdrowia lub przebiegu leczenia, w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych, a także uwzględniające, w uzasadnionych medycznie przypadkach, realizację procedur medycznych (diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych), pozyskiwanie w drodze skierowania uzupełniających wyników badań dodatkowych, wydanie orzeczeń i zaświadczeń lekarskich lub wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego⁴⁰. Mieszkańcy miasta Cieszyna mają na własnym terenie dostęp do porad lekarskich finansowanych przez NFZ w zakresie 23 spośród 50 analizowanych zakresów świadczeń AOS. Świadczeń tych udziela na terenie miasta 11 świadczeniodawców. Strukturę organizacyjną tych podmiotów przedstawiono za pomocą tabeli VI.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2013 poz. 1413 ze zm.].

⁴⁰ Zarządzenie Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.).

Tab. VI. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w mieście Cieszynie.

Lp.	Podmiot leczniczy	Adres	komórka organizacyjna
1	Bolesław Kubiena	ul. Bielska 37 43-400 Cieszyn	Poradnia otolaryngologiczna
2	Danuta Pruchnicka	ul. Bielska 55A 43-400 Cieszyn	Poradnia okulistyczna
3	Małgorzata Jakubiec-Serafin	ul. Bielska 37 43-400 Cieszyn	Poradnia okulistyczna
4	Marta Kocik-Buczek	Pl. Teatralny 13 43-400 Cieszyn	Poradnia alergologiczna Poradnia alergologiczna dla dzieci
5	NZOZ „CENTRUM MEDYCZNE” L. Włodarski, A. Tatar, N. Włodarska-Uchrońska Spółka Jawna	ul. Frysztacka 20 43-400 Cieszyn	Poradnia alergologiczna
6	NZOZ „COR” Janusz Jaksik Spółka Jawna	ul. Liburnia 8 43-400 Cieszyn	Poradnia kardiologiczna
7	NZOZ „PRZYCHODNIA AKADEMICKA” Stanisław Bochenek Sp. J.	ul. Bielska 68 43-400 Cieszyn	Poradnia ginekologiczno-położnicza Poradnia endokrynologiczna Poradnia profilaktyki chorób piersi
8	NZOZ „UBEZPIECZALNIA” Šimeček – Bączek, Perchała, Brawański, Koźlik Spółka jawna”	ul. Bielska 37 43-400 Cieszyn	Poradnia otolaryngologiczna Poradnia kardiologiczna
9	OKO-DERM Basiura Spółka Jawna	ul. Bielska 37 43-400 Cieszyn	Poradnia dermatologiczna Poradnia okulistyczna
10	Psychotest Pracownia Badań Psychologicznych Anna Dziedziak-Skark	ul. Katowicka 1 43-400 Cieszyn	Poradnia logopedyczna
11	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	ul. Bielska 4 43-400 Cieszyn	Poradnia wad postawy Poradnia urologiczna Poradnia kardiologiczna Poradnia geriatryczna Poradnia okulistyczna Poradnia neonatologiczna Poradnia endokrynologiczna Poradnia ginekologiczno-położnicza Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej Poradnia otolaryngologiczna Poradnia chirurgii ogólnej Poradnia diabetologiczna Poradnia nefrologiczna Poradnia neurologiczna Poradnia chirurgii ogólnej dla dzieci Poradnia chorób zakaźnych Poradnia gruźlicy i chorób płuc Poradnia dermatologiczna Poradnia onkologiczna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

Na podstawie danych o liczbie umów podpisanych przez NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w województwie śląskim i ościennych dokonano oceny dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń w ramach publicznej ochrony zdrowia dla mieszkańców miasta Cieszyna. W przypadku zakresów świadczeń AOS niedostępnych na terenie miasta, w zdecydowanej większości przypadków mieszkańcy mogą skorzystać ze świadczeń w Jastrzębiu-Zdroju oraz Bielsku-Białej. Szczegóły przedstawiono w tabeli VII.

Tab. VII. Dostęp do świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na rynku publicznym dla mieszkańców miasta Cieszyna.

Lp.	Zakres ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Liczba lokalizacji podmiotów udzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ w mieście Cieszynie	Najbliższe zlokalizowany podmiot udzielający świadczeń
1	Alergologia	2	--
2	Alergologia dla dzieci	1	--
3	Audiologia i foniatria	0	Bielsko-Biała
4	Chirurgia dziecięca	1	--
5	Chirurgia ogólna	1	--
6	Chirurgia onkologiczna	0	Jastrzębie-Zdrój
7	Chirurgia plastyczna	0	Bielsko-Biała
8	Chirurgia szczękowo-twarzowa	0	Katowice
9	Choroby naczyń	0	Bielsko-Biała
10	Dermatologia i wenerologia	2	--
11	Diabetologia	1	--
12	Diabetologia dla dzieci	0	Gliwice
13	Endokrynologia	2	--
14	Endokrynologia dla dzieci	0	Katowice
15	Gastroenterologia	0	Bielsko-Biała
16	Geriatrya	1	--
17	Ginekologia dla dziewcząt	0	Tychy
18	Hematologia	0	Tychy
19	Hepatologia	0	Katowice
20	Kardiologia	3	--
21	Kardiologia dziecięca	0	Ustroń
22	Leczenie bólu	0	Jastrzębie-Zdrój
23	Leczenie chorób zakaźnych	1	--
24	Leczenie chorób zakaźnych dla dzieci	0	Tychy
25	Leczenie gruźlicy i chorób płuc	1	--
26	Leczenie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	0	Rybnik
27	Leczenie osteoporozy	0	Jastrzębie-Zdrój
28	Logopedia	1	--
29	Medycyna sportowa	0	Jastrzębie-Zdrój

30	Nefrologia	1	--
31	Nefrologia dziecięca	0	Katowice
32	Neonatologia	1	--
33	Neurochirurgia	0	Bytom
34	Neurologia	1	--
35	Neurologia dziecięca	0	Jastrzębie-Zdrój
36	Okulistyka	4	--
37	Okulistyka dla dzieci	0	Bielsko-Biała
38	Onkologia	1	--
39	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	1	--
40	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	0	Bielsko-Biała
41	Otolaryngologia	3	--
42	Otolaryngologia dziecięca	0	Bielsko-Biała
43	Położnictwo i ginekologia	2	--
44	Poradnia profilaktyki chorób piersi	1	--
45	Poradnia wad postawy	1	--
46	Preluksacja	0	Bielsko-Biała
47	Proktologia	0	Skoczów
48	Reumatologia	0	Skoczów
49	Reumatologia dla dzieci	0	Rybnik
50	Urologia	1	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

Mieszkańcy miasta Cieszyna mają także możliwość wykonania badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych u świadczeniodawców udzielających usług zdrowotnych na terenie miasta (tabela VIII).

Tab. VIII. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie badań diagnostycznych w mieście Cieszynie.

Lp.	Podmiot leczniczy	Adres	Komórka organizacyjna
1	NZOZ TOMOGRAF CIESZYN Sp. z o. o.	ul. Stawowa 71 43-400 Cieszyn	Pracownia tomografii komputerowej
2	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	ul. Bielska 4 43-400 Cieszyn	Pracownia tomografii komputerowej
			Pracownia endoskopii (gastroskopia i kolonoskopia)
3	SCANIX Sp. z o. o.	ul. Bielska 4 43-400 Cieszyn	Pracownia Rezonansu Magnetycznego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

5.4. Leczenie szpitalne

Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego (LSZ) udzielane są w mieście Cieszynie przez Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie oraz Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca SUM W Katowicach. Strukturę organizacyjną tych podmiotów przedstawiono w tabeli IX.

Tab. IX. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń leczenia szpitalnego w mieście Cieszynie.

Lp.	Podmiot leczniczy	Adres	Komórka organizacyjna
1	Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca SUM W Katowicach	ul. Bielska 4 43-400 Cieszyn	Oddział kardiologii
2	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	ul. Bielska 4 43-400 Cieszyn	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii
			Oddział okulistyczny
			Oddział otolaryngologiczny
			Oddział ginekologiczno-położniczy
			Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
			Oddział urologiczny
			Stacja dializ
			Oddział chorób wewnętrznych
			Oddział nefrologiczny
			Oddział pediatriczny
			Oddział neurologiczny
			Oddział neonatologiczny
			Oddział gruźlicy i chorób płuc
			Oddział obserwacyjno-zakaźny
			Oddział geriatryczny
			Oddział chirurgiczny ogólny
			Oddział dzienny chemioterapii
			Oddział dermatologiczny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

Na podstawie danych o liczbie umów podpisanych przez NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSZ w województwie śląskim oraz ościennych, dokonano oceny dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń w ramach publicznej ochrony zdrowia, dla mieszkańców miasta Cieszyna. W przypadku zakresów świadczeń leczenia szpitalnego niedostępnych na terenie miasta, w zdecydowanej większości przypadków mieszkańcy mogą skorzystać z tego typu usług w Jastrzębiu-Zdroju oraz Bielsku-Białej. Szczegóły przedstawiono w tabeli X.

Tab. X. Dostęp do świadczeń lecznictwa szpitalnego na rynku publicznym dla mieszkańców miasta Cieszyna.

Lp.	Zakres świadczeń lecznictwa szpitalnego (hospitalizacja)	Najbliżej zlokalizowany podmiot udzielający świadczeń
1	Alergologia	Bielsko-Biała
2	Alergologia dziecięca	Bielsko-Biała
3	Anestezjologia i intensywna terapia	Cieszyn
4	Anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci	Bielsko-Biała
5	Angiologia	Katowice
6	Audiologia i foniatria	Bielsko-Biała
7	Chirurgia dziecięca	Bielsko-Biała
8	Chirurgia klatki piersiowej	Bystra
9	Chirurgia naczyniowa	Bielsko-Biała
10	Chirurgia ogólna	Cieszyn
11	Chirurgia onkologiczna	Bielsko-Biała
12	Chirurgia plastyczna	Bielsko-Biała
13	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Jastrzębie-Zdrój
14	Choroby płuc	Cieszyn
15	Choroby płuc dziecięce	Zabrze
16	Choroby wewnętrzne	Cieszyn
17	Choroby zakaźne	Bielsko-Biała
18	Choroby zakaźne dziecięce	Kraków (woj. małopolskie)
19	Dermatologia i wenerologia	Cieszyn
20	Dermatologia i wenerologia dziecięca	Sosnowiec
21	Diabetologia	Bielsko-Biała
22	Endokrynologia	Jastrzębie-Zdrój
23	Endokrynologia dziecięca	Bielsko-Biała
24	Gastroenterologia	Jastrzębie-Zdrój
25	Gastroenterologia dziecięca	Katowice
26	Geriatrya	Cieszyn
27	Ginekologia onkologiczna	Kraków (woj. małopolskie)
28	Hematologia	Jastrzębie-Zdrój
29	Kardiochirurgia	Ustroń
30	Kardiochirurgia dziecięca	Zabrze
31	Kardiologia	Cieszyn
32	Kardiologia dziecięca	Bielsko-Biała
33	Nefrologia	Cieszyn
34	Nefrologia dziecięca	Bielsko-Biała
35	Neonatologia	Cieszyn
36	Neurochirurgia	Jastrzębie-Zdrój
37	Neurochirurgia dziecięca	Katowice
38	Neurologia	Cieszyn
39	Neurologia dziecięca	Bielsko-Biała
40	Okulistyka	Cieszyn
41	Okulistyka dziecięca	Katowice

42	Onkologia i hematologia dziecięca	Zabrze
43	Onkologia kliniczna	Bielsko-Biała
44	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Cieszyn
45	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu dziecięca	Gliwice
46	Otolaryngologia	Cieszyn
47	Otolaryngologia dziecięca	Bielsko-Biała
48	Pediatrica	Cieszyn
49	Położnictwo i ginekologia	Cieszyn
50	Reumatologia	Jastrzębie-Zdrój
51	Reumatologia dziecięca	Sosnowiec
52	Urologia	Cieszyn
53	Urologia dziecięca	Katowice

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

5.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień udzielane są w warunkach stacjonarnych, dziennych oraz ambulatoryjnych⁴¹. W mieście Cieszynie świadczenia tego rodzaju udzielane są na rynku publicznym przez 3 podmioty wykonujące działalność leczniczą. Ich strukturę organizacyjną przedstawiono w tabeli XI.

Tab. XI. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w mieście Cieszynie.

Lp.	Podmiot leczniczy	Adres	Komórka organizacyjna
1	Niepubliczny Zakład Opieki Psychiatryczno-Psychologicznej „VARIUSMED” s. c. Elżbieta Jędrzejowska, Anna Jędrzejowska-Barucha	ul. Mennicza 20 43-400 Cieszyn	Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
			Poradnia zdrowia psychicznego
2	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	ul. Bielska 4 43-400 Cieszyn	Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny)
			Oddział psychiatryczny (ogólny)
			Poradnia zdrowia psychicznego
			Zespół leczenia środowiskowego
3	Fundacja św. Elżbiety Węgierskiej w Cieszynie	ul. Katowicka 1 43-400 Cieszyn	Poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży
			Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

Na podstawie danych o liczbie umów podpisanych przez NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

⁴¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386 ze zm.]

w województwie śląskim oraz ościennych, dokonano oceny dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń w ramach publicznej ochrony zdrowia dla mieszkańców miasta Cieszyna. W większości przypadków z ww. świadczeń mieszkańcy mogą skorzystać w Bielsku-Białej. Szczegóły ukazano w tabeli XII.

Tab. XII. Dostęp do świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na rynku publicznym dla mieszkańców miasta Cieszyna.

Lp.	Zakres świadczeń	Najbliżej zlokalizowany podmiot udzielający świadczeń
1	Izba przyjęć szpitala psychiatrycznego	Bielsko-Biała
2	Poradnia zdrowia psychicznego	Cieszyn
3	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	Gliwice
4	Poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	Cieszyn
5	Poradnia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	Kraków (woj. małopolskie)
6	Poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym	Kraków (woj. małopolskie)
7	Świadczenia psychiatryczne (hospitalizacja)	Cieszyn
8	Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (hospitalizacja)	Pieszyce (woj. dolnośląskie)
9	Rehabilitacja psychiatryczna	Bielsko-Biała
10	Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	Sosnowiec
11	Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych	Toszek
12	Świadczenia psychogeriatryczne	Andrychów (woj. małopolskie)
13	Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne	Siemianowice Śląskie
14	Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	Cieszyn
15	Świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	Kraków (woj. małopolskie)
16	Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne	Bielsko-Biała
17	Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	Opole (woj. opolskie)
18	Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	Bielsko-Biała
19	Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne	Cieszyn
20	Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	Garwolin (woj. mazowieckie)
21	Poradnia seksuologiczna	Zabrze
22	Poradnia psychologiczna	Rybnik
23	Poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży	Cieszyn
24	Leczenie uzależnień stacjonarne	Parzymiechy
25	Terapia uzależnień dla dzieci i młodzieży	Kraków (woj. małopolskie)
26	Terapia uzależnienia	Bielsko-Biała
27	Terapia dzienna uzależnienia od alkoholu	Bielsko-Biała
28	Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	Bielsko-Biała
29	Terapia uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	Bielsko-Biała
30	Leczenie środowiskowe domowe	Cieszyn

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

5.6. Rehabilitacja lecznicza

Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza udzielane są w warunkach stacjonarnych, dziennych, ambulatoryjnych oraz domowych⁴². W mieście Cieszynie świadczenia tego rodzaju udzielane są przez 3 podmioty na rynku publicznym. Ich strukturę organizacyjną przedstawiono w tabeli XIII.

Tab. XIII. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej w mieście Cieszynie.

Lp.	Podmiot leczniczy	Adres	Komórka organizacyjna
1	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło	ul. Mickiewicza 13 43-400 Cieszyn	Ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci
2	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	ul. Bielska 4 43-400 Cieszyn	Poradnia rehabilitacyjna
			Pracownia rehabilitacji (fizjoterapia ambulatoryjna)
			Pododdział rehabilitacji neurologicznej
			Oddział rehabilitacyjny
3	Janusz Wapienik	ul. Katowicka 49 43-400 Cieszyn	Poradnia rehabilitacyjna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

Na podstawie danych o liczbie umów podpisanych przez NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w województwie śląskim oraz ościennych, dokonano oceny dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń w ramach publicznej ochrony zdrowia dla mieszkańców miasta Cieszyna. Szczegóły ukazano w tabeli XIV.

Tab. XIV. Dostęp do świadczeń rehabilitacji leczniczej na rynku publicznym dla mieszkańców miasta Cieszyna.

Lp.	Zakres świadczeń	Najbliżej zlokalizowany podmiot udzielający świadczeń
1	Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	Cieszyn
2	Fizjoterapia ambulatoryjna	Cieszyn
3	Fizjoterapia domowa	Rybnik
4	Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	Cieszyn
5	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	Cieszyn
6	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Ustroń
7	Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	Katowice
8	Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	Bielsko-Biała

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522 ze zm.].

9	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/ oddziale dziennym	Ustroń
10	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	Ustroń
11	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	Ustroń
12	Rehabilitacja neurologiczna	Ustroń

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

5.7. Leczenie stomatologiczne

W mieście Cieszynie świadczeń w rodzaju leczenia stomatologicznego w ramach umowy z NFZ udzielają 3 podmioty lecznicze i/lub indywidualne praktyki lekarskie. Na terenie miasta są dostępne także świadczenia protetyki stomatologicznej. Listę podmiotów oraz praktyk posiadających umowę z NFZ przedstawiono w tabeli XV.

Tab. XV. Podmioty wykonujące działalność leczniczą i praktyki lekarzy dentystów udzielające finansowanych ze środków NFZ świadczeń leczenia stomatologicznego w mieście Cieszynie.

Lp.	Podmiot leczniczy/ Praktyka lekarska	Adres	Zakres świadczeń
1	Jolanta Tessar NZOZ – Stomatologia	ul. Moniuszki 4 43-400 Cieszyn	Poradnia stomatologiczna
2	Ewa Fober	ul. Kościuszki 12c 43-400 Cieszyn	Poradnia stomatologiczna Poradnia Protetyki Stomatologicznej
3	Urszula Tomanek	ul. Hławiczki 12/2 43-400 Cieszyn	Poradnia stomatologiczna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

5.8. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane są w warunkach stacjonarnych oraz domowych⁴³. W mieście Cieszynie usługi tego typu oferowane są wyłącznie w warunkach stacjonarnych przez 3 świadczeniodawców na rynku publicznym. W tabeli XVI przedstawiono ich strukturę organizacyjną. Dwa najbliższe zlokalizowane podmioty, udzielające świadczeń domowych w pielęgniarstwie w ramach opieki długoterminowej, mają swoją siedzibę w Bielsku-Białej.

⁴³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej [Dz.U. 2013 poz. 1480 ze zm.].

Tab. XVI. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w mieście Cieszynie.

Lp.	Podmiot leczniczy	Adres	Komórka organizacyjna
1	Fundacja św. Elżbiety Węgierskiej w Cieszynie	ul. Katowicka 1 43-400 Cieszyn	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
2	„Medica” Sp. z o. o.	ul. Mickiewicza 13 43-400 Cieszyn	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
3	Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza Dom Generalny	ul. Górny Rynek 6 43-400 Cieszyn	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

5.9. Opieka paliatywna i hospicyjna

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane są w warunkach stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych⁴⁴. W mieście Cieszynie świadczeń w tym rodzaju udziela Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o. o. (ul. Józefa Londzina 1, 43-400 Cieszyn) oraz Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Łukasza Ewangelisty w Cieszynie (ul. Wąska 2a, 43-400 Cieszyn) – podmioty prowadzące hospicja domowe.

Na podstawie danych o liczbie umów podpisanych przez NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w województwie śląskim, dokonano oceny dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń w ramach publicznej ochrony zdrowia dla mieszkańców miasta Cieszyna. Mieszkańcy miasta, noszący się z zamiarem skorzystania ze świadczeń poradni medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego, muszą udać się do Bielska-Białej. Szczegóły zobrazowano za pomocą tabeli XVII.

Tab. XVII. Dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej na rynku publicznym dla mieszkańców miasta.

Lp.	Zakres świadczeń	Najbliżej zlokalizowany podmiot udzielający świadczeń
1	Porada w poradni medycyny paliatywnej	Bielsko-Biała
2	Świadczenia w hospicjum domowym	Cieszyn
3	Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	Tychy
4	Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym	Bielsko-Biała

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ.

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej [Dz.U. 2013 poz. 1347 ze zm.].

5.10. Ratownictwo medyczne

Świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego udzielają podstawowe, specjalistyczne oraz lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Mieszkańcom miasta Cieszyna świadczenia te zapewnia Cieszyńskie Pogotowie Ratunkowe (ul. Bielska 22, 43-400 Cieszyn).

5.11. Apteki

Mieszkańcy miasta Cieszyna mogą zaopatrywać się w leki i wyroby medyczne w 16 aptekach posadowionych na terenie miasta. Dyżury i godziny pracy aptek dostępne są na stronie <https://www.powiat.cieszyn.pl/szybkieMenu/dyzury-aptek>. Wykaz aptek przedstawiono za pomocą tabeli XVIII.

Tab. XVIII. Apteki na terenie miasta Cieszyna.

Lp.	Nazwa	Adres
1	APTEKA POD ZAMKIEM sp. z o.o.	ul. Głęboka 62, 43-400 Cieszyn
2	APTEKI OGÓLNODOSTĘPNE „24H” Jasmina Czapla	ul. Bobrecka 27, 43-400 Cieszyn
3	BRL Center Polska Sp. z o.o.	ul. Liburnia 28, 43-400 Cieszyn
4	BYSZUK-ABW Sp. J. „Apteka w Cieszynie”	ul. Hilarego Filasiewicza 3A, 43-400 Cieszyn
5	CEFARM ŚLĄSKI Sp. z o.o. APTEKA DR. MAX	ul. Cieszyn 6, 43-400 Cieszyn
6	Centrum Tanich Leków I Chojnacki Sp. J. APTEKA HYGIEIA	ul. Mennicza 20, 43-400 Cieszyn
7	GALEN J. Talik, M. Stolarczyk Spółka Jawna	ul. Liburnia 22, 43-400 Cieszyn
8	Grzegorz Kwiecień Firma Handlowa	ul. Kolejowa 16, 43-400 Cieszyn
9	Katarzyna Gabryś APTEKA MEDEA	ul. Bielska 8, 43-400 Cieszyn
10		ul. Frysztacka 20, 43-400 Cieszyn
11		ul. Górna 21, 43-400 Cieszyn
12		ul. Bielska 37, 43-400 Cieszyn
13		ul. Bolesława Limanowskiego 9/1, 43-400 Cieszyn
14	Konwent Zakonu Bonifratrów Apteka „U Miłosiernych”	ul. Józefa Londzina 1, 43-400 Cieszyn
15	Małgorzata Biesok Apteka Ogólnodostępna „NA BANOTÓWCE”	ul. Gen. Józefa Hallera 65, 43-400 Cieszyn
16	„MEDYK” Sp. z o.o.	ul. Kolejowa 20, 43-400 Cieszyn

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZIP.

Wnioski

1. W mieście Cieszynie **świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej** udzielane są przez 7 podmiotów, w związku z czym ryzyko pojawienia się trudności w zakresie wyłonienia realizatorów programów polityki zdrowotnej, na tym poziomie opieki zdrowotnej, jest niewielkie. Poradnie POZ mogą być wykonawcami programów polityki zdrowotnej w obszarze tematycznym szczepień ochronnych, profilaktyki chorób układu krążenia, profilaktyki i wczesnego wykrywania wybranych nowotworów, edukacji zdrowotnej osób chorujących na cukrzycę typu 2, a także wczesnego wykrywania i profilaktyki boreliozy, zakażeń HCV oraz nadwagi/otyłości.
2. Na terenie miasta Cieszyna działalność leczniczą prowadzi 11 podmiotów posiadających umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 23 zakresach **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**. W przypadku zakresów świadczeń AOS niedostępnych na terenie miasta, w zdecydowanej większości przypadków mieszkańcy mogą skorzystać ze świadczeń w Jastrzębiu-Zdroju oraz Bielsku-Białej. W związku z mniejszą, niż w przypadku POZ, liczbą potencjalnych wykonawców, planowanie realizacji programów polityki zdrowotnej chociażby w obszarze tematycznym profilaktyki chorób kobiecych, powinno zostać poprzedzone konsultacjami z podmiotami AOS spełniającymi warunki na realizatora PPZ.
3. **Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego** udzielane są w mieście Cieszynie jedynie przez dwa podmioty. W związku z powyższym realizację programów polityki zdrowotnej opartych o warunki leczenia szpitalnego należy w tym przypadku uznać za znacznie trudniejszą, niż ma to miejsce w przypadku POZ czy AOS.
4. **Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień** na rynku publicznym udzielane są w mieście Cieszynie przez 3 podmioty wykonujące działalność leczniczą. W odniesieniu do zakresów świadczeń niedostępnych na terenie miasta, w większości przypadków mieszkańcy mogą z nich skorzystać w Bielsku-Białej. Planowanie realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego bezwzględnie powinno zostać poprzedzone konsultacją z potencjalnymi realizatorami.
5. Na terenie miasta Cieszyna funkcjonują 3 podmioty lecznicze udzielające finansowanych ze środków publicznych **świadczeń rehabilitacji leczniczej**. Podmioty te mogą być realizatorami programów polityki zdrowotnej w obszarze tematycznym

rehabilitacji mieszkańców cierpiących na przewlekłe i/lub zapalne choroby układu ruchu oraz choroby obwodowego układu nerwowego. Z uwagi na ich liczbę, ryzyko pojawienia się trudności w zakresie wyłonienia realizatorów programów polityki zdrowotnej, na tym poziomie opieki zdrowotnej, jest niewielkie, niemniej jednak również w tym przypadku zaleca się przeprowadzenie konsultacji na etapie planowania ewentualnego programu polityki zdrowotnej.

6. W mieście Cieszynie **świadczeń w rodzaju leczenia stomatologicznego** w ramach umowy z NFZ udzielają 3 podmioty lecznicze i/lub indywidualne praktyki lekarskie. W związku z powyższym nie przewiduje się problemów ze znalezieniem realizatorów programu polityki zdrowotnej w obszarze tematycznym profilaktyki i wczesnego wykrywania próchnicy.
7. W mieście Cieszynie **świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze** w ramach opieki długoterminowej oferowane są przez trzech świadczeniodawców na rynku publicznym, każdy prowadzi zakład opiekuńczo-leczniczy.
8. W mieście Cieszynie **świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna** udzielają dwa podmioty wykonujące działalność leczniczą, prowadzące hospicja domowe. Mieszkańcy miasta, noszący się z zamiarem skorzystania ze świadczeń poradni medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego, muszą udać się do Bielska-Białej
9. Mieszkańcy miasta Cieszyna mogą **zaopatrywać się w leki i wyroby medyczne** w 16 aptekach posadowionych na terenie miasta.

6. STAN ZDROWIA LUDNOŚCI

W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia mieszkańcom miasta Cieszyna postawiono 99 877 rozpoznań chorób i problemów zdrowotnych. Ponad 58,8 tys. rozpoznań dotyczyło kobiet (58,9% ogółu), natomiast prawie 41,1 tys. – mężczyzn (41,1%). W analizowanym okresie zdecydowanie największa liczba rozpoznań dotyczyła mieszkańców w wieku 60 lat i więcej (45,6% ogółu), najmniejsza – osób w wieku 18-29 lat (6,6%) Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XIX.

Tab. XIX. Liczba rozpoznań będących przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na płeć oraz grupy wiekowe.

Płeć	K		M		Razem	
Grupa wiekowa	liczba	% ogółu	liczba	% ogółu	liczba	% ogółu
<18	7 422	12,6	8 915	21,7	16 337	16,4
18-29	3 788	6,4	2 776	6,8	6 564	6,6
30-39	4 764	8,1	3 256	7,9	8 020	8,0
40-49	6 910	11,8	4 434	10,8	11 344	11,4
50-59	7 523	12,8	4 540	11,1	12 063	12,1
60+	28 401	48,3	17 148	41,8	45 549	45,6
Razem	58 808	100,0	41 069	100,0	99 877	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.1. Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w mieście Cieszynie

W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków NFZ mieszkańcom miasta Cieszyna w wieku poniżej 18 r.ż. postawiono ponad 16,3 tys. rozpoznań, w tym ponad 8,9 tys. w przypadku chłopców (54,6%) oraz ponad 7,4 tys. w przypadku dziewcząt (45,4%). Rozpoznanie te należały najczęściej do grupy chorób układu oddechowego (60% ogółu) oraz pokarmowego (18,4%).

Wśród najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży zamieszkujących miasto Cieszyn, korzystających z usług publicznej opieki zdrowotnej w roku 2022, wskazać należy przede wszystkim jednostki chorobowe z grupy chorób układu oddechowego, w tym ostre zapalenie nosa i gardła (12,4% ogółu rozpoznań; 24,7% populacji w tej grupie wiekowej) oraz ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (12,1%; 24,1%). Wymienione wyżej problemy zdrowotne dotyczyły większej liczby chłopców. Wśród najczęstszych rozpoznań pojawiła się także próchnica zębów (7,4% wszystkich rozpoznań; 14,7% populacji w tej grupie wiekowej), z powodu której w roku 2022 z publicznych usług stomatologicznych korzystała porównywalna liczba dziewcząt i chłopców. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XX.

Tab. XX. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku poniżej 18 r.ż. w roku 2022 w podziale na płeć.

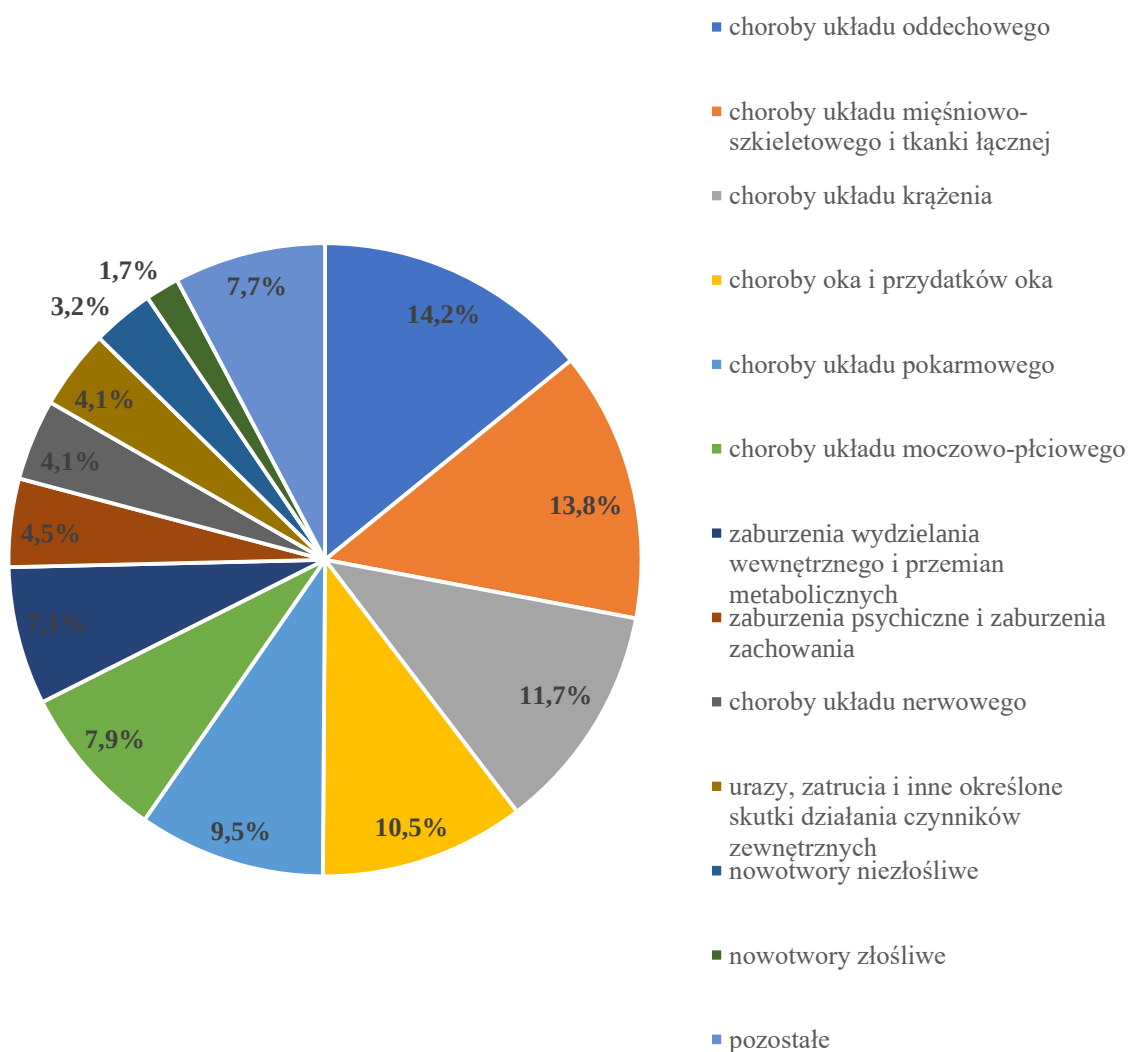
ICD -10	Nazwa rozpoznania	K	M	Razem	% populacji
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	693	720	1 413	24,7
J06	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	627	749	1 376	24,1
K02	Próchnica zębów	401	442	843	14,7
J04	Ostre zapalenie krtani i tchawicy	174	265	439	7,7
J06.8	Inne ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim	192	219	411	7,2
H52	Zaburzenia refrakcji i akomodacji	130	172	302	5,3
J03	Ostre zapalenie migdałków	136	155	291	5,1
J02	Ostre zapalenie gardła	135	136	271	4,7
J30	Naczynioruchowe i uczuleniowe zapalenie (błony śluzowej) nosa	106	161	267	4,7
K04	Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych	138	127	265	4,6
H10	Zapalenie spojówek	112	136	248	4,3
J20	Ostre zapalenie oskrzeli	83	137	220	3,8
J06.9	Nieokreślone ostre zakażenie górnych dróg oddechowych	90	109	199	3,5
M41	Boczne skrzywienie kręgosłupa [skolioza]	93	101	194	3,4
J45	Dychawica oskrzelowa	60	132	192	3,4
T78.4	Alergia, nie określona	68	95	163	2,9
L20	Atopowe zapalenie skóry	71	88	159	2,8

J22	Pieluszkowe (serwetkowe) zapalenie skóry	74	83	157	2,7
B01	Ospa wietrzna [varicella]	68	83	151	2,6
K52	Inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego	56	89	145	2,5
K30	Dyspepsja	58	82	140	2,4
J30.1	Uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa spowodowane pyłkami kwiatowymi	49	85	134	2,3
H53	Upośledzenie widzenia	70	59	129	2,3
H65	Nieropne zapalenie ucha środkowego	67	61	128	2,2
H66	Ropne i nieokreślone zapalenie ucha środkowego	60	62	122	2,1
J31	Przewlekłe zapalenie błony śluzowej jamy nosowej i gardła	45	73	118	2,1
J01	Ostre zapalenie zatok przynosowych	63	51	114	2,0
K59	Inne czynnościowe zaburzenia jelit	56	52	108	1,9
L30	Inne zapalenie skóry	52	53	105	1,8
S93.4	Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	49	54	103	1,8
D22	Znamiona barwnikowe	40	60	100	1,7
J35	Przewlekłe choroby migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego	40	59	99	1,7
L70	Trądzik [acne]	53	46	99	1,7
J30.3	Inne uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa	40	48	88	1,5
J11	Grypa wywołana niezidentyfikowanym wirusem	34	52	86	1,5
M41.1	Idiopatyczna skolioza młodzieńcza	49	37	86	1,5
J35.2	Przerost migdałka gardłowego	37	49	86	1,5
J04.0	Ostre zapalenie krtani	35	47	82	1,4
H92	Bóle ucha i wyciek z ucha	31	46	77	1,3
B07	Brodawki wirusowe	42	31	73	1,3
B80	Owsica [enterobioza]	38	35	73	1,3
J35.3	Przerost migdałków podniebiennych współistniejący z przerostem migdałka gardłowego	26	47	73	1,3
B34	Zakażenia wirusowe o nieustalonym umiejscowieniu	30	41	71	1,2
H65.3	Przewlekłe, śluzowe zapalenie ucha środkowego	34	37	71	1,2
J31.0	Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa	36	34	70	1,2
A09	Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	24	44	68	1,2
H68.1	Niedrożność trąbki słuchowej Eustachiusza	29	38	67	1,2
H60	Zapalenie ucha zewnętrznego	30	33	63	1,1
K12	Zapalenie jamy ustnej i pochodne zmiany	29	31	60	1,0
K02.1	Próchnica zębiny	30	29	59	1,0
N47	Nadmiar napletka, stulejka i załupek		59	59	1,0
M79.6	Bóle kończyn	25	33	58	1,0
K52.2	Uczuleniowe i związane z działaniem pokarmu zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego	20	37	57	1,0
--	Pozostałe rozpoznania	2 594	3 111	5 705	--
--	Razem	5 188	6 222	11 410	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.2. Problemy zdrowotne dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna

W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków NFZ sprawozdano ponad 83,5 tys. rozpoznań dotyczących dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna. Rozpoznanie te należały najczęściej do grupy chorób układu oddechowego, układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, układu krążenia, a także chorób narządu wzroku i układu pokarmowego (łącznie ok. 60% wszystkich rozpoznań). Szczegółowe dane zobrazowano za pomocą ryciny 3.



Ryc. 3. Najczęstsze problemy zdrowotne mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia (%).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

Stan zdrowia dorosłych mieszkańców w wieku 18-29 r.ż.

W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków NFZ mieszkańcom miasta Cieszyina w wieku 18-29 lat postawiono ponad 6,5 tys. rozpoznania, w tym ponad 3,7 tys. w przypadku kobiet (57,7%) oraz ponad 2,7 tys. w przypadku mężczyzn (42,3%). Wśród najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych dorosłych mieszkańców miasta Cieszyina w wieku 18-29 lat, korzystających z usług publicznej opieki zdrowotnej w roku 2022, wskazać należy przede wszystkim, podobnie jak w przypadku dzieci i młodzieży, jednostki chorobowe z grupy chorób układu oddechowego, w tym ostre zapalenie nosa i gardła (6,8% ogółu rozpoznania; 11,8% populacji w tej grupie wiekowej) oraz ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (6,4%; 11,1%). Ponadto wśród najczęstszych rozpoznania pojawiają się także: próchnica zębów (3,7% ogółu rozpoznania; 6,5% populacji w tej grupie wiekowej) oraz choroby miazgi i tkanek okołowierchołkowych (2%; 3,5%). W przypadku mieszkańców w tej grupie wiekowej większość z ww. rozpoznania częściej stawiano kobietom. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXI.

Tab. XXI. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyina w wieku 18-29 lat w roku 2022 w podziale na płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	2022			
		K	M	razem	% populacji
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	240	205	445	11,8
J06	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	231	186	417	11,1
K0	Próchnica zębów	145	100	245	6,5
K04	Choroby miazgi i tkanek okołowierchołkowych	63	69	132	3,5
J01	Ostre zapalenie zatok przynosowych	86	38	124	3,3
K52	Inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego	51	71	122	3,2
J02	Ostre zapalenie gardła	70	45	115	3,1
H52	Zaburzenia refrakcji i akomodacji	70	36	106	2,8
L70	Trądzik [acne]	52	40	92	2,4
J03	Ostre zapalenie migdałków	63	18	81	2,2
J30	Naczynioruchowe i uczuleniowe zapalenie (błony śluzowej) nosa	37	39	76	2,0
K03.6	Złogi nazębne	44	29	73	1,9
M54	Bóle grzbietu	31	38	69	1,8
K30	Dyspepsja	32	34	66	1,8
G54	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	28	35	63	1,7
K59	Inne czynnościowe zaburzenia jelit	32	27	59	1,6
N94.8	Inne określone stany związane z żeńskimi narządami płciowymi i cyklem miesięcznym	58	0	58	1,5
J45	Dychawica oskrzelowa	31	26	57	1,5

D22	Znamiona barwnikowe	32	19	51	1,4
B34	Zakażenia wirusowe o nieustalonym umiejscowieniu	27	23	50	1,3
--	Pozostałe rozpoznania	2 365	1 698	4 063	--
--	Razem	3 788	2 776	6 564	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

Stan zdrowia dorosłych mieszkańców w wieku 30-39 r.ż.

W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków NFZ mieszkańcom miasta Cieszyna w wieku 30-39 lat postawiono ponad 8 tys. rozpoznań, w tym ponad 4,7 tys. w przypadku kobiet (59,4%) oraz ponad 3 tys. w przypadku mężczyzn (40,6%). Wśród najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 30-39 lat, korzystających z usług publicznej opieki zdrowotnej w roku 2022, wskazać należy przede wszystkim, podobnie jak w przypadku dorosłych w wieku 18-29, jednostki chorobowe z grupy chorób układu oddechowego, w tym ostre zapalenie nosa i gardła (6% ogółu rozpoznań; 10,2% populacji w tej grupie wiekowej), ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (6%; 10,1%) oraz ostre zapalenie zatok przynosowych (2,3%; 4%). Ponadto wśród najczęstszych rozpoznań pojawiają się także: próchnica zębów (2,7% ogółu rozpoznań; 4,5% populacji w tej grupie wiekowej), choroby mięśni i tkanek okołowierzchołkowych (2,1%; 3,5%) oraz złogi nazębne (1,6%; 2,7%). Wszystkie ww. rozpoznania znacznie częściej stawiano kobietom. Należy także podkreślić, że wśród 20 najczęściej pojawiających się rozpoznań w tej grupie wiekowej odnotowuje się także przewlekłe problemy zdrowotne, takie jak: zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, bóle grzbietu, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz samoistne (pierwotne) nadciśnienie. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXII.

Tab. XXII. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 30-39 lat w roku 2022 w podziale na płeć.

ICD	Nazwa rozpoznania	2022			
		K	M	Razem	% populacji
J06	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	279	203	482	10,2
J00	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	291	187	478	10,1
K02	Próchnica zębów	122	92	214	4,5
J01	Ostre zapalenie zatok przynosowych	134	54	188	4,0
K04	Choroby mięśni i tkanek okołowierzchołkowych	93	73	166	3,5
K03.6	Złogi nazębne	74	52	126	2,7
J02	Ostre zapalenie gardła	68	39	107	2,3

G54	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	58	46	104	2,2
M54	Bóle grzbietu	47	56	103	2,2
N94.8	Inne określone stany związane z żeńskimi narządami płciowymi i cyklem miesięczkowym	102	0	102	4,3
K52	Inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego	53	46	99	2,1
J03	Ostre zapalenie migdałków	56	42	98	2,1
I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	38	42	80	1,7
B34	Zakażenia wirusowe o nieustalonym umiejscowieniu	36	39	75	1,6
H52	Zaburzenia refrakcji i akomodacji	47	24	71	1,5
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	36	35	71	1,5
J04	Ostre zapalenie krtani i tchawicy	58	9	67	1,4
F43.2	Zaburzenia adaptacyjne	47	18	65	1,4
J30	Naczynioruchowe i uczuleniowe zapalenie (błony śluzowej) nosa	45	20	65	1,4
K30	Dyspepsja	43	21	64	1,4
--	Pozostałe rozpoznania	3 037	2 158	5 195	--
--	Razem	4 764	3 256	8 020	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

Stan zdrowia dorosłych mieszkańców w wieku 40-49 r.ż.

W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków NFZ mieszkańcom miasta Cieszyna w wieku 40-49 lat postawiono ponad 11,2 tys. rozpoznań, w tym ponad 6,8 tys. w przypadku kobiet (60,8%) oraz ponad 4,4 tys. w przypadku mężczyzn (39,2%). Wśród najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 40-49 lat, korzystających z usług publicznej opieki zdrowotnej w roku 2022, wskazać należy przede wszystkim ostre zapalenie nosa i gardła (4,5% ogółu rozpoznań; 9,7% populacji w tej grupie wiekowej), ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (4,1%; 8,7%) oraz samoistne (pierwotne) nadciśnienie (2,9%; 6,1%). Wszystkie najczęstsze rozpoznania dotyczące tej grupy wiekowej, poza samoistnym (pierwotnym) nadciśnieniem, częściej stawiano kobietom. Należy także podkreślić, że populacja ta już częściej, w porównaniu do młodszych mieszkańców miasta, zmagą się z licznymi przewlekłymi problemami zdrowotnymi, takimi jak: bóle grzbietu, zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej, zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie, inne (niż subkliniczna) postacie niedoczynności tarczycy oraz choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXIII.

Tab. XXIII. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 40-49 lat w roku 2022 w podziale na płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	2022			
		K	M	razem	% populacji
J06	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	315	196	511	9,7
J00	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	308	150	458	8,7
I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	155	167	322	6,1
K02	Próchnica zębów	134	100	234	4,4
M54	Bóle grzbietu	112	85	197	3,7
J01	Ostre zapalenie zatok przynosowych	121	71	192	3,6
G54	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	104	78	182	3,4
K04	Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych	96	72	168	3,2
N94.8	Inne określone stany związane z żeńskimi narządami płciowymi i cyklem miesięczkowym	149	0	149	5,6
H52	Zaburzenia refrakcji i akomodacji	95	49	144	2,7
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	84	51	135	2,6
M54.5	Ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej	69	56	125	2,4
K03.6	Złogi nazębne	71	43	114	2,2
J02	Ostre zapalenie gardła	81	30	111	2,1
H53	Upośledzenie widzenia	66	38	104	2,0
E78	Zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie	50	50	100	1,9
N60.8	Inna łagodna dysplazja sutka	94	0	94	3,5
K52	Inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego	44	36	80	1,5
E03	Inne postacie niedoczynności tarczycy	74	5	79	1,5
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem	43	34	77	1,5
--	Pozostałe rozpoznania	4 583	3 109	7 692	--
--	Razem	6 848	4 420	11 268	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

Stan zdrowia dorosłych mieszkańców w wieku 50-59 r.ż.

W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków NFZ mieszkańcom miasta Cieszyna w wieku 50-49 lat postawiono prawie 12 tys. rozpoznań, w tym ponad 7,4 tys. w przypadku kobiet (62,3%) oraz ponad 4,5 tys. w przypadku mężczyzn (37,7%), korzystających z usług publicznej opieki zdrowotnej w roku 2022, wskazać należy przede wszystkim samoistne (pierwotne) nadciśnienie (4,4% ogółu rozpoznań; 12,8% populacji w tej grupie wiekowej), ostre zapalenie nosa i gardła (3,4%; 9,8%), ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (2,8%; 8,2%), a także zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (1,9%; 5,6%), bóle grzbietu (1,6%; 4,6%) oraz zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (1,6%; 4,5%). Wszystkie ww. rozpoznania częściej stawiano kobietom. Populacja ta, poza

przewlekłymi problemami zdrowotnymi wymienionymi powyżej, zmagają się także często z zaburzeniami przemian lipidów i innymi lipidemiami, cukrzycą (typu 2), bólami okolicy lędźwiowo-krzyżowej oraz chorobami tkanek miękkich związanymi z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXIV.

Tab. XXIV. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 50-59 lat w roku 2022 w podziale na płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	2022			
		K	M	razem	% populacji
I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	278	252	530	12,8
J06	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	281	126	407	9,8
J00	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	231	107	338	8,2
G54	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	146	87	233	5,6
M54	Bóle grzbietu	107	84	191	4,6
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	121	65	186	4,5
K02	Próchnica zębów	105	71	176	4,3
E78	Zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie	107	65	172	4,2
H52	Zaburzenia refrakcji i akomodacji	98	40	138	3,3
K04	Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych	68	58	126	3,0
J01	Ostre zapalenie zatok przynosowych	84	41	125	3,0
E11	Cukrzyca insulinozależna	48	74	122	2,9
N95.8	Inne określone schorzenia związane z przekwitaniem i z okresem okołomenopauzalnym	120	0	120	5,6
M54.5	Ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej	78	30	108	2,6
H53	Upośledzenie widzenia	61	31	92	2,2
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem	58	33	91	2,2
N40	Rozrost gruczołu krokowego	0	87	87	4,4
N60.8	Inna łagodna dysplazja sutka	83	0	83	3,8
D25.9	Mięśniak gładkokomórkowy macicy, nie określony	77	0	77	3,6
J45	Dychawica oskrzelowa	57	18	75	1,8
--	Pozostałe rozpoznania	5 263	3 249	8 512	--
--	Razem	7 471	4 518	11 989	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

Stan zdrowia dorosłych mieszkańców w wieku 60 lat i więcej

W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków NFZ mieszkańcom miasta Cieszyna w wieku 60 lat i więcej postawiono ponad 45,2 tys. rozpoznań, w tym ponad 28,2 tys. w przypadku kobiet (62,4%) oraz ponad 17 tys. w przypadku mężczyzn (37,6%). Wśród najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 60 lat i więcej, korzystających z usług publicznej opieki zdrowotnej w roku 2022, wskazać należy przede wszystkim samoistne nadciśnienie tętnicze (6,2% ogółu rozpoznań; 28,2% populacji w tej grupie wiekowej),

a także cukrzycę (2,1%; 9,4%). W przypadku mężczyzn dodatkowo jest to rozrost gruczołu krokowego (22% populacji mężczyzn w tej grupie wiekowej). Ponadto wśród najczęstszych rozpoznań w tej grupie wiekowej pojawiają się schorzenia narządu ruchu: zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (6% populacji), bóle grzbietu (4,1%) oraz choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (3,8%). Istotne obciążenie stanowią także inne, poza samoistnym (pierwotnym) nadciśnieniem, schorzenia układu krążenia, takie jak: przewlekła choroba niedokrwienna serca (4,9% populacji) oraz migotanie i trzepotanie przedsionków (4%). Częstym problemem zdrowotnym tej populacji pozostają także zaburzenia narządu wzroku. Większość z ww. rozpoznań znacznie częściej diagnozowana była u kobiet. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXV.

Tab. XXV. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 60 lat i więcej w roku 2022 w podziale na płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	2022			
		K	M	razem	% populacji
I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	1 743	1 074	2 817	28,2
E11	Cukrzyca insulinozależna	492	442	934	9,4
N40	Rozrost gruczołu krokowego	0	883	883	22,0
J06	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	438	254	692	6,9
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	392	211	603	6,0
E78	Zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie	393	208	601	6,0
H25	Zaburzenia refrakcji i akomodacji	357	160	517	5,2
I25	Przewlekła choroba niedokrwienna serca	216	278	494	4,9
G54	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	316	160	476	4,8
J00	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	318	149	467	4,7
M54	Bóle grzbietu	255	159	414	4,1
I48	Migotanie i trzepotanie przedsionków	220	183	403	4,0
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych [Gonartroza]	275	109	384	3,8
N95.8	Inne określone schorzenia związane z przekwitaniem i z okresem okołomenopauzalnym	378	0	378	6,3
K02	Próchnica zębów	228	147	375	3,8
H25.8	Inne postacie zaćmy starczej	241	132	373	3,7
H52	Zaburzenia refrakcji i akomodacji	249	124	373	3,7
H53	Upośledzenie widzenia	232	127	359	3,6
K04	Choroby miazgi i tkanek okołowierchołkowych	170	173	343	3,4
E11.9	Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań)	185	133	318	3,2
--	Pozostałe rozpoznania	21 121	11 929	33 050	--
--	Razem	28 219	17 035	45 254	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.2.1. Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia stanowią od około 50 lat najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce i na świecie, choć dzięki szeregu akcji o charakterze profilaktycznym, jak również poprawie dostępu do ich diagnostyki i leczenia, odsetek ten stopniowo maleje. Udział tych chorób w ogólnej liczbie zgonów obniżył się w naszym kraju z poziomu 52% w roku 1992 do 34,8% w 2021 r. Choroby układu krążenia częściej dotyczą kobiet, zarówno jeżeli chodzi o wskaźniki zachorowalności, jak i umieralności z powodu tych schorzeń. Współczynnik umieralności z tego powodu wyniósł 499,3 zgonów kobiet na 100 tys. kobiet oraz 450,7 zgonów mężczyzn na 100 tys. mężczyzn. Należy jednak zaznaczyć, że w roku 1990 odsetek zgonów kobiet wskutek chorób układu krążenia wynosił 57%, a wśród mężczyzn 48%. W powiecie cieszyńskim odsetek zgonów z powodu ChUK w roku 2021 (37,8%) osiągnął wartość znacznie wyższą od ogólnopolskiej (34,8%) oraz wojewódzkiej (35,1%)^{45,46}. Przyczyną największej liczby zgonów kardiologicznych, tak w Polsce, jak i w województwie śląskim, jest choroba niedokrwienna serca (I20-I25), która w 2021 r. odpowiadała za 40,4% zgonów kardiologicznych, w tym w wielu przypadkach był to ostry zawał serca. Drugą istotną przyczyną są choroby naczyń mózgowych (I60-I69), odpowiadające za 17,4% zgonów kardiologicznych, a kolejne to: miażdżyca (I70), która w 2021 r. dotyczyła w Polsce ponad 13,7% zgonów kardiologicznych i choroba nadciśnieniowa (I10-I13) – 7,7% zgonów z powodów kardiologicznych⁴⁷.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 9,7 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu krążenia (11,7% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy samoistne (pierwotne) nadciśnienie tętnicze (38,9% ogółu rozpoznań w tej grupie), przewlekłą chorobę niedokrwienną serca (5,4%) oraz migotanie i trzepotanie przedsionków (4,4%). Z diagnozą ww. schorzeń, poza przewlekłą chorobą niedokrwienną serca, częściej w systemie pojawiały się kobiety. Ok. 90% rozpoznań w tej grupie chorobowej dotyczyło mieszkańców po 50 r.ż. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXVI.

⁴⁵ Z. Strzelecki, J. Szymborski, Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Warszawa 2015, <http://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosciowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosciowej> (dostęp z dnia 02.04.2023).

⁴⁶ Bank danych lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp z dnia 02.04.2023).

⁴⁷ Ibidem.

Tab. XXVI. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu krążenia będące przyczyną wizyt w publicznej opiece zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	wiek					płeć		razem	% ogółu
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60	K	M		
I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	39	80	322	530	2 817	2 230	1 558	3 788	38,9
I25	Przewlekła choroba niedokrwienna serca	0	3	6	25	494	230	298	528	5,4
I48	Migotanie i trzepotanie przedsionków	0	2	5	16	403	225	201	426	4,4
I49	Inne zaburzenia rytmu serca	20	24	34	51	206	237	98	335	3,4
I69	Następstwa chorób naczyń mózgowych	1	5	9	19	281	191	124	315	3,2
I11	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca	1	1	8	12	273	186	109	295	3,0
I70	Miażdżyca	0	1	3	11	274	184	105	289	3,0
I25	Przewlekła choroba niedokrwienna serca	0	0	4	14	255	116	157	273	2,8
I50	Niewydolność serca	0	1	2	13	221	108	129	237	2,4
I83	Żylaki kończyn dolnych	12	18	36	41	124	168	63	231	2,4
--	Pozostałe rozpoznania	79	139	224	300	2 291	1 544	1 489	3 033	31,1
--	Razem	152	274	653	1 032	7 639	5 419	4 331	9 750	100,0
--	% ogółu	1,6	2,8	6,7	10,6	78,3	55,6	44,4	100,0	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

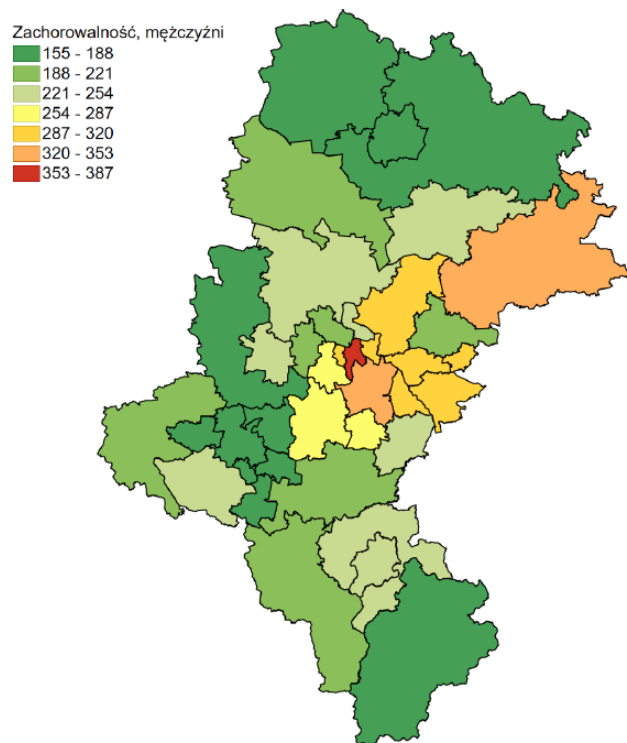
6.2.2. Nowotwory złośliwe

Choroby nowotworowe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, tuż po chorobach układu krążenia, a liczba zachorowań i zgonów z ich powodu systematycznie rośnie. Odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych w powiecie cieszyńskim, na poziomie 19,2%, jest nieco niższy niż odsetek dla Polski (19,6%) i województwa śląskiego (20,2%)⁴⁸.

Zgodnie z danymi Śląskiego Rejestru Nowotworów⁴⁹ w powiecie cieszyńskim występują niższe wskaźniki zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe od średniej wojewódzkiej (dane za rok 2020). W przypadku zachorowalności mężczyzn powiat zajmuje 26 miejsce w województwie ze wskaźnikiem na poziomie 197,8/100 tys. ludności w populacji mężczyzn (woj. śląskie: 234,6/100 tys. ludności), z kolei w przypadku kobiet – 16 miejsce (powiat cieszyński: 190,4/100 tys. ludności; woj. śląskie: 204,2/100 tys. ludności). Za pozytywną obserwację uznać należy, że współczynnik umieralności na nowotwory złośliwe w przypadku mężczyzn osiąga w powiecie cieszyńskim najniższą wartość

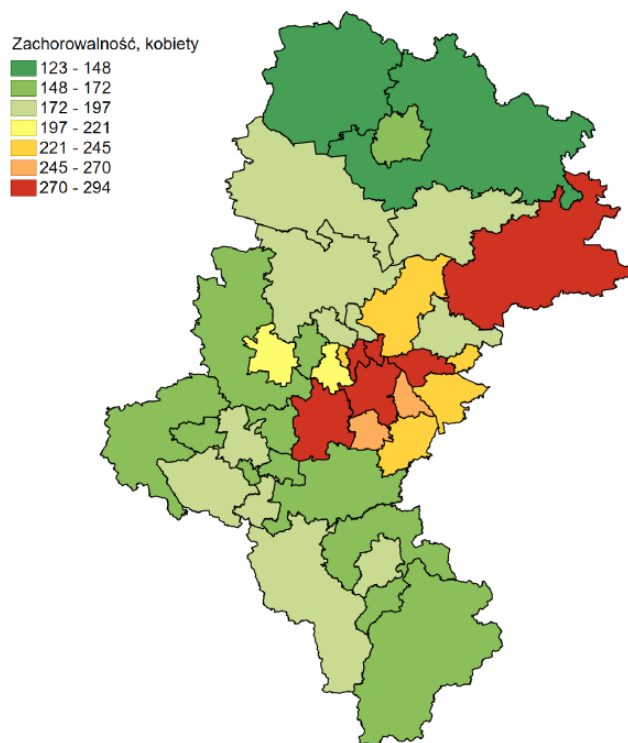
⁴⁸ Bank danych lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp z dnia 02.04.2023].⁴⁹ Motnyk M. i in., Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2020 roku, Gliwice 2022.

w województwie – 117/100 tys. ludności (średnia dla województwa to 148,8). W przypadku współczynnika umieralności na nowotwory złośliwe w populacji kobiet jest to wartość na poziomie 87,5/100 tys. ludności, zatem niższa od średniej wojewódzkiej (96,5). Przedstawione wyżej dane zobrazowano za pomocą rycin 4-7.



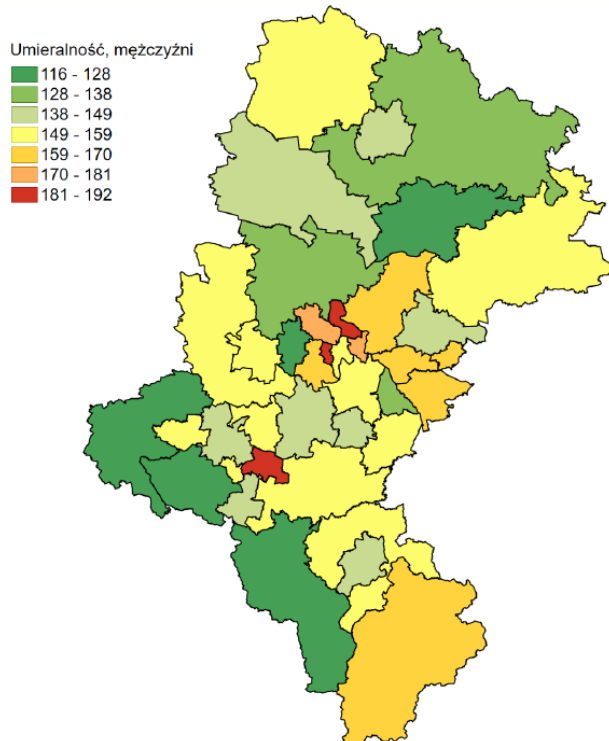
Ryc. 4. Mapa zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w województwie śląskim w roku 2022 w podziale na powiaty.

Źródło: Motnyk M. i in., Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2020 roku, Gliwice 2022.



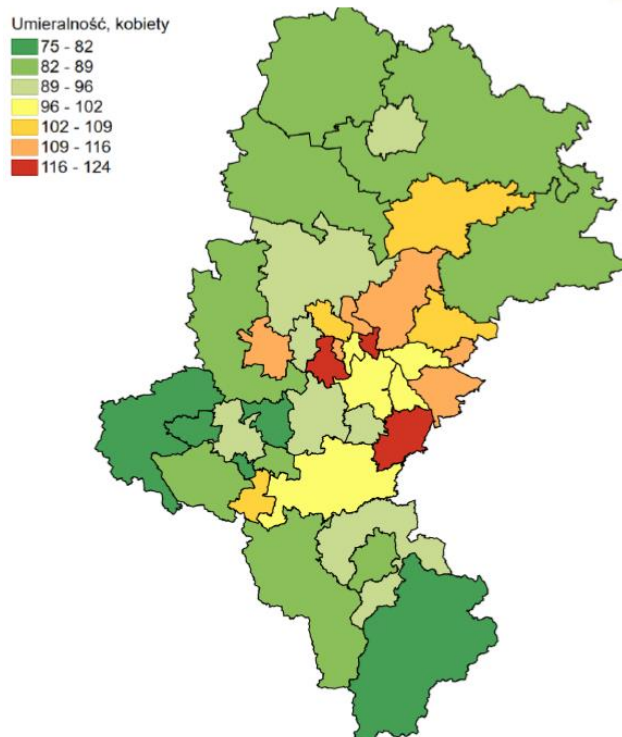
Ryc. 5. Mapa zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród kobiet w województwie śląskim w roku 2020 w podziale na powiaty.

Źródło: Motnyk M. i in., *Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2020 roku*, Gliwice 2022.



Ryc. 6. Mapa umieralności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w województwie śląskim w roku 2020 w podziale na powiaty.

Źródło: Motnyk M. i in., *Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2020 roku*, Gliwice 2022.



Ryc. 7. Mapa umieralności na nowotwory złośliwe wśród kobiet w województwie śląskim w roku 2022 w podziale na powiaty.

Źródło: Motnyk M. i in., *Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2020 roku*, Gliwice 2020.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 1,4 tys. rozpoznań w zakresie nowotworów złośliwych (1,7% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy nowotwór złośliwy sutka (18,3% ogółu rozpoznań w tej grupie), nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (10,9%) oraz inne niż czerniak nowotwory złośliwe skóry (6,1%). Ogółem więcej rozpoznań w tej grupie, z uwagi na duże rozpowszechnienie nowotworu złośliwego sutka, dotyczyło kobiet (58%). Mieszkańców po 50 r.ż. dotyczyło ponad 89% rozpoznań w tej grupie chorobowej (ponad 75% osób w wieku 60 lat i więcej oraz ponad 13% z grupy wiekowej 50-59 lat). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXVII.

Tab. XXVII. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób nowotworowych będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	wiek					płeć		razem	% ogółu
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60	K	M		
C50	Nowotwór złośliwy sutka	0	5	41	47	172	265	0	265	18,3
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	0	0	0	7	151	0	158	158	10,9
C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	0	0	5	10	73	49	39	88	6,1
C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	1	0	2	5	42	26	24	50	3,5
C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	0	0	0	3	45	17	31	48	3,3
C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	0	0	1	7	36	18	26	44	3,0
C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	0	0	0	5	55	30	30	60	4,2
C64	Nowotwór złośliwy nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	0	0	1	3	26	14	16	30	2,1
C73	Nowotwór złośliwy tarczycy	0	5	4	4	17	26	4	30	2,1
C56	Nowotwór złośliwy jajnika	0	2	1	1	16	20	0	20	1,4
--	Pozostałe rozpoznania	11	31	44	103	463	373	279	652	45,1
--	Razem	12	43	99	195	1 096	838	607	1 445	100,0
--	% ogółu	0,8	3,0	6,9	13,5	75,8	58,0	42,0	100,0	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.2.3. Choroby układu oddechowego

Choroby układu oddechowego zajmowały w roku 2021 piąte miejsce w strukturze zgonów, powodując 5,4% zgonów w populacji krajowej. Wartość odsetka zgonów z ich powodu była niższa, zarówno w województwie śląskim (3,8%), jak i w powiecie cieszyńskim (3,5%). Ponadto należy w tym miejscu podkreślić, że w roku 2021 wśród najczęstszych przyczyn zgonów Polaków pojawił się COVID-19, stanowiący w skali kraju trzecią przyczynę zgonu, po chorobach układu krążenia i nowotworach złośliwych. W roku 2021 ta jednostka chorobowa odpowiadała za 17,9% ogółu zgonów w populacji Polski oraz 18,9% populacji województwa śląskiego. W powiecie cieszyńskim, w analizowanym okresie, COVID-19 stanowił drugą wiodącą przyczynę zgonów (20,1% ogółu), wyprzedzając tym samym nowotwory⁵⁰.

Zwiększająca się liczba przypadków chorób układu oddechowego związana jest przede wszystkim z postępującym zanieczyszczeniem powietrza i środowiska naturalnego.

⁵⁰ Bank danych lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp z dnia 02.04.2023).

Często wiąże się również występowanie tego typu zaburzeń z niskim statusem socjo-ekonomicznym ludności. Najpowszechniej występującym zaburzeniem z grupy chorób zakaźnych układu oddechowego jest grypa, często lekceważona lub mylona z przeziębieniem. Tymczasem grypa to choroba o wysokim stopniu ryzyka śmierci lub powikłań, każdego roku umiera z jej powodu około 500 tys. ludzi na całym świecie⁵¹. Na dramatyczną sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób układu oddechowego, obecnie dodatkowo nałożyła się pandemia COVID-19. Choroba wywoływana nowym wirusem okazała się wysoce zakaźna, co w powiązaniu z możliwością spowodowania ciężkiej niewydolności układu oddechowego i jej masowego charakteru, spowodowało kryzys we wszystkich systemach ochrony zdrowia na świecie⁵².

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 12 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu oddechowego (14,2% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy ostre zakażenia górnych dróg oddechowych, w tym: o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym, nosa i gardła, zatok przynosowych, gardła oraz krtani i tchawicy (łącznie ponad połowa ogółu rozpoznań w tej grupie). W grupie chorób przewlekłych najczęściej wśród rozpoznań pojawia inna przewlekła zaporowa choroba płuc (6,1%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań, częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku powyżej 60 r.ż. (ponad 34%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXVIII.

Tab. XXVIII. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu oddechowego będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	wiek					płeć		razem	% ogółu
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60	K	M		
J06	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	417	482	511	407	692	1544	965	2509	20,9
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	445	478	458	338	467	1388	798	2186	18,2

⁵¹ Profilaktyka i leczenie grypy, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Zalecane przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej 2006.

⁵² European Observatory of Health Systems and Policies [https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx; dostęp: 03.04.2023].

J01	Ostre zapalenie zatok przynosowych	124	188	192	125	164	537	256	793	6,6
J45	Inna przewlekła zaporowa choroba płuc	65	61	92	108	413	505	234	739	6,1
J02	Ostre zapalenie gardła	115	107	111	68	101	334	168	502	4,2
J20	Ostre zapalenie oskrzeli	27	45	62	71	221	268	158	426	3,5
J30	Naczynioruchowe i uczuleniowe zapalenie (błony śluzowej) nosa	76	65	71	56	73	224	117	341	2,8
J03	Ostre zapalenie migdałków	81	98	74	43	44	228	112	340	2,8
J04	Ostre zapalenie krtani i tchawicy	22	67	76	52	81	233	65	298	2,5
J32	Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych	28	44	45	40	49	116	90	206	1,7
--	Pozostałe rozpoznania	350	479	510	483	1 869	2 128	1 563	3 691	30,7
--	Razem	1 750	2 114	2 202	1 791	4 174	7 505	4 526	12 031	100,0
--	% ogółu	14,5	17,6	18,3	14,9	34,7	62,4	37,6	100,0	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.2.4. Choroby układu nerwowego

Choroby układu nerwowego to bardzo rozległa i niejednorodna grupa zaburzeń, obejmująca nieprawidłowości centralnego i obwodowego układu nerwowego. Mogą mieć one charakter pierwotny, ale równie często są następstwem innych zaburzeń, mających początkowo miejsce poza tym układem. Wśród chorób ośrodkowego układu nerwowego wymienić można padaczkę, udary, urazy, neuroinfekcje, guzy, ale również zespoły otępienne, czy wady rozwojowe. Najczęstszymi zaburzeniami obwodowej części układu będą z kolei: zapalenia nerwów, polineuropatie lub zespoły korzeniowe. Niektóre zaburzenia obejmują swym zasięgiem oba rodzaje układów: ośrodkowy i obwodowy, tak jak ma to miejsce w przypadku stwardnienia rozsianego⁵³.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 3,4 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu nerwowego (4,1% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy: zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (30,6% ogółu rozpoznań w tej grupie), ucisk korzeni nerwowych i splotów nerwowych (10,4%), migrenę oraz inne zespoły bólu głowy (łącznie 8,9%) oraz retinopatie kończyny górnej (6,5%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie

⁵³ W. Kozubski, P. Liberski, Choroby układu nerwowego, PZWL, 2004.

chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 50%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXIX.

Tab. XXIX. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu nerwowego będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.

ICD10	Nazwa rozpoznania	wiek					płeć		razem	% ogółu
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60	K	M		
G54	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	63	104	182	233	476	652	406	1 058	30,6
G55	Ucisk korzeni nerwowych i splotów nerwowych	7	22	62	87	181	216	143	359	10,4
G44	Inne zespoły bólu głowy	34	23	45	43	76	166	55	221	6,4
G56	Mononeuropatie kończyny górnej	5	17	31	59	112	165	59	224	6,5
G40	Padaczka	15	19	31	25	56	67	79	146	4,2
G20	Choroba Parkinsona	0	2	1	4	97	56	48	104	3,0
G43	Migrena	18	16	31	13	7	74	11	85	2,5
G96	Inne choroby ośrodkowego układu nerwowego	11	6	10	12	25	40	24	64	1,8
G63	Polineuropatia w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	0	0	2	7	53	26	36	62	1,8
G47.3	Bezdech senny	3	3	16	14	25	20	41	61	1,8
--	Pozostałe rozpoznania	64	91	139	151	634	624	455	1 079	31,2
--	Razem	220	303	550	648	1 742	2 106	1 357	3 463	100,0
	% ogółu	6,4	8,7	15,9	18,7	50,3	60,8	39,2	100,0	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.2.5. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej

Dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego (MSDs) są problemem najczęściej dotyczącym osób pracujących i stanowią trzecią przyczynę absencji chorobowej⁵⁴. Występowanie problemów narządu ruchu jest silnie związane z wiekiem. Z kolei choroba zwyrodnieniowa stawów oraz osteoporoza, będąca główną przyczyną złamańiskoenergetycznych, są powszechnym zjawiskiem wśród osób w wieku senioralnym. W grupie osób dorosłych główną przyczyną zespołów bólowych kręgosłupa oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego są jego zmiany przeciążeniowe, najczęściej przemijające, ale u około 10% osób przyjmujące charakter przewlekły. Wieloletnie występowanie zespołów

⁵⁴ ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2021 r. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2022.

bólowych oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego wpływa na postępujące ograniczenie lub utratę sprawności fizycznej, następstwem tego procesu może być niepełnosprawność⁵⁵.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 11,4 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (13,8% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy bóle grzbietu (16,1% ogółu rozpoznań), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (12%) oraz choroby zwyrodnieniowe stawów kolanowych (7,1%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 56%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXX.

Tab. XXX. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.

ICD -10	Nazwa rozpoznania	wiek					płeć		razem	% ogółu
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60	K	M		
M54	Bóle grzbietu	113	189	379	361	813	1 066	789	1 855	16,1
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	28	80	181	254	839	912	470	1 382	12,0
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych [gonartroza]	1	15	45	99	660	575	245	820	7,1
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	12	25	78	93	315	337	186	523	4,6
M25.5	Ból stawu	33	37	62	68	177	236	141	377	3,3
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem	39	48	77	91	122	219	158	377	3,3
M50	Choroby kręgów szyjnych	12	19	60	63	152	226	80	306	2,7
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [koksartroza]	0	5	16	32	189	139	103	242	2,1
M13	Inne zapalenia stawów	9	18	28	44	129	157	71	228	2,0
M10	Dna moczanowa	2	8	26	52	135	76	147	223	1,9
--	Pozostałe rozpoznania	235	355	727	919	2 918	3 448	1 706	5 154	44,9
--	Razem	484	799	1 679	2 076	6 449	7 391	4 096	11 487	100,0
	% ogółu	4,2	7,0	14,6	18,1	56,1	64,3	35,7	100,0	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

⁵⁵ M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, K. Kowalczyk, Pielęgnacyjno-rehabilitacyjne problemy starzejącego się społeczeństwa, Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2016.

6.2.6. Zaburzenia wydzielania wewnętrznego i przemian metabolicznych

Zaburzenia wydzielania wewnętrznego i przemian metabolicznych dotyczą gruczołów dokrewnych i mogą przebiegać z ich nadczynnością, niedoczynnością lub zmienioną wrażliwością na działanie hormonów. Najczęściej występujące choroby z tego zakresu dotyczą nieprawidłowości w funkcjonowaniu tarczycy (tyreotoksykoza, wole, choroba Hashimoto) i trzustki (cukrzyca typu 1 i 2). Niebezpieczeństwo wynikające z tych chorób wiąże się przede wszystkim z możliwością wystąpienia licznych powikłań, często o charakterze wielonarządowym⁵⁶.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło prawie 5,9 tys. rozpoznań w zakresie zaburzeń wydzielania wewnętrznego i przemian metabolicznych (7,1% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy cukrzycę (32,5% rozpoznań w tej grupie), inne niż związane z niedoborem jodu postacie niedoczynności tarczycy (18,6%), a także zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie (15,8%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 68%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXXI.

Tab. XXXI. Najczęstsze rozpoznania w grupie zaburzeń wydzielania wewnętrznego i przemian metabolicznych będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.

ICD -10	Nazwa rozpoznania	wiek					płeć		razem	% ogółu
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60	K	M		
E11	Cukrzyca insulinozależna	4	17	78	202	1 611	949	963	1 912	32,5
E78	Inne postacie niedoczynności tarczycy	11	51	126	199	710	669	428	1 097	18,6
E03	Zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie	66	86	112	131	536	844	87	931	15,8
E04	Wole nietoksyczne, inne	15	34	55	89	414	530	77	607	10,3
E06	Zapalenia tarczycy	17	40	50	65	147	297	22	319	5,4
E05	Tyreotoksykoza [nadczynność tarczycy]	12	6	12	12	85	97	30	127	2,2
E66	Otyłość	13	18	26	18	31	66	40	106	1,8
E89	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego i metaboliczne po zabiegach, gdzie indziej	0	2	7	13	80	90	12	102	1,7

⁵⁶ F. Kokot, Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004.

	niesklasyfikowane									
E07	Choroby tarczycy, inne	9	13	7	12	43	71	13	84	1,4
E79	Zaburzenia przemiany puryn i pirymidyn	0	3	6	3	56	38	30	68	1,2
--	Pozostałe rozpoznania	58	52	64	73	292	349	190	539	9,1
--	Razem	205	322	543	817	4 005	4 000	1 892	5 892	100,0
	% ogółu	3,5	5,5	9,2	13,9	68,0	67,9	32,1	100,0	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.2.7. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

Problematyka zdrowia psychicznego jest współcześnie traktowana jako jeden z fundamentów dobrostanu człowieka. Wskutek zachodzących globalnie przemian społecznych, ekonomicznych i środowiskowych jest ona przedmiotem narastającej uwagi, zarówno ze względu na rosnącą świadomość znaczenia zdrowia psychicznego dla ogólnego dobrostanu człowieka, jak i z powodu narastającej skali występowania tego rodzaju problemów zdrowotnych – samoistnie oraz w powiązaniu z innymi chorobami, jak nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca, czy inne choroby przewlekłe. W ostatnich latach liczba zaburzeń psychicznych, które pogarszają jakość życia osób nimi dotkniętych oraz ich rodzin i najbliższych, gwałtownie wzrasta⁵⁷.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 3,7 tys. rozpoznań w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (4,5% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy inne niż w postaci fobii zaburzenia lękowe (13,1% rozpoznań w tej grupie), reakcję na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (12,3%), a także zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (9,8%). Z problemem wszystkich rozpoznań wyszczególnionych w poniższej tabeli, z wyjątkiem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem alkoholu, częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXXII.

⁵⁷ WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int; dostęp: 02.04.2023r.]

Tab. XXXII. Najczęstsze rozpoznania w grupie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	wiek					płeć		razem	% ogółu
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60	K	M		
F41	Inne zaburzenia lękowe	72	71	102	104	144	347	146	493	13,1
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	64	104	128	88	78	352	110	462	12,3
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu	36	71	100	94	69	95	275	370	9,8
F32	Epizod depresyjny	42	44	73	69	113	247	94	341	9,1
F20	Schizofrenia	18	49	91	71	98	121	206	327	8,7
F03	Otępienie bliżej nieokreślone	0	0	3	5	248	190	66	256	6,8
F48	Inne zaburzenia nerwicowe	28	30	60	33	88	175	64	239	6,3
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające	7	17	20	41	94	132	47	179	4,8
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu	3	3	9	15	77	68	39	107	2,8
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)	2	5	7	20	38	48	24	72	1,9
--	Pozostałe rozpoznania	152	110	132	118	407	507	412	919	24,4
--	Razem	424	504	725	658	1 454	2 282	1 483	3 765	100,0
	% ogółu	11,3	13,4	19,3	17,5	38,6	60,6	39,4	100,0	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.2.8. Choroby układu pokarmowego

Choroby układu pokarmowego stanowią bardzo obszerną i niejednorodną grupę zaburzeń, mogących występować w każdym odcinku przewodu pokarmowego. Znaczna część z nich to choroby jamy ustnej. Z kolei choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (tj. przełyku, żołądka i dwunastnicy) to najczęściej choroby przewlekłe, związane z nadprodukcją kwasu solnego w żołądku. Wśród rozpoznań w tej grupie dominują: choroba refluksowa przełyku, przewlekłe zapalenie żołądka i dwunastnicy, a także choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. Za najczęściej występującą chorobę dolnego odcinka przewodu pokarmowego uznaje się zespół jelita drażliwego⁵⁸.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło prawie 8 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu pokarmowego (9,5% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów

⁵⁸ Poniewierka E., Żywnienie w chorobach przewodu pokarmowego i zaburzeniach metabolicznych, wyd. Cornetis Sp. z o.o., Wrocław 2010.

zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy próchnicę i inne choroby jamy ustnej (łącznie ponad 40% rozpoznań w tej grupie) oraz niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego inne niż choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelit (5,2%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Ponad 42% ogółu rozpoznań dotyczyło mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXXIII.

Tab. XXXIII. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu pokarmowego będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.

ICD-10	Nazwa rozpoznania	wiek					płeć		razem	% ogółu
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60	K	M		
K02	Próchnica zębów	245	214	234	176	375	734	510	1244	15,6
K04	Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych	132	166	168	126	343	490	445	935	11,7
K03	Inne choroby tkanek twardych zębów	73	126	114	63	85	287	174	461	5,8
K05	Zapalenie dziąseł i choroby przyzębia	36	48	60	46	260	269	181	450	5,7
K52	Inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego	122	99	80	46	69	226	190	416	5,2
K29	Zapalenie żołądka i dwunastnicy	22	35	56	61	200	237	137	374	4,7
K30	Dyspepsja	66	64	70	49	83	214	118	332	4,2
K06	Inne zaburzenia dziąsła i bezzębny wyrostek zębodołowy	4	3	19	38	264	199	129	328	4,1
K59	Inne czynnościowe zaburzenia jelit	59	47	52	44	93	188	107	295	3,7
K21	Zarzucanie (refluks) żołądkowo-przełykowe	14	23	34	46	143	170	90	260	3,3
--	Pozostałe rozpoznania	254	303	409	412	1 491	1 591	1 278	2 869	36,0
--	Razem	1 027	1 128	1 296	1 107	3 406	4 605	3 359	7 964	100,0
	% ogółu	12,9	14,2	16,3	13,9	42,8	57,8	42,2	100,0	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego OW NFZ.

6.2.9. Niepełnosprawność

Stan zdrowia populacji obrazują także dane dotyczące liczby orzeczeń o niepełnosprawności wydawanych mieszkańcom miasta Cieszyna. W przypadku osób poniżej 16 roku życia na przestrzeni ostatnich 5 lat nie obserwuje się znacznych wahań w liczbie wydawanych zaświadczeń – łącznie w tym okresie wydano ich 481, w tym najwięcej z powodu zaburzeń głosu, mowy i chorób słuchu (18,1%), chorób neurologicznych (16,6%), całościowych zaburzeń rozwojowych (14,6%) oraz upośledzenia umysłowego (10,2%). Szczegółowe dane przedstawiono za pomocą tabeli XXXIV.

Tab. XXXIV. Liczba wydanych w latach 2018-2022 orzeczeń o niepełnosprawności (mieszkańcy miasta Cieszyna poniżej 16 roku życia).

Przyczyny niepełnosprawności		2018	2019	2020	2021	2022	Razem	
							liczba	%
01-U	upośledzenia umysłowe	8	5	9	14	13	49	10,2
02-P	choroby psychiczne	7	6	7	8	8	36	7,5
03-L	zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	14	10	18	33	12	87	18,1
04-O	choroby narządu wzroku	3	1	0	2	2	8	1,7
05-R	upośledzenia narządu ruchu	12	4	9	11	6	42	8,7
06-E	epilepsja	5	2	5	2	6	20	4,2
07-S	choroby układów oddechowego i krążenia	9	5	10	5	6	35	7,3
08-T	choroby układu pokarmowego	4	0	1	0	2	7	1,5
09-M	choroby układu moczowo-płciowego	4	1	2	4	4	15	3,1
10-N	choroby neurologiczne	23	11	16	15	15	80	16,6
11-I	inne przyczyny	6	7	6	5	8	32	6,7
12-C	całościowe zaburzenia rozwojowe	15	9	10	21	15	70	14,6
Razem		110	61	93	120	97	481	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Cieszynie

W przypadku osób powyżej 16 roku życia na przestrzeni ostatnich 5 lat obserwuje się znaczny wzrost wydawanych corocznie orzeczeń o niepełnosprawności – w roku 2018 było to 750, w 2022 – już 932. Łącznie w analizowanym okresie wydano 4 063 takie zaświadczenia, w tym najwięcej z powodu upośledzenia narządu ruchu (25,3%), chorób układów oddechowego i krążenia (22,5%), a także chorób neurologicznych (13,3%) oraz psychicznych (12,2%). Ponad 84% wszystkich zaświadczeń wydawana była w związku z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności – odpowiednio 42,7% oraz 41,6% ogółu. Szczegółowe dane przedstawiono za pomocą tabeli XXXV.

Tab. XXXV. Liczba wydanych w latach 2018-2022 orzeczeń o niepełnosprawności (mieszkańcy miasta Cieszyzna powyżej 16 roku życia).

Przyczyny niepełnosprawności		2018	2019	2020	2021	2022	Razem	
							liczba	%
01-U	upośledzenia umysłowe	7	9	9	8	7	40	1,0
02-P	choroby psychiczne	87	77	78	133	122	497	12,2
03-L	zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	38	28	25	33	30	154	3,8
04-O	choroby narządu wzroku	21	13	9	11	16	70	1,7
05-R	upośledzenia narządu ruchu	172	202	197	219	237	1027	25,3
06-E	epilepsja	10	14	15	12	14	65	1,6
07-S	choroby układów oddechowego i krążenia	161	177	156	213	209	916	22,5
08-T	choroby układu pokarmowego	24	37	28	28	33	150	3,7
09-M	choroby układu moczowo-płciowego	24	27	26	44	42	163	4,0
10-N	choroby neurologiczne	101	109	90	121	120	541	13,3
11-I	inne przyczyny	101	83	60	79	91	414	10,2
12-C	całościowe zaburzenia rozwojowe	4	3	5	3	11	26	0,6
Razem		750	779	698	904	932	4 063	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Cieszynie

6.2.10. Absencja chorobowa

Problemy zdrowotne znajdują także swoje odzwierciedlenie na rynku pracy. Grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki w strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2021 r. w Polsce były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (16,7% ogółu wydatków), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (14,5%), choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu (12,5%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (12,2%), choroby układu oddechowego (8,2%), układu krążenia (8%) oraz układu nerwowego (7,7%). Wszystkie wyżej wymienione grupy chorobowe były przyczyną ok. 80% wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy⁵⁹.

W roku 2021 mieszkańcom powiatu cieszyńskiego wydano ponad 103,6 tys. zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS. Wśród 30 głównych przyczyn niezdolności do pracy w analizowanym okresie znalazły się ostre choroby zapalne układu oddechowego (łącznie ok. 22,3% ogółu zaświadczeń lekarskich), przewlekłe choroby układu ruchu (ok. 12,1%),

⁵⁹ ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych.. op. cit.

przewlekłe choroby układu nerwowego (3,8%), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (2,9%), a także opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (7,9%). Opisane wyżej zwolnienia lekarskie były przyczyną łącznie ponad 1,1 mln dni absencji chorobowej mieszkańców powiatu. Najwięcej dni absencji spowodowanych było opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (14,6% ogółu), bólami grzbietu (4,9%) oraz ostrymi zakażeniami górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (3,8%). Dane na poziomie gmin nie są dostępne, w związku z czym szczegółowe dane na poziomie powiatu przedstawiono w tabelach XXXVI i XXXVII.

Tab. XXXVI. Liczba dni absencji chorobowej mieszkańców powiatu cieszyńskiego w 2021 r. – absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS.

Rozpoznanie		Liczba dni absencji chorobowej	
		Liczba	%
OGÓŁEM (A00-Z99)		1 151 471	100
w tym:			
O26	Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	168 280	14,6
M54	Bóle grzbietu	56 257	4,9
J06	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	43 703	3,8
G54	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	34 361	3,0
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	32 395	2,8
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	23 859	2,1
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	20 191	1,8
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	19 985	1,7
U07	U07.1 COVID-19	19 237	1,7
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	17 885	1,6
S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	17 251	1,5
F32	Epizod depresyjny	17 058	1,5
O20	Krwawienie we wczesnym okresie ciąży	16 171	1,4
S82	Złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym	16 007	1,4
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem	14 459	1,3
S93	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy	14 304	1,2
J01	Ostre zapalenie zatok przynosowych	14 019	1,2
G56	Mononeuropatie kończyny górnej	13 149	1,1
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych [Gonartroza]	12 959	1,1
F41	Inne zaburzenia lękowe	12 581	1,1
I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	10 886	0,9
S62	Złamanie na poziomie nadgarstka i ręki	10 751	0,9
S52	Złamanie przedramienia	9 821	0,9
M75	Uszkodzenia barku	8 702	0,8
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [Koksartroza]	8 482	0,7
M50	Choroby kręgów szyjnych	8 375	0,7

S92	Złamanie stopy, bez stawu skokowego	8 313	0,7
J02	Ostre zapalenie gardła	7 986	0,7
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające	7 690	0,7
K40	Przepuklina pachwinowa	6 833	0,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

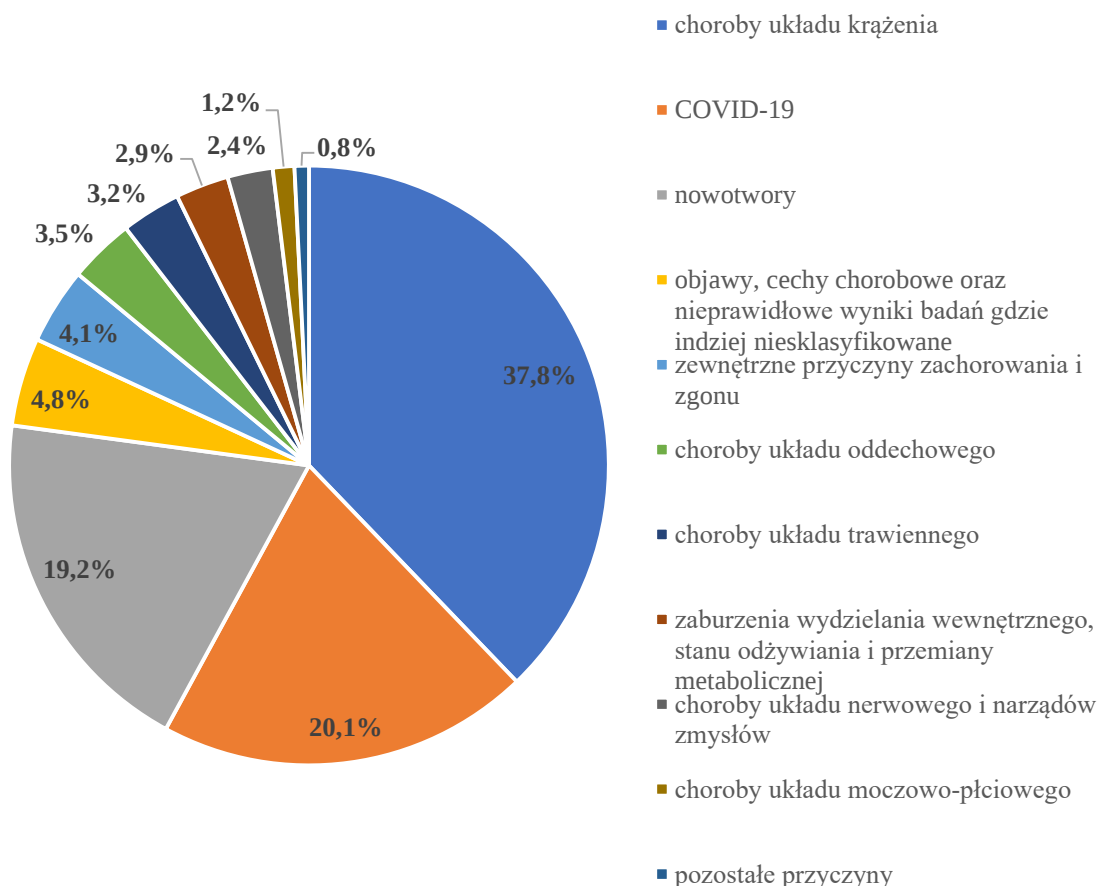
Tab. XXXVII. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych mieszkańcom powiatu cieszyńskiego w 2021 r. w związku z niezdolnością do pracy – absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS.

Rozpoznanie		Liczba zaświadczeń lekarskich	
		Liczba	%
OGÓŁEM (A00-Z99)		103 653	100
w tym:			
J06	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	7 597	7,3
O26	Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	7 456	7,2
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	6 814	6,6
M54	Bóle grzbietu	5 969	5,8
G54	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	3 311	3,2
J01	Ostre zapalenie zatok przynosowych	2 456	2,4
U07	U07.1 COVID-19	2 406	2,3
M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	1 703	1,6
K52	Inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego	1 543	1,5
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem	1 491	1,4
J02	Ostre zapalenie gardła	1 467	1,4
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	1 391	1,3
I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	1 253	1,2
S93	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy	1 246	1,2
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	1 183	1,1
R53	Złe samopoczucie, zmęczenie	1 180	1,1
S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	1 049	1
K30	Dyspepsja	1 036	1
J03	Ostre zapalenie migdałków	923	0,9
F32	Epizod depresyjny	913	0,9
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego	888	0,9
R10	Ból w okolicy brzucha i miednicy	829	0,8
O20	Krwawienie we wczesnym okresie ciąży	770	0,7
F41	Inne zaburzenia lękowe	767	0,7
J04	Ostre zapalenie krtani i tchawicy	767	0,7
J20	Ostre zapalenie oskrzeli	759	0,7
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych [Gonartroza]	759	0,7
S61	Otwarta rana nadgarstka i ręki	667	0,6
G56	Mononeuropatie kończyny górnej	635	0,6
M50	Choroby kręgów szyjnych	632	0,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

6.3. Umieralność

W roku 2022 w mieście Cieszynie odnotowano 609 zgonów, w tym 291 zgonów mężczyzn (47,8%) oraz 318 zgonów kobiet (52,2%). Szczegółowe dane dotyczące przyczyn zgonów na poziomie gmin nie są dostępne, w związku z czym poniżej przedstawiono dane na poziomie powiatu. W roku 2021 w powiecie cieszyńskim odnotowano 2 581 zgonów. Wśród głównych przyczyn zgonów w tym okresie dominowały, podobnie jak w całym kraju i województwie śląskim, choroby układu krążenia (37,8% ogółu). Drugie miejsce wśród najczęstszych przyczyn zgonów zajął COVID-19 (20,1%), podczas gdy w kraju i w Polsce drugą wiodącą przyczyną zgonów były w analizowanym okresie choroby nowotworowe. W powiecie cieszyńskim nowotwory zajęły trzecią pozycję w tym rankingu, odpowiadając za 19,2% ogółu zgonów. Szczegółowe dane zobrazowano za pomocą ryciny 8.



Ryc. 8. Przyczyny zgonów mieszkańców powiatu cieszyńskiego w roku 2021 (%).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W powiecie cieszyńskim w 2021 roku współczynnik zgonów ogółem na 100 tys. mieszkańców był niższy od wartości dla województwa śląskiego, ale wyższy od wskaźnika dla kraju. W regionie odnotowano większą liczbę zgonów/100 tys. ludności, w porównaniu do kraju i województwa, w przypadku zgonów z powodu chorób układu krążenia, COVID-19, zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej oraz chorób układu moczowo-płciowego. Wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności z powodu nowotworów ogółem osiągnął wartość niższą, niż województwo śląskie, ale wyższą niż wartość dla kraju. W przypadku chorób układu oddechowego oraz trawiennego wartości te były niższe, zarówno w porównaniu do województwa, jak i Polski. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXXVIII.

Tab. XXXVIII. Zgony z powodu głównych przyczyn w powiecie cieszyńskim na tle województwa śląskiego i Polski w roku 2021.

Przyczyna zgonu	ogółem			na 100 tys. ludności		
	powiat cieszyński	woj. śląskie	Polska	powiat cieszyński	woj. śląskie	Polska
choroby układu krążenia	976	23 239	180 760	554,2	531,1	476,8
nowotwory	496	13 363	101 854	281,6	305,4	268,7
objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań gdzie indziej niesklasyfikowane	123	4 195	36 710	69,8	95,9	96,8
COVID-19	519	12 512	92 780	294,7	285,9	244,8
choroby układu oddechowego	91	2 502	28 141	51,7	57,2	74,2
zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	106	2 611	21 670	60,2	59,7	57,2
choroby układu trawiennego	83	3 161	20 693	47,1	72,2	54,6
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	74	1 674	11 633	42,0	38,3	30,7
choroby układu moczowo- płciowego	30	601	6 118	17,0	13,7	16,1
pozostałe przyczyny	83	2 294	19 158	47,1	52,4	50,5
razem	2 581	66 152	519 517	1 465,5	1 511,7	1 370,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wnioski

1. W roku 2022 w placówkach świadczących usługi zdrowotne finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia mieszkańcom miasta Cieszyna postawiono 99 877 rozpoznań chorób i problemów zdrowotnych. Ponad 58,8 tys. rozpoznań dotyczyło kobiet (58,9% ogółu), natomiast prawie 41,1 tys. – mężczyzn (41,1%). W analizowanym okresie zdecydowanie największa liczba rozpoznań dotyczyła mieszkańców w wieku 60 lat i więcej (45,6% ogółu), najmniejsza – osób w wieku 18-29 lat (6,6%)
2. Wśród problemów zdrowotnych o największym rozpowszechnieniu w populacji dzieci i młodzieży wskazać należy choroby układu oddechowego (w tym głównie ostre choroby zapalne górnych dróg oddechowych) oraz choroby układu pokarmowego (głównie próchnicę).
3. Wśród najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna znajdują się choroby układu oddechowego, układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, układu krążenia, a także narządu wzroku i układu pokarmowego (łącznie ok. 60% wszystkich rozpoznań). W populacji mieszkańców w wieku 18-39 lat, podobnie jak w przypadku dzieci i młodzieży, dominują ostre choroby zapalne układu oddechowego. Z kolei w populacji osób w wieku 40 lat i więcej wśród najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych pojawiają się dodatkowo samoistne (pierwotne) nadciśnienie, a także choroby układu ruchu oraz, szczególnie w populacji po 60 r.ż., cukrzyca insulinozależna oraz rozrost gruczołu krokowego.
4. Choroby układu krążenia stanowią przyczynę 34,8% zgonów w Polsce, odsetek ten jest wyższy w powiecie cieszyńskim (37,8%). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych mieszkańców Cieszyna w grupie chorób układu krążenia wskazać należy samoistne nadciśnienie tętnicze, przewlekłą chorobę niedokrwinną serca oraz migotanie i trzepotanie przedsionków. Około 90% rozpoznań w tej grupie chorobowej dotyczyło mieszkańców po 50 r.ż.
5. Choroby nowotworowe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, tuż po chorobach układu krążenia (19,6% wszystkich zgonów), a liczba zachorowań i zgonów z ich powodu systematycznie rośnie. W powiecie cieszyńskim odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych jest nieco niższy niż odsetek dla Polski (19,2%). Podkreślić

należy, że w powiecie cieszyńskim występują niższe niż średnie dla województwa wskaźniki zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe. Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy nowotwór złośliwy sutka, nowotwór złośliwy gruczołu krokowego oraz inne niż czerniak nowotwory złośliwe skóry.

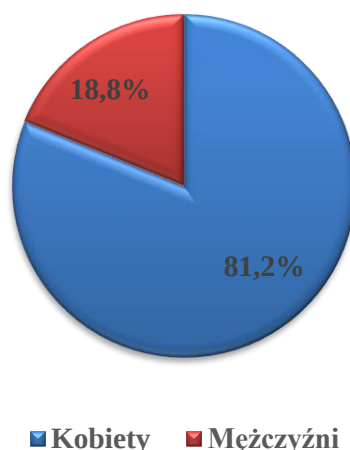
6. Choroby układu oddechowego zajmują obecnie piąte miejsce w strukturze zgonów, powodując 5,4% zgonów w populacji krajowej. Wartość odsetka zgonów z ich powodu dla powiatu cieszyńskiego jest niższa (3,5%). Wyższy jest natomiast, w porównaniu do województwa i kraju, odsetek zgonów z powodu COVID-19. Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych mieszkańców miasta w obszarze chorób układu oddechowego wskazać należy ostre zakażenia górnych dróg oddechowych, a także inną przewlekłą zaporową chorobę płuc (w grupie chorób przewlekłych).
7. Wśród najczęściej pojawiających się zaburzeń w funkcjonowaniu układu nerwowego u mieszkańców miasta Cieszyna występują zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, ucisk korzeni nerwowych i splotów nerwowych, migrena oraz inne zespoły bólu głowy, a także dyskopatie kończyny górnej. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczy dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej.
8. W grupie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej występujących u mieszkańców miasta Cieszyna dominują bóle grzbietu, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz choroby zwyrodnieniowe stawów kolanowych. Ponad 56% rozpoznań w tej grupie chorób dotyczy dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej.
9. Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w zakresie zaburzeń wydzielania wewnętrznego i przemian metabolicznych u mieszkańców miasta Cieszyna występują: cukrzyca insulinozależna, inne niż związane z niedoborem jodu postaci niedoczynności tarczycy oraz zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie. Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiają się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczy dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej.
10. Wśród najczęściej pojawiających się u mieszkańców miasta Cieszyna zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wskazać należy inne niż w postaci fobii zaburzenia lękowe, reakcję na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, a także zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu. Z problemem wszystkich rozpoznań w tej grupie, z wyjątkiem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania

spowodowanych użyciem alkoholu, częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiają się kobiety.

11. Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych populacji miasta Cieszyna w obszarze układu pokarmowego wskazać należy próchnicę i inne choroby jamy ustnej, a także niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego inne niż choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelit. Ponad 42% ogółu tych rozpoznań dotyczy populacji powiatu w wieku 60 lat i więcej.
12. Na przestrzeni ostatnich 5 lat w populacji poniżej 16 r. ż. nie obserwuje się znacznych wahań w liczbie wydawanych zaświadczeń o niepełnosprawności. Najwięcej zaświadczeń w analizowanym okresie wydano z powodu zaburzeń głosu, mowy i chorób słuchu, chorób neurologicznych, całościowych zaburzeń rozwojowych oraz upośledzenia umysłowego.
13. W przypadku osób powyżej 16 roku życia na przestrzeni ostatnich 5 lat obserwuje się znaczny wzrost wydawanych corocznie orzeczeń o niepełnosprawności. Najwięcej zaświadczeń wydano z powodu upośledzenia narządu ruchu, chorób układów oddechowego i krążenia, a także chorób neurologicznych oraz psychicznych.
14. W roku 2021 mieszkańcom powiatu cieszyńskiego wydano ponad 103,6 tys. zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS. Wśród 30 głównych przyczyn niezdolności do pracy w analizowanym okresie znalazły się ostre choroby zapalne układu oddechowego, przewlekłe choroby układu ruchu, przewlekłe choroby układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, a także opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą.
15. Wśród głównych przyczyn zgonów w tym okresie dominowały, podobnie jak w całym kraju i województwie śląskim, choroby układu krążenia. Drugie miejsce wśród najczęstszych przyczyn zgonów zajął COVID-19, podczas gdy w kraju i w Polsce drugą wiodącą przyczyną zgonów były w analizowanym okresie choroby nowotworowe. W powiecie cieszyńskim nowotwory zajęły trzecią pozycję w tym rankingu. W roku 2021 odnotowano większą liczbę zgonów/100 tys. ludności, w porównaniu do kraju i województwa, w przypadku zgonów z powodu chorób układu krążenia, COVID-19, zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej oraz chorób układu moczowo-płciowego. Wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności z powodu nowotworów ogółem osiągnął wartość niższą, niż województwo śląskie, ale wyższą niż wartość dla kraju.

6. 4. Ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i oczekiwań w zakresie zdrowia publicznego w populacji dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna

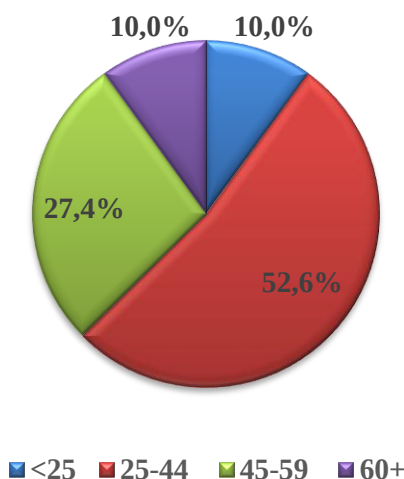
Badaniem kwestionariuszowym, mającym na celu określenie potrzeb zdrowotnych, objęto 902 mieszkańców miasta Cieszyna, w tym 732 kobiety i 170 mężczyzn, co obrazuje rycina 9.



Ryc. 9. Płeć ankietowanych (%).

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety.

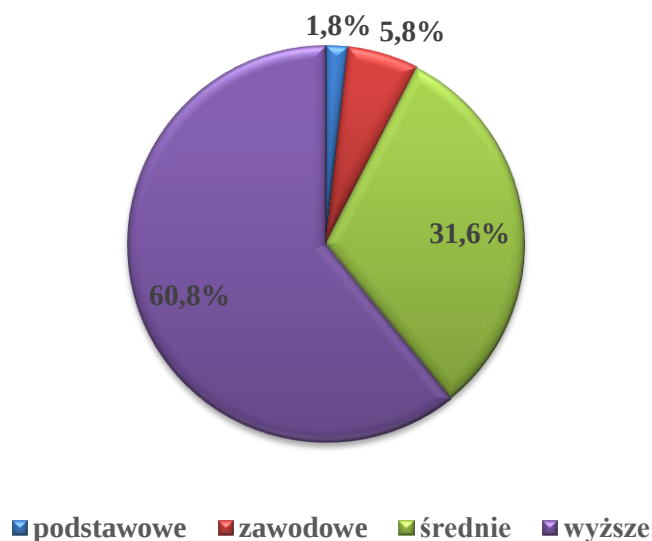
Spośród mieszkańców miasta Cieszyna biorących udział w badaniu ankietowym, najwięcej osób było w wieku 25-44 lat (52,6%), a najmniej osób poniżej 25 r.ż. oraz respondentów po 60 r.ż. (po 10%), w badaniu uczestniczyło ponadto 27,4% osób w wieku 45-59 r.ż. (rycina 10).



Ryc. 10. Wiek ankietowanych (%).

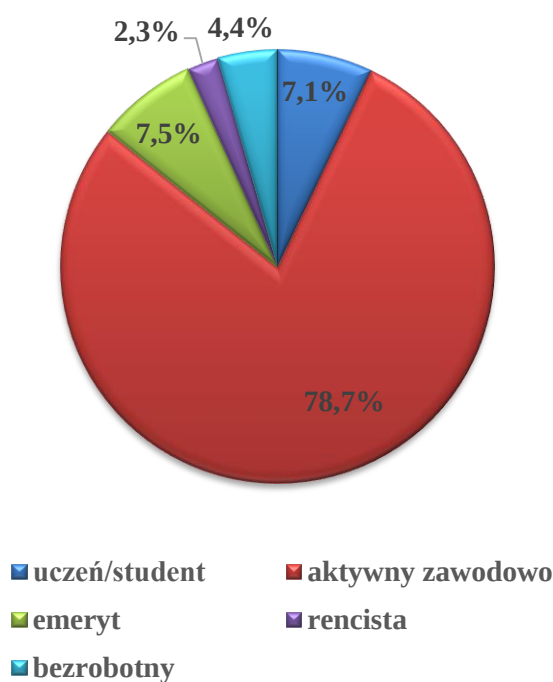
Źródło: ibidem.

Największy odsetek respondentów legitymował się wykształceniem wyższym (60,8%) i średnim (31,6%), najmniej było osób z wykształceniem podstawowym (1,8%). Szczegóły obrazuje rycina 11.



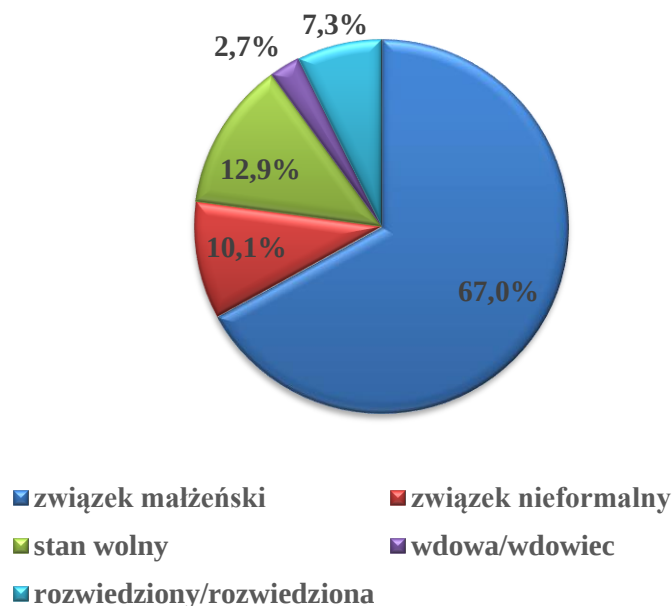
Ryc. 11. Wykształcenie ankietowanych (%).
Źródło: *ibidem*.

Zdecydowana większość badanych dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna jest aktywna zawodowo (78,7%). Pozostałe grupy ankietowanych to bezrobotni (4,4%), uczniowie/studenci (7,1%), emeryci (7,5%) oraz renciści (2,3%). Dane te obrazuje rycina 12.



Ryc. 12. Statut zawodowy ankietowanych (%).
Źródło: *ibidem*.

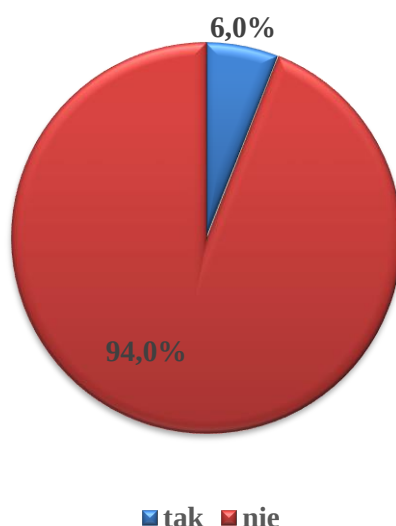
Mniej niż $\frac{3}{4}$ badanych mieszkańców miasta pozostaje w związku małżeńskim (67%), związek nieformalny deklaruje natomiast 10,1% osób. Wdowy/wdowcy lub osoby rozwiedzione stanowią łącznie 10% respondentów, a 12,9% spośród badanych to osoby stanu wolnego (rycina 13).



Ryc. 13. Stan cywilny ankietowanych (%).

Źródło: *ibidem*.

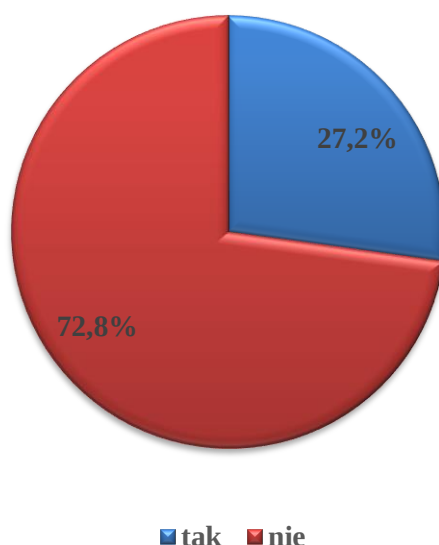
Problem niepełnosprawności dotyczy zaledwie 6% badanych (rycina 14).



Ryc. 14. Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności przez osoby badane (%).

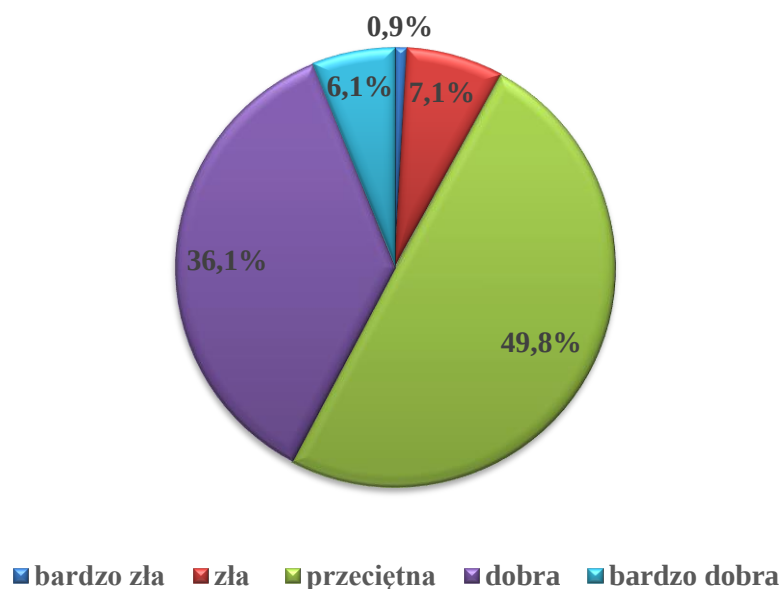
Źródło: *ibidem*.

Pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarzką przebywa obecnie nieco ponad ¼ badanych osób (27,2%). Szczegóły obrazuje rycina 15.



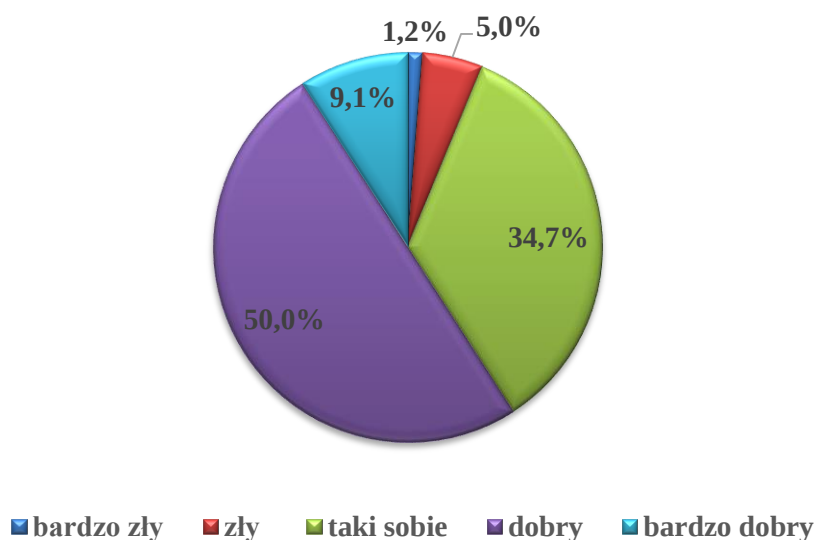
Ryc. 15. Przebywanie respondentów pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarzką (%).
Źródło: *ibidem*.

Prawie połowa respondentów (49,8%) deklaruje, że ich sytuacja materialna jest przeciętna, nieco mniej posiada dobrą sytuację finansową (36,1%), zaledwie 0,9% ankietowanych ocenia ją jako bardzo złą, szczegółowych danych dostarcza rycina 16.

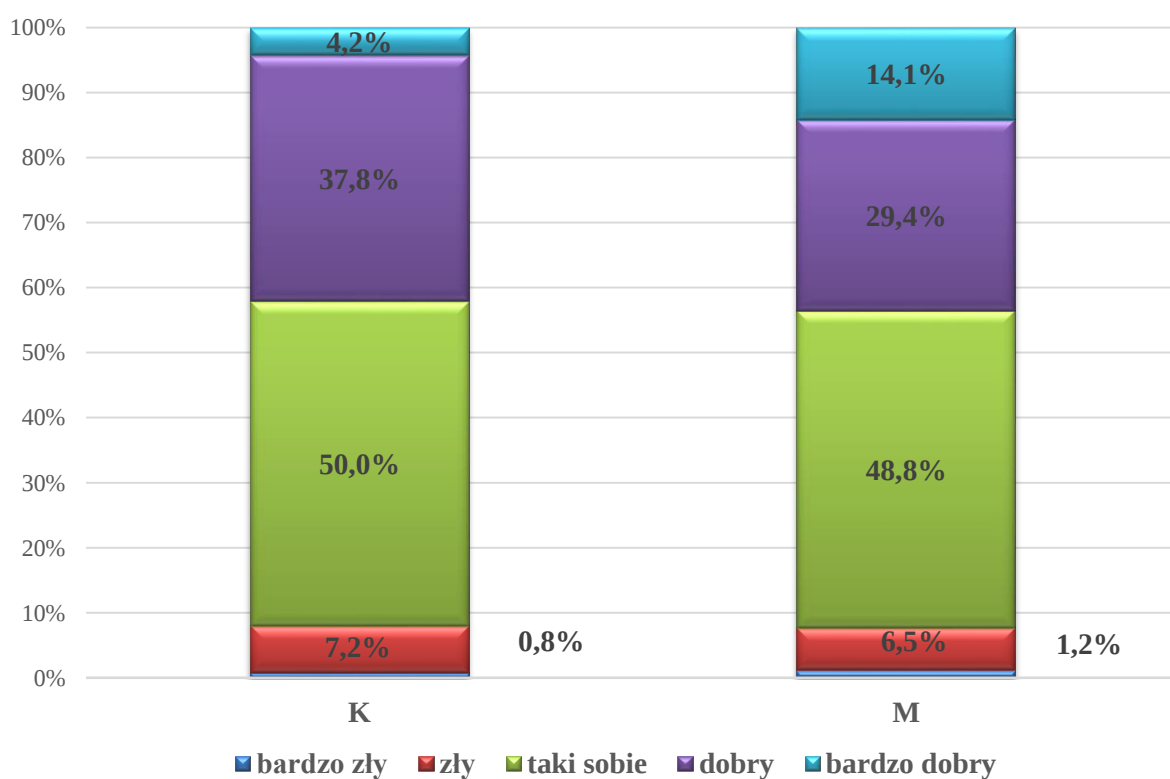


Ryc. 16. Podział respondentów wg deklarowanej sytuacji materialnej (%).
Źródło: *ibidem*.

Równo połowa badanych ocenia stan swojego zdrowia fizycznego jako dobry, natomiast kolejnych 34,7% ocenia swój stan zdrowia fizycznego jako taki sobie. Zaledwie 6,2% badanych deklaruje zły lub bardzo zły poziom zdrowia. Mężczyźni deklarują nieco lepszy stan zdrowia fizycznego niż kobiety. Szczegóły obrazują ryciny 17 i 18.

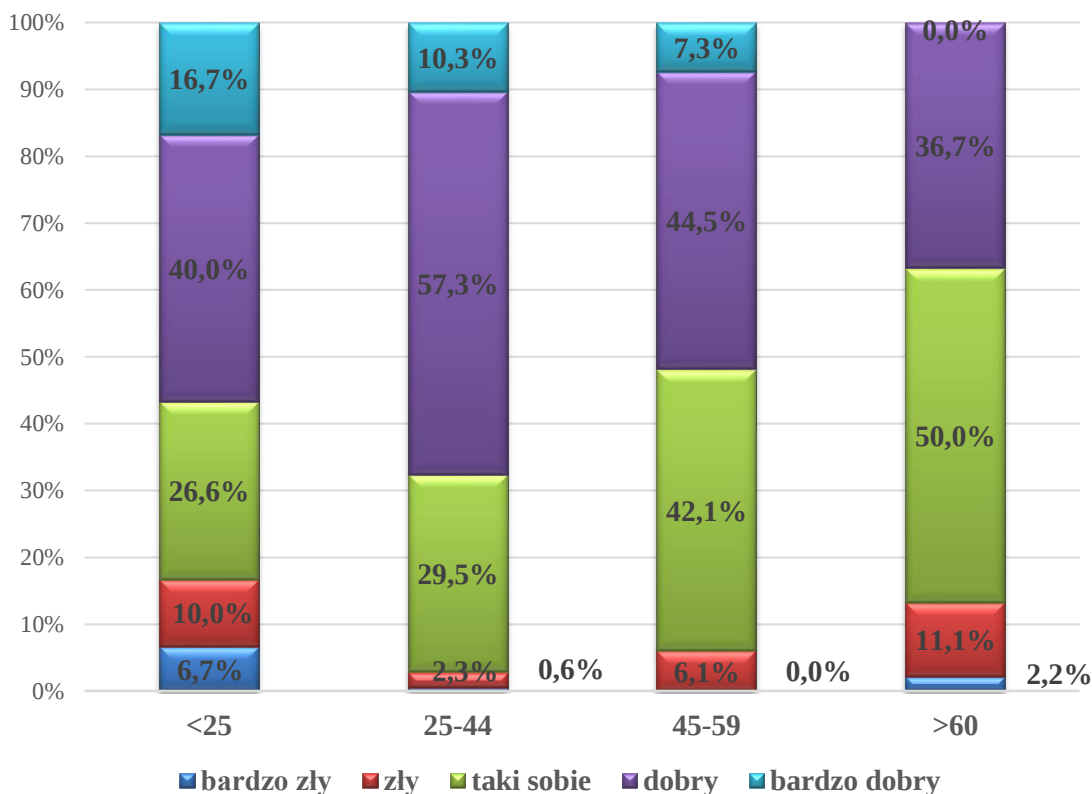


Ryc. 17. Samoocena stanu zdrowia fizycznego respondentów(%).
Źródło: *ibidem*.



Ryc. 18. Samoocena stanu zdrowia fizycznego respondentów wg płci (%).
Źródło: *ibidem*.

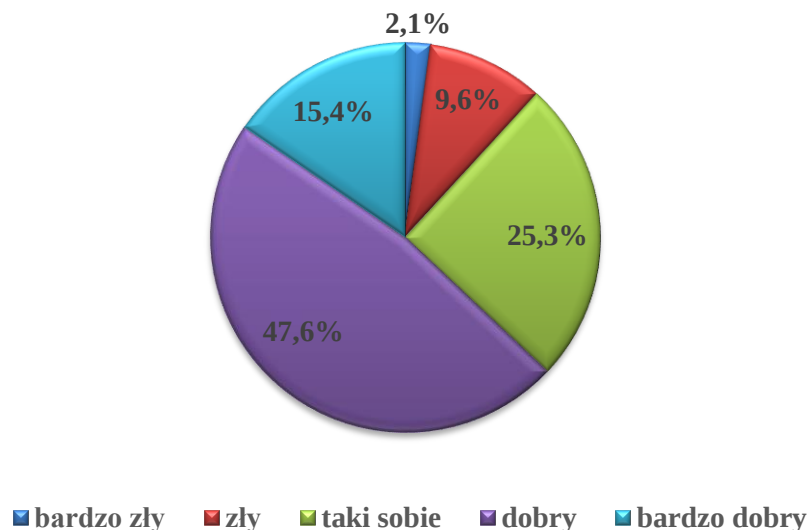
Jak wynika z ryciny 19, istnieje zależność pomiędzy samooceną fizycznego aspektu zdrowia a wiekiem badanych, wraz z wiekiem ocena stanu zdrowia jest coraz niższa. Niepokojący jest wysoki deklarowany odsetek bardzo złego stanu zdrowia w grupie osób młodych poniżej 25 r.ż.



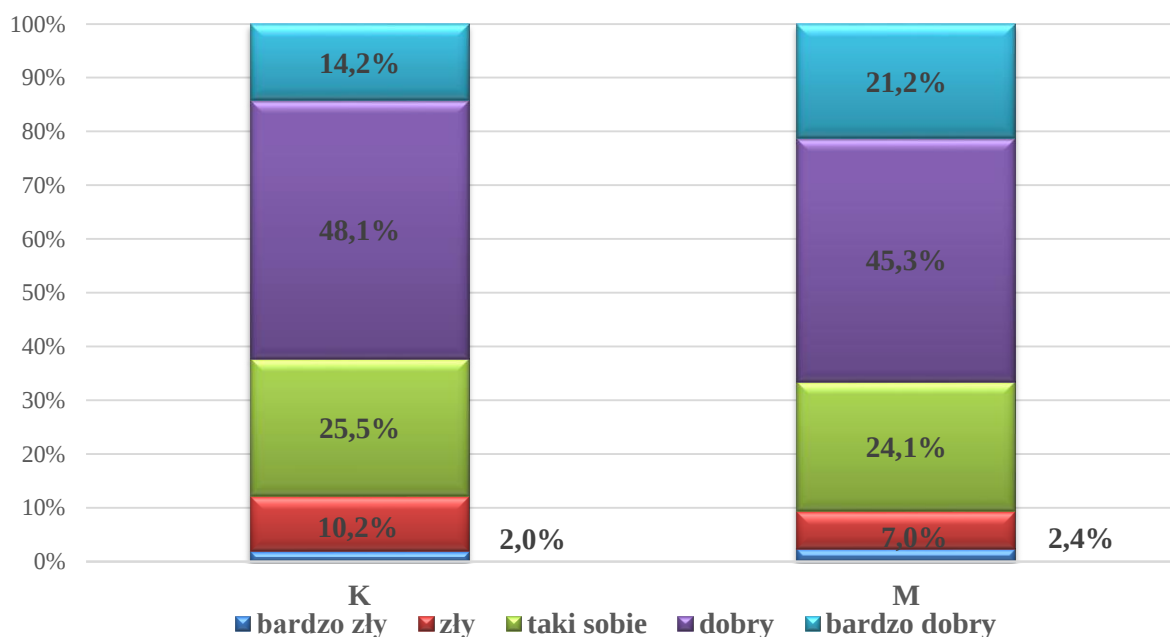
Ryc. 19. Samoocena stanu zdrowia fizycznego respondentów wg wieku (%).

Źródło: *ibidem*.

Prawie połowa ankietowanych osób ocenia stan swojego zdrowia psychicznego jako dobry (47,6%), bardzo dobry deklaruje 15,4% respondentów. Niespełna 12% (11,7%) ankietowanych uważa, że poziom ich zdrowia psychicznego jest zły lub bardzo zły. Nie zauważono natomiast wyraźnej korelacji pomiędzy oceną zdrowia psychicznego a wiekiem. Szczegóły ukazano za pomocą ryciny 20 i 21.



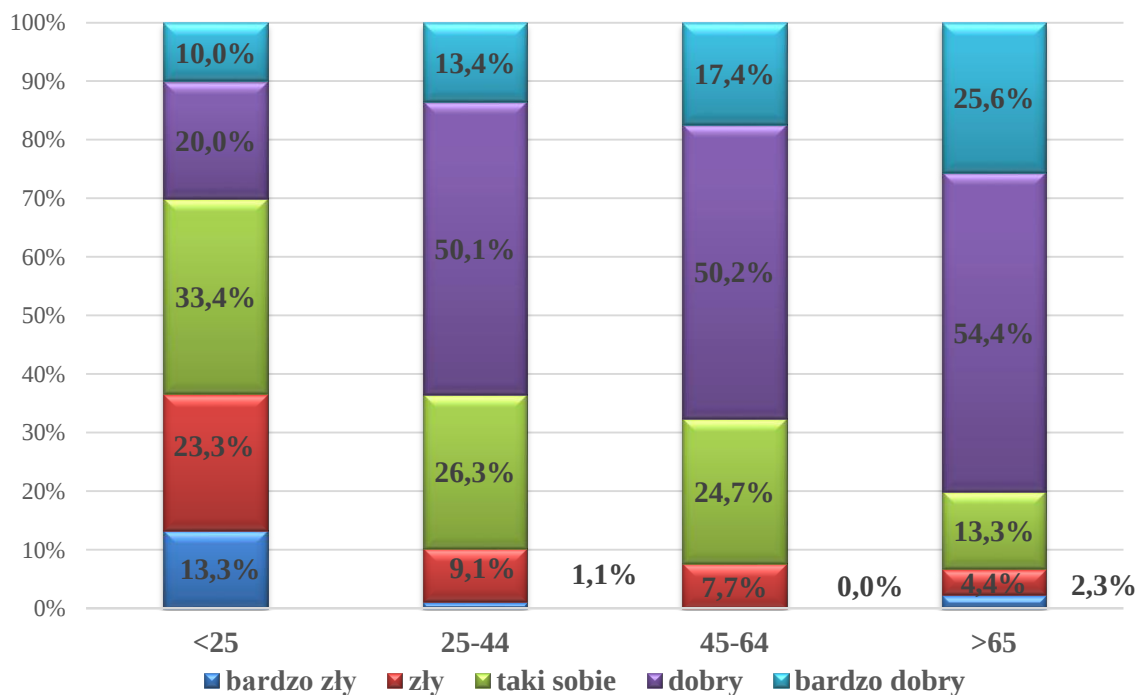
Ryc. 20. Samoocena stanu zdrowia psychicznego respondentów (%).
Źródło: *ibidem*.



Ryc. 21. Samoocena stanu zdrowia psychicznego respondentów (%).
Źródło: *ibidem*.

Zauważono, że wraz z wiekiem samoocena zdrowia psychicznego poprawia się, tendencja ta nie dotyczy jednak subpopulacji osób młodych <25 r.ż., u których złe i bardzo złe odpowiedzi pojawiają się wyraźnie częściej (odpowiednio ponad 23,3% i ok. 13,3%). Można podejrzewać, że zaobserwowane korelacje wykazują związek z pandemią COVID-19

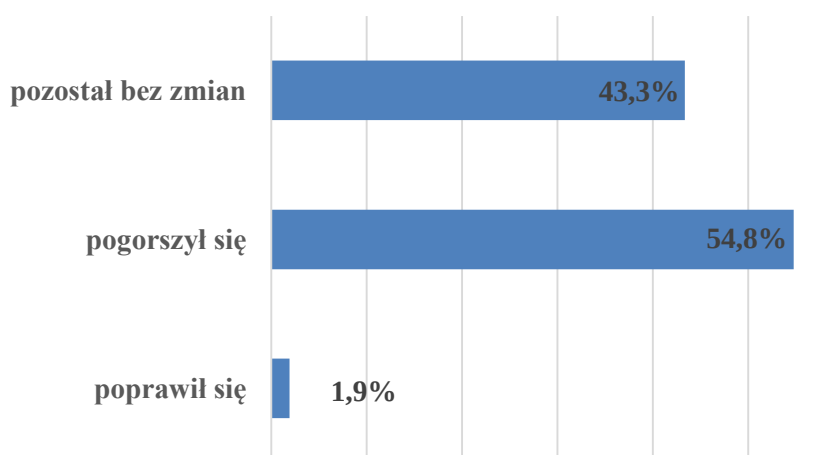
i związaną z nią izolacją społeczną, być może również z lękiem wywołanym wojną za wschodnią granicą Polski, czy ogólnoswiatowym kryzysem (rycina 22).



Ryc. 22. Samoocena stanu zdrowia psychicznego respondentów wg wieku (%).

Źródło: *ibidem*.

Zaledwie 1,9% respondentów deklaruje poprawę swojego stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku, niespełna połowa badanych deklaruje brak zmiany, a u ponad połowy badanych (54,8%) dodatkowo pogorszył się (ryc. 23).



Ryc. 23. Deklarowana zmiana ogólnego stanu zdrowia ankietowanych (%).

Źródło: *ibidem*.

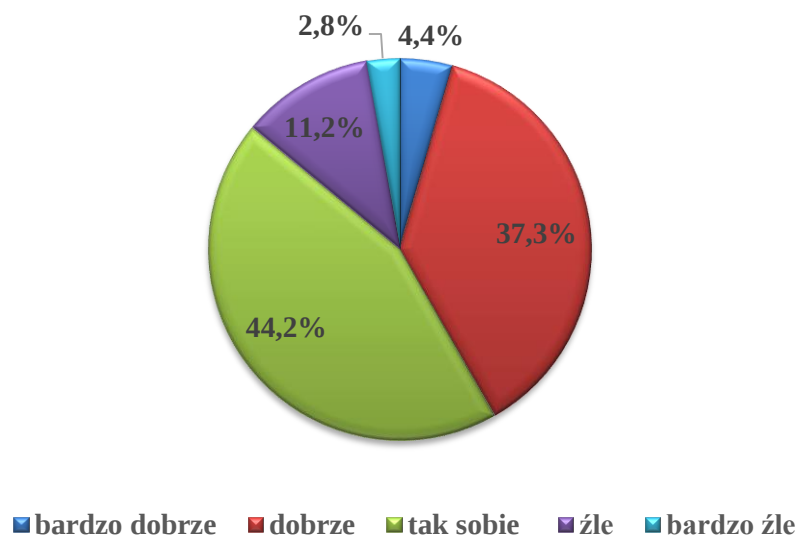
Najczęstsze problemy zdrowotne respondentów oraz dorosłych członków ich najbliższej rodziny dotyczą chorób narządu ruchu (43,9%) i chorób układu krążenia (38,4%), najrzadziej deklarowane to uzależnienia (2,9%) i choroby narządu słuchu (3,3%). Szczegóły obrazuje rycina 24.



Ryc. 24. Problemy zdrowotne respondentów oraz dorosłych członków ich najbliższej rodziny (%).

Źródło: *ibidem*.

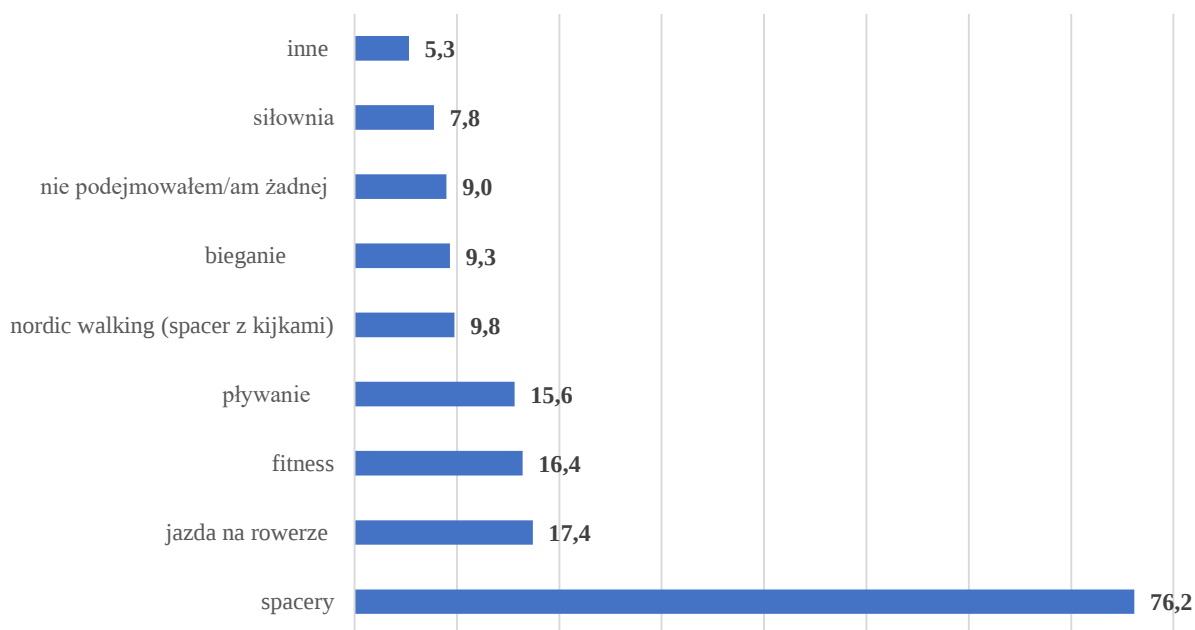
Prawie połowa ankietowanych (47,4%) deklaruje, że radzą sobie ze stresem tak sobie, bardzo dobrze radzi sobie zaledwie 3,5%, aż 62,3% radzi sobie źle lub bardzo źle (rycina 25).



Ryc. 25. Radzenie sobie ze stresem przez badane osoby (%).

Źródło: *ibidem*.

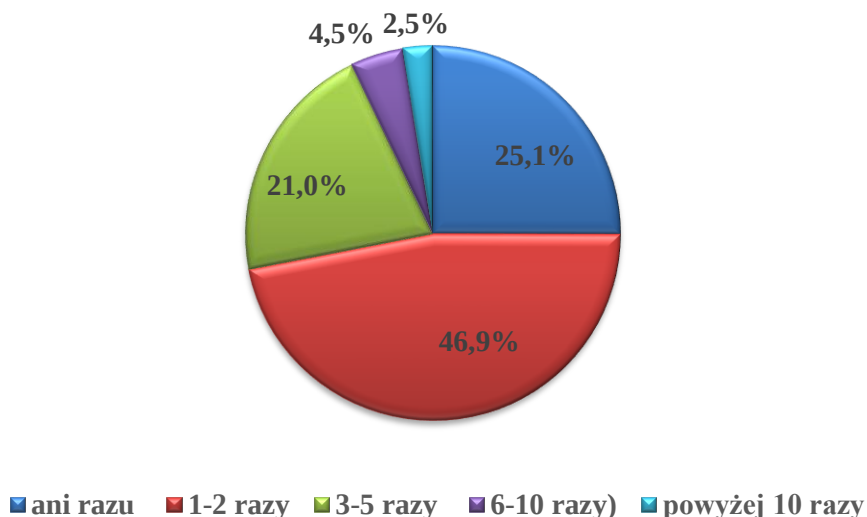
Najchętniej wybierane przez badanych formy aktywności fizycznej w ciągu ostatnich 3 miesięcy to spacer (76,2%) i jazda na rowerze (17,4%). Niestety 9% osób nie podejmowało w tym okresie żadnej aktywności fizycznej. Szczegóły obrazuje rycina 26.



Ryc. 26. Formy aktywności fizycznej realizowane przez badanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy (%).

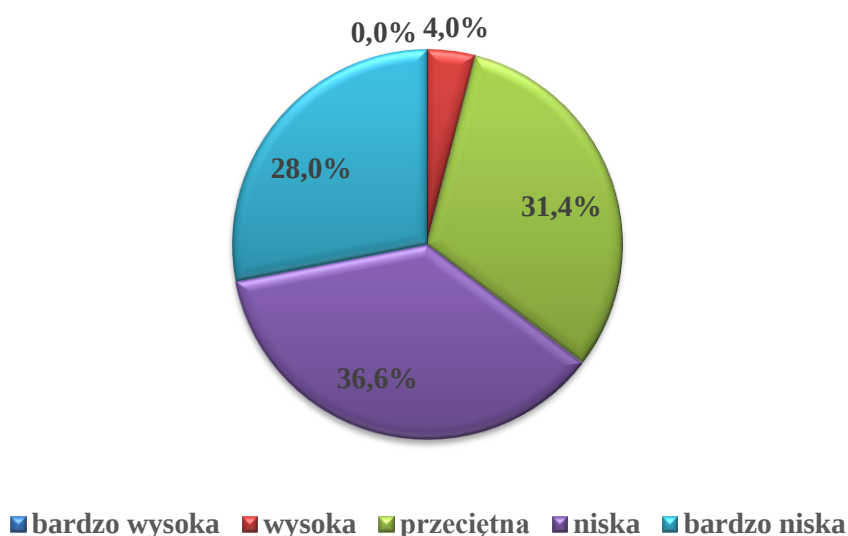
Źródło: *ibidem*.

Badani respondenci korzystali ze świadczeń ochrony zdrowia finansowanej przez NFZ najczęściej 1-2 razy w ciągu ostatniego roku (46,9%), powyżej 10 razy udało się na wizytę w tym samym przedziale czasu 2,5%, natomiast w ogóle nie korzystało z opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ 25,1% respondentów. Szczegóły obrazuje rycina 27.



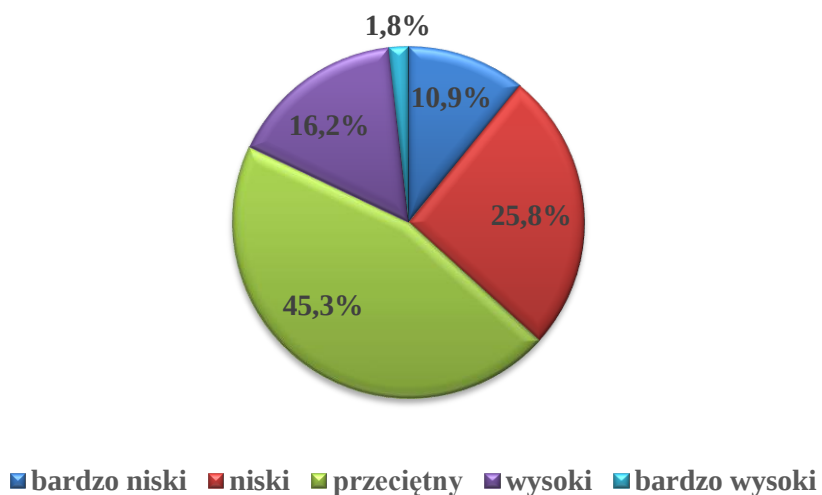
Ryc. 27. Częstotliwość korzystania przez respondentów z ochrony zdrowia finansowanej przez NFZ (%).
Źródło: *ibidem*.

Porównywalna liczba respondentów ocenia dostępność świadczeń ochrony zdrowia w mieście Cieszynie jako przeciętną (31,4%) i niską (36,6%), zaledwie 4% badanych osób ocenia, że jest ona wysoka. Niepokojący jest fakt, iż nikt z badanych mieszkańców Cieszyna nie zaznaczył odpowiedzi „bardzo wysoka”. Szczegóły zawarto na rycinie 28.



Ryc. 28. Ocena dostępności świadczeń ochrony zdrowia w opinii respondentów (%).
Źródło: *ibidem*.

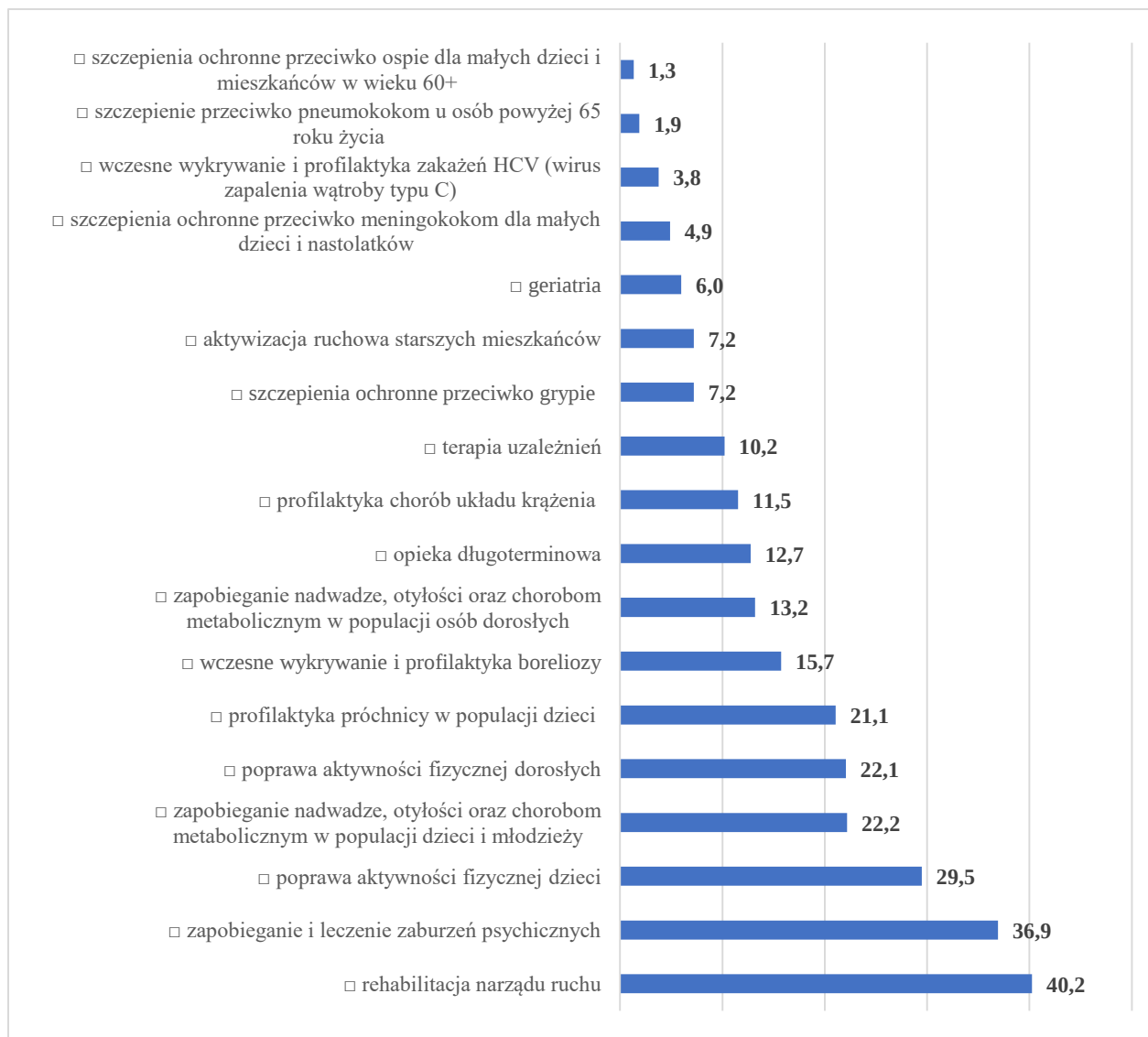
Niespełna 1/5 ankietowanych (18%) ocenia stopień zaspokojenia swoich potrzeb zdrowotnych jako wysoki lub bardzo wysoki, przeciętny deklaruje 45,3%, natomiast 10,9% uważa, że ich potrzeby są realizowane na bardzo niskim poziomie. Szczegóły obrazuje rycina 29.



Ryc. 29. Ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ankietowanych (%).

Źródło: *ibidem*.

Ankietowani oczekiwaliby poprawy dostępności do opieki zdrowotnej przede wszystkim w zakresie rehabilitacji narządu ruchu (40,2%), aktywności fizycznej (29,5%) oraz zapobiegania i leczenia zaburzeń psychicznych (36,9%). Szczegółowych danych dostarcza rycina 30.



Ryc. 29. Zakres w jakim badani respondenci oczekiwaliby poprawy dostępności do opieki zdrowotnej w mieście Cieszynie (%).

Źródło: *ibidem*.

Respondenci oczekują również większej liczby zadań w zakresie promocji zdrowia dla mieszkańców miasta, szczególnie w obszarze radzenia sobie ze stresem (55%), aktywności fizycznej (48%) oraz profilaktyki chorób psychicznych (33,6%), (rycina 30).



Ryc. 30. Zakres oczekiwanych od Urzędu Miasta działań w zakresie zwiększania dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców miasta Cieszyna (%).

Źródło: *ibidem*.

Wnioski

1. Respondenci w połowie oceniają swoje zdrowie fizyczne jako dobre, lecz wraz z wiekiem zmniejsza się liczba osób oceniających swój stan zdrowia pozytywnie. Najlepszy stan zdrowia fizycznego zgłasza grupa wiekowa 25-44 lat, zaskakuje niski deklarowany stan zdrowia w grupie osób młodych poniżej 25 r.ż. Na tej podstawie można wnioskować, że grupami o najwyższych potrzebach zdrowotnych w zakresie zdrowia fizycznego w mieście Cieszynie są osoby młode oraz najstarsze. Mężczyźni deklarują nieco lepszy stan zdrowia fizycznego niż kobiety, co pozwala wnioskować o wyższym poziomie potrzeb zdrowotnych kobiet w tym zakresie.
2. Respondenci w większości oceniają swoje zdrowie psychiczne jako dobre, warto jednak ponownie zwrócić uwagę na subpopulację osób młodych <25 r.ż., u których złe i bardzo złe odpowiedzi w przypadku samooceny zdrowia psychicznego pojawiają się wyraźnie częściej. Można podejrzewać, że zaobserwowane korelacje wykazują związek z pandemią COVID-19 i związaną z nią izolacją społeczną, być może również z lękiem wywołanym wojną za wschodnią granicą Polski, czy ogólnoswiatowym kryzysem, dlatego osoby należące do tej grupy wiekowej powinno się otoczyć wyjątkową opieką, zwłaszcza w zakresie zdrowia mentalnego.
3. Ponad połowa badanych deklaruje pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku.
4. Pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską przebywa obecnie ok. ¼ badanych osób.
5. Najczęstsze problemy zdrowotne u respondentów i dorosłych członków ich najbliższej rodziny dotyczą chorób narządu ruchu i układu krążenia.
6. Większość badanych radzi sobie ze stresem dobrze lub przeciętnie.
7. Najchętniej wybierane przez badanych formy aktywności fizycznej to spacerowanie i jazda na rowerze.
8. Ponad połowa badanych osób ocenia, że dostępność do świadczeń ochrony zdrowia w mieście Cieszynie jest przeciętna lub niska. Niepokojący jest fakt, iż nikt z badanych mieszkańców Cieszyńska nie zaznaczył odpowiedzi „bardzo wysoka”. Ankietowani oczekiwali poprawy dostępności do opieki zdrowotnej przede wszystkim w zakresie rehabilitacji narządu ruchu, aktywności fizycznej oraz zapobieganiu i leczeniu zaburzeń psychicznych.
9. Oczekiwania związane ze zwiększaniem liczby zadań promocji zdrowia dotyczą radzenia sobie ze stresem, aktywności fizycznej oraz profilaktyki chorób psychicznych.

7. PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA MIASTA CIESZYNA

PRIORYTET 1: Profilaktyka chorób układu krążenia jako wyraz realizacji Priorytetu 1a Priorytetów zdrowotnych określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (*Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu*)

Cel operacyjny		Zaplanowane interwencje		Czas realizacji	Podmioty realizujące	Miernik efektywności
1	Zapobieganie chorobom układu krążenia w populacji mieszkańców miasta poprzez działania z zakresu profilaktyki pierwotnej	1.1	Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania chorobom cywilizacyjnym w szczególności chorobom sercowo-naczyniowym. Działania na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców – wdrażanie programów profilaktycznych	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań Liczba uczestników
2	Zwiększenie wykrywalności chorób układu krążenia w populacji mieszkańców miasta poprzez działania z zakresu profilaktyki wtórnej	2.1	Rozważenie możliwości finansowania i wdrożenia PPZ w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców miasta	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań Liczba uczestników
3.	Zwiększenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie problemu chorób układu krążenia w populacji	3.1	Działania informacyjne na rzecz zachęcania do udziału w finansowanym przez NFZ: Programie profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK)	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań

mieszkańców miasta	3.2	Działania informacyjne na rzecz zachęcania do udziału w finansowanym przez NFZ: Programie profilaktyki udarów	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań
	3.3	Działania informacyjne na rzecz zachęcania do udziału w programie MZ: Profilaktyka 40 Plus	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań
	3.4	Działania informacyjno-edukacyjne, kierowane do młodzieży i społeczności szkolnej, realizowane w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Cieszyn	2023-2028	UM Placówki oświatowe	Liczba działań
Uzasadnienie dla wyboru priorytetu		Choroby układu krążenia stanowią od około 50 lat najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce i na świecie. Jednocześnie dzięki poprawie dostępu do ich diagnostyki i leczenia oraz podejmowaniu działań o charakterze profilaktycznym, odsetek ten stopniowo maleje. Udział chorób układu krążenia w ogólnej liczbie zgonów obniżył się w naszym kraju z poziomu 52% w roku 1992 do 34,8% w 2021 r. W powiecie cieszyńskim, w roku 2021, odnotowano większą liczbę zgonów/100 tys. ludności, w porównaniu do kraju i województwa, w przypadku zgonów z powodu chorób układu krążenia. Schorzenia te najczęściej dotyczą kobiet, zarówno jeżeli chodzi o wskaźniki zachorowalności, jak i umieralności, co oznacza, że mieszkanki Cieszyna są grupą o wysokich potrzebach zdrowotnych w tym zakresie. Wśród najczęstszych problemów zdrowotnych mieszkańców miasta Cieszyna choroby układu krążenia stanowią 11,7%, zajmując tym samym 3 pozycję. Najwyższa liczba rozpoznań dotyczy samoistnego (pierwotne) nadciśnienia tętniczego, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania i trzepotania przedsionków. Prawie wszystkie rozpoznania w tej grupie chorobowej dotyczyły mieszkańców po 50 r.ż. Zgodnie z wynikami badania ankietowego, najczęstsze problemy zdrowotne u respondentów i dorosłych członków ich najbliższej rodziny dotyczą, obok schorzeń narządu ruchu, chorób układu krążenia.			

PRIORYTET 2: Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów jako wyraz realizacji Priorytetu 1b Priorytetów zdrowotnych określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (*Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: nowotworów złośliwych*) oraz celów Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024

Cel operacyjny		Zaplanowane interwencje		Czas realizacji	Podmioty realizujące	Miernik efektywności
1	Zapobieganie chorobom nowotworowym w populacji mieszkańców miasta	1.1	Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, w szczególności nowotworowym	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań
2	Zwiększenie wykrywalności chorób nowotworowych w populacji mieszkańców miasta poprzez działania z zakresu profilaktyki wtórnej	2.1	Rozważenie możliwości finansowania i wdrożenia PPZ w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań
3	Zwiększenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie problemu chorób nowotworowych w populacji mieszkańców miasta	3.1	Działania informacyjne na rzecz zachęcania do udziału w finansowanych przez NFZ programach profilaktyki chorób nowotworowych (Program profilaktyki raka piersi, Program profilaktyki raka szyjki macicy, Program badań przesiewowych raka jelita grubego, Program profilaktyki nowotworów skóry, Program profilaktyki raka płuca, Profilaktyka nowotworów głowy i szyi) Program profilaktyki depresji poporodowej	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą organizacje pozarządowe	Liczba działań

		3.2	Działania informacyjno-edukacyjne, kierowane do młodzieży i społeczności szkolnej, realizowane w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Cieszyn	2023-2028	UM Placówki oświatowe organizacje pozarządowe	Liczba działań
Uzasadnienie dla wyboru priorytetu			Choroby nowotworowe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, tuż po chorobach układu krążenia, a liczba zachorowań i zgonów z ich powodu systematycznie rośnie. Odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych w powiecie cieszyńskim osiąga poziom 19,2%, porównywalny do odsetka dla kraju. Najczęstsze rozpoznania dotyczą nowotworu złośliwego sutka, nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, oraz nowotworów złośliwych skóry (innych niż czerniak). Z powodu dominującego rozpoznania, czyli nowotworu złośliwego sutka, więcej zachorowań w tej grupie dotyczyło mieszkanek powiatu. Grupą szczególnie narażoną na nowotwory w Mieście Cieszynie są osoby po 50 r.ż. Zatem to na te dwie grupy należy zwrócić szczególną uwagę w trakcie planowania działań profilaktycznych i edukacyjnych.			

PRIORYTET 3: Profilaktyka nadwagi i otyłości jako wyraz realizacji celu operacyjnego 1 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Profilaktyka nadwagi i otyłości) oraz Priorytetu 3 Priorytetów zdrowotnych określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Przeciwdziałanie występowaniu otyłości)

Cel operacyjny		Zaplanowane interwencje		Czas realizacji	Podmioty realizujące	Miernik efektywności
1	Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród dzieci i dorosłych mieszkańców miasta poprzez działania z zakresu profilaktyki pierwotnej	1.1	Zachęcanie do korzystania z portalu internetowego Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej	2023-2028	UM Placówki oświatowe	Liczba działań Liczba uczestników
		1.2	Upowszechnianie koncepcji Szkół Promujących Zdrowie wśród placówek oświatowych prowadzonych przez UM	2023-2028	UM Placówki oświatowe	Liczba działań Liczba uczestników
2	Zwiększenie wykrywalności nadwagi i otyłości wśród dzieci i dorosłych mieszkańców miasta poprzez kompleksowe działania z zakresu profilaktyki wtórnej	2.1	Rozważenie możliwości finansowania i wdrożenia PPZ w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci oraz/lub wśród dorosłych mieszkańców miasta	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań
		2.2	Działania profilaktyki zdrowotnej skierowane na populację dzieci i młodzieży (np.: bilanse zdrowia realizowane przez pielęgniarki szkolne, zbieranie danych statystycznych)	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą Placówki oświatowe	Liczba działań Liczba uczestników
3	Promocja aktywności fizycznej mieszkańców miasta	3.1	Organizowanie spotkań, festynów, zajęć i konkursów sportowych mających na celu propagowanie aktywności fizycznej wśród mieszkańców	2023-2028	UM Placówki oświatowe Organizacje pozarządowe	Liczba działań Liczba uczestników
		3.2	Osiągnięcie spójności przestrzennej poprzez tworzenie przestrzeni atrakcyjnej, żywej, kreatywnej i przyjaznej	2023-2026	UM	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026

		3.3	Modernizacja zabytkowego parku szpitalnego wraz z działaniami na rzecz aktywizacji ruchowej oraz integracji społecznej	2023-2026	UM	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
		3.4	Zagospodarowanie terenu nad Olzą – aktywizacja i integracja społeczna	2023-2026	UM	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
		3.5	Działania rekreacyjno-sportowe, kulturalne i społeczne rozwijające ofertę spędzania czasu wolnego na obszarze rewitalizacji	2023-2026	UM	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
4	Zwiększenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie zdrowego żywienia i chorób dietozależnych w populacji dorosłych mieszkańców miasta	4.1	Edukacja zdrowotna rodziców na temat zdrowego żywienia dzieci	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą Placówki oświatowe organizacje pozarządowe	Liczba działań Liczba uczestników
		4.2	Zwiększanie dostępności do porad dietetycznych w ramach opieki koordynowanej POZ i/lub poza nią	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą organizacje pozarządowe	Liczba działań Liczba uczestników
Uzasadnienie dla wyboru priorytetu		Nadwaga i otyłość to ważne czynniki ryzyka rozwoju wielu chorób przewlekłych i dolegliwości zdrowotnych. Bez podejmowania działań zmierzających do powstrzymania rozwoju epidemii otyłości społeczeństwo czeka znaczący wzrost zachorowalności na cukrzycę, choroby krążenia, nowotwory oraz wiele innych chorób. Z badań Instytutu Żywności i Żywienia wynika, że rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród uczniów szkół podstawowych województwa śląskiego wynosi ok. 16,5%%, przy średniej ogólnopolskiej na poziomie 22%. Jak wynika z badania kwestionariuszowego najchętniej wybierane przez badanych mieszkańców Cieszyna formy aktywności fizycznej to spacer i jazda na rowerze. Jednocześnie 1/10 populacji badanej nie podejmowała żadnej aktywności fizycznej w ostatnim okresie. Ankietowani dostrzegają ten problem, bowiem deklarują, że oczekiwali poprawy dostępności do opieki zdrowotnej w zakresie aktywności fizycznej oraz rehabilitacji narządu ruchu, oczekują również większej liczby zadań w zakresie promocji zdrowia dla mieszkańców miasta koncentrujących się wokół zwiększenia aktywności ruchowej.				

PRIORYTET 4: Profilaktyka uzależnień jako wyraz realizacji celu operacyjnego 2 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (profilaktyka uzależnień) oraz Priorytetu 4 Priorytetów zdrowotnych określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (*Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji*)

Cel operacyjny		Zaplanowane interwencje		Czas realizacji	Podmioty realizujące	Miernik efektywności
1	Zapobieganie problemom alkoholowym, przeciwdziałanie narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym	1.1	Zapobieganie powstawaniu nowych problemów związanych z uzależnieniami oraz przemocą w rodzinie poprzez prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć pozalekcyjnych w tym zajęć sportowych	2023 i dalej	MOPS UM GKRPA	Zgodnie z Gminnym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Miasta Cieszyna na rok 2023
		1.2	Wzmacnianie systemu przeciwdziałania uzależnieniom oraz przemocy w rodzinie na terenie gminy Cieszyn	2023-2025	MOPS UM organizacje pozarządowe	Zgodnie z Gminną Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2025
		1.3	Promowanie projektów i inicjatyw społecznych w zakresie edukacji i profilaktyki narkotykowej, w tym współpraca z organizacjami pozarządowymi i innymi jednostkami pożytku publicznego w obszarze profilaktyki i rehabilitacji uzależnień	2023-2028	MOPS UM Placówki oświatowe	Liczba działań Liczba uczestników

		1.4	Ograniczenie skali występowania ryzykownych zachowań u dzieci i młodzieży poprzez realizację programów profilaktycznych i wspieranie różnych form aktywnego spędzania wolnego czasu przez rodziny	2023-2028	MOPS UM Placówki oświatowe Organizacje pozarządowe	Liczba działań Liczba uczestników
		1.5	Działania informacyjne na rzecz zachęcania do udziału w finansowanych przez NFZ programach profilaktyki chorób odtytoniowych (Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań Liczba uczestników
2	Zapewnienie adekwatnej do potrzeb dostępności świadczeń zdrowotnych i społecznych dla osób zagrożonych i dotkniętych uzależnieniami	2.1	Pomoc rodzinom z trudnościami w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczej oraz rodzinom w sytuacji kryzysowej.	2023-2024	UM MOPS PCPR PPP ZI organizacje pozarządowe	Zgodnie z Gminnym Programem Wspierania Rodziny Miasta Cieszyna na lata 2022-2024
		2.2	Realizacja profilaktyki w zakresie psychoedukacji (warsztaty, wykłady z danego zakresu) dzieci, młodzieży, rodziców i specjalistów	2023-2028	UM MOPS Placówki oświatowe	Liczba działań Liczba uczestników
		2.3	Zmniejszenie rozmiarów aktualnie występujących problemów alkoholowych i narkotykowych poprzez udzielanie pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej osobom uzależnionym i osobom zagrożonym uzależnieniem.	2023 i dalej	UM MOPS GKRPA	Zgodnie z Gminnym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Miasta Cieszyna na rok 2023

		2.4	Ograniczenie negatywnych zjawisk dotyczących rodzin z problemem alkoholowym i narkotykowym, poprzez udzielanie kompleksowej pomocy psychospołecznej i prawnej, a także ochrony przed przemocą	2023 i dalej	UM MOPS GKRPA	Zgodnie z Gminnym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Miasta Cieszyna na rok 2023
3	Zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie	3.1	Rozwijanie spójnego i kompleksowego systemu wsparcia rodzin w Cieszynie, pozwalającego na zapewnienie dzieciom i młodzieży bezpiecznych warunków rozwoju i wychowania w środowisku rodzinnym	2022-2024	MOPS UM COK „Dom Narodowy” CUW PCPR PPP	Zgodnie z Gminnego Programu Wspierania Rodziny Miasta Cieszyn na lata 2022-2024
		3.2	Ograniczenie zjawiska przemocy w rodzinie i problemów z nim związanych na terenie gminy Cieszyn	2022-2024	MOPS UM PCPR PPP ZI	Zgodnie z Gminnym Programem Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie i Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2024
		3.3	Zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie	2022-2024	MOPS UM PCPR PPP ZI	Zgodnie z Gminnym Programem Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie i Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2024
		3.4	Utrzymanie na dotychczasowym poziomie dostępności oraz zwiększenie skuteczności ochrony oraz wsparcia osób dotkniętych przemocą w rodzinie	2022-2024	MOPS UM PCPR PPP ZI	Zgodnie z Gminnym Programem Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie i Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2024

		3.5	Zwiększenie skuteczności oddziaływań wobec osób stosujących przemoc w rodzinie	2022-2024	MOPS UM PCPR PPP ZI	Zgodnie z Gminnym Programem Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie i Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2024
4	Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień	4.1	Wspieranie jednostek oświatowo – wychowawczych w realizacji programów profilaktyczno-wychowawczych	2023-2028	UM Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	Liczba działań Liczba uczestników
		4.2	Zwiększenie skuteczności działań prowadzonych przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej oraz inne podmioty działające w obszarze uzależnień	2023 i dalej	MOPS UM GKRPA	Zgodnie z Gminnym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Miasta Cieszyna na rok 2023
		4.3	Wzmacnianie organizacji pozarządowych działających w obszarze rozwiązywania problemów alkoholowych i narkotykowych	2023 i dalej	MOPS UM GKRPA	Zgodnie z Gminnym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Miasta Cieszyna na rok 2023
		4.4	Zwiększenie poziomu kompetencji przedstawicieli instytucji i podmiotów realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie	2022-2024	MOPS UM PCPR PPP ZI	Zgodnie z Gminnym Programem Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie i Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2024

Uzasadnienie dla wyboru priorytetu	Uzależnienia od substancji psychoaktywnych stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Wg danych Światowej Organizacji Zdrowia rocznie umiera z przyczyn mających związek ze spożyciem alkoholu około 2,5 miliona osób na całym świecie, z czego aż 13% stanowią ludzie młodzi, w przedziale wiekowym 25-29 lat. Zgodnie z szacunkami alkohol jest odpowiedzialny za około 5,9% wszystkich zgonów na świecie i dodatkowo odpowiada za 5,1% przewlekłych stanów chorobowych i niepełnosprawności. Z kolei w skali całego świata, co najmniej raz po jakiś narkotyk sięgnęło 250 milionów osób w wieku między 15 a 64 rokiem życia. Z tej liczby blisko 12% (29 milionów osób) cierpi z powodu szkód zdrowotnych wywołanych spożywaniem narkotyków. Poza negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi uzależnienia od substancji psychoaktywnych, bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na szkody społeczne. Największe krzywdy w tym przypadku dotyczą członków rodziny osoby uzależnionej. Niejednokrotnie z nadużywaniem substancji psychoaktywnych związana jest przemoc w rodzinie, negatywne wzorce rodzicielskie, trudności ekonomiczne. Dodatkowo osoba uzależniona nierzadko zaniedbuje obowiązki rodzinne, a także zawodowe, doprowadzając często do utraty pracy, co w konsekwencji wpływa na funkcjonowanie ekonomiczne całej rodziny. Zaniedbania ulegają także więzi społeczne.
---	---

PRIORYTET 5: Promocja zdrowia psychicznego jako wyraz realizacji celu operacyjnego 3 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (promocja zdrowia psychicznego), Priorytetu 5 Priorytetów zdrowotnych określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych) oraz celów głównych Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022

Cel operacyjny		Zaplanowane interwencje		Czas realizacji	Podmioty realizujące	Miernik efektywności
1	Ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców miasta	1.1	Działania informacyjno-edukacyjne, kierowane do młodzieży i społeczności szkolnej, realizowane w szkołach, dla których organem prowadzącym jest UM	2023-2028	UM Placówki oświatowe	Liczba działań Liczba uczestników
		1.2	Specjalistyczna pomoc dla dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi	2023-2028	UM ZPPP Placówki oświatowe	Liczba działań Liczba uczestników
		1.3	Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą organizacje pozarządowe	Liczba działań Liczba uczestników
2	Zapewnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi	2.1	Działalność na terenie ZZOZ w Cieszynie Poradni Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży	2023-2026	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
		2.2	Utworzenie w ramach Oddziału Psychiatrii pododdziału zajmującego się leczeniem alkoholowym zespołów abstynencyjnych tzw. detoks	2023-2026	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026

	2.3	Przystosowanie budynku miejskiego użytkowanego przez Stowarzyszenie Pomocy Wzajemnej „Być razem” do możliwości korzystania z pomocy psychologiczno-prawnej	2023-2026	UM Stowarzyszenie Pomocy Wzajemnej „Być razem”	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
	2.4	Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi	2023-2028	UM MOPS	Liczba działań Liczba uczestników
	2.5	Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi	2023-2028	UM PUP	Liczba działań Liczba uczestników
Uzasadnienie dla wyboru priorytetu		Zachorowalność na zaburzenia psychiczne wykazuje tendencję wzrostową w skali globalnej i krajowej. Najczęściej pojawiające się rodzaje zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u mieszkańców miasta Cieszyna to: inne niż w postaci fobii zaburzenia lękowe, reakcję na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, a także zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu. Z problemem wszystkich rozpoznań w tej grupie, z wyjątkiem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem alkoholu, znów częściej pojawiają się kobiety. Prawie połowa ankietowanych mieszkańców Cieszyna deklaruje, iż radzi sobie ze stresem tak sobie, bardzo dobrze radzi sobie zaledwie 3,5%, aż 62,3% radzi sobie źle lub bardzo źle. Ponad 1/3 ankietowanych oczekiwałaby poprawy dostępności do opieki zdrowotnej w zapobieganiu i leczeniu zaburzeń psychicznych. Respondenci oczekują również większej liczby zadań w zakresie promocji zdrowia dla mieszkańców miasta, szczególnie w obszarze radzenia sobie ze stresem (55%) oraz profilaktyki chorób psychicznych (33,6%). Ponadto należy podkreślić, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania to grupa chorobowa generująca najwyższe wydatki w strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.			

PRIORYTET 6: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne jako wyraz realizacji celu operacyjnego 4 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (*Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne*) oraz Priorytetu 6 i 7 Priorytetów zdrowotnych określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (*Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii; Tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania*)

Cel operacyjny		Zaplanowane interwencje		Czas realizacji	Podmioty realizujące	Miernik efektywności
1	Promocja zdrowia środowiskowego i profilaktyka chorób zakaźnych	1.1	Promocja szczepień ochronnych wg kalendarza szczepień, w tym promowanie szczepień p/grypie, p/pneumokokom	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań Liczba uczestników
		1.2	Edukacja zdrowotna w obszarze zapobiegania próchnicy w populacji dzieci i młodzieży	2023-2028	UM Placówki oświatowe	Liczba działań Liczba uczestników
		1.3	Działania edukacyjne dotyczące wpływu środowiska życia na zdrowie w szkołach, dla których organem prowadzącym jest miasto Cieszyn	2023-2028	UM Placówki oświatowe	Liczba działań
		1.4	Podjęmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym konsultacje z największymi przedsiębiorcami w mieście	2023-2028	UM PUP	Liczba działań
		1.5	Działania informacyjne na rzecz zachęcania do udziału w finansowanym przez NFZ Programie profilaktyki gruźlicy	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań Liczba uczestników
		1.6	Zachęcanie do szczepień przeciwko SARS-CoV-2	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań Liczba uczestników

2	Poprawa infrastruktury miasta związanej ze zdrowiem środowiskowym	2.1	Osiągnięcie spójności w obszarze aktywizacji i integracji społecznej oraz zatrudnienia	2023-2026	UM PUP MOPS	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
		2.2	Rozwój systemu wspierającego aktywność zawodową mieszkańców gminy Cieszyn	2023-2026	UM PUP MOPS	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
Uzasadnienie dla wyboru priorytetu		Czynniki środowiskowe odpowiadają za ok. 20% chorobowości populacji. Choroby układu oddechowego zajmują obecnie piąte miejsce w strukturze zgonów, powodując 5,4% zgonów w populacji krajowej. Wartość odsetka zgonów z ich powodu dla powiatu cieszyńskiego jest jednak niższa (3,5%). Wyższy jest natomiast, w porównaniu do województwa i kraju, odsetek zgonów z powodu COVID-19. Wśród problemów zdrowotnych o największym rozpowszechnieniu w populacji dzieci i młodzieży wskazać należy choroby układu oddechowego (w tym głównie ostre choroby zapalne górnych dróg oddechowych). Ostre choroby zapalne układu oddechowego dominują również w populacji mieszkańców w wieku 18-39 lat. Schorzenia te stanowią istotny problem z punktu widzenia kosztów pośrednich, związanych z niezdolnością do pracy – znalazły się wśród 30 głównych przyczyn niezdolności do pracy powiecie cieszyńskim w roku 2021 (łącznie ok. 22,3% ogółu zaświadczeń lekarskich). Wśród chorób zakaźnych w populacji mieszkańców Cieszyna, innych niż choroby układu oddechowego, dominuje próchnica zębów. W populacji dzieci i młodzieży choroba ta znajduje się na trzecim miejscu w rankingu najczęstszych rozpoznań, z którymi niepełnoletni mieszkańcy pojawiają się w systemie opieki zdrowotnej. Ponad 21% ankietowanych mieszkańców miasta wskazało, że konieczna jest poprawa dostępności do świadczeń w obszarze profilaktyki próchnicy wśród dzieci.				

PRIORYTET 7: Wyzwania demograficzne jako wyraz realizacji celu operacyjnego 5 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 oraz Priorytetu 10 Priorytetów zdrowotnych określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (*Zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz nie samodzielnyimi.*)

Cel operacyjny		Zaplanowane interwencje		Czas realizacji	Podmioty realizujące	Miernik efektywności
1	Promocja zdrowia psychicznego w populacji osób starszych	1.1	Profilaktyczna działalność informacyjna i edukacyjna dla osób z niepełnosprawnościami oraz seniorów	2023-2028	UM Organizacje pozarządowe MOPS	Liczba działań Liczba uczestników
		1.2	Aktywni seniorzy w Cieszynie – aktywizacja i integracja społeczna mieszkańców obszaru rewitalizacji, jak również wsparcie osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, przede wszystkim seniorów	2023-2026	UM MOPS	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
		1.3	Rozwój usług wspierających zdrowie i jakość życia związaną ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów nieformalnych, w szczególności przez rozwój dziennych form wsparcia i pomocy psychologicznej	2023-2028	UM Organizacje pozarządowe MOPS	Liczba działań
		1.4	Klub Senior + Integracja i aktywizacja społeczna seniorów, w pierwszej kolejności z obszaru rewitalizacji	2023-2026	UM MOPS	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
		1.5	Program działań edukacyjno-aktywizujących i integrujących dla seniorów	2023-2026	UM MOPS	Zgodnie z Gminnym Programem Rewitalizacji Miasta Cieszyna do roku 2026
		1.6	Zapewnienie osobom starszym wysokiej jakości życia i uczestnictwa w sferze publicznej	2023-2025	UM	Zgodnie z Gminną Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Cieszyna na lata 2021 – 2025

2	Rozwijanie więzi międzypokoleniowej w społeczności miasta	2.1	Realizacja międzypokoleniowych integracyjnych programów edukacyjnych, kulturalnych i rekreacyjnych	2023-2028	UM MOPS organizacje pozarządowe	Liczba działań Liczba uczestników
		2.2	Wsparcie organizacji działających na rzecz integracji międzypokoleniowej	2023-2028	UM	Liczba działań Liczba uczestników
3	Kreowanie postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszenie kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego	3.1	Działania informacyjne na rzecz zachęcania do udziału w finansowanym przez NFZ Programie badań prenatalnych	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą organizacje pozarządowe	Liczba działań Liczba uczestników
		3.2	Działania informacyjne na rzecz rozwoju zróżnicowanych form wspierania zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością	2023-2028	UM MOPS PES	Liczba działań
4	Zapobieganie chorobom wieku podeszłego poprzez działania w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej	4.1	Działania informacyjne na rzecz zachęcania do udziału w finansowanym przez NFZ Programie profilaktyki osteoporozy	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań
		4.2	Realizacja programów zdrowotnych w zakresie rehabilitacji ruchowej i innych działań związanych z aktywnością ruchową	2023-2028	UM Podmioty wykonujące działalność leczniczą	Liczba działań
		4.3	Określenie potrzeb związanych z opieką geriatryczną w związku ze starzeniem się populacji na terenie miasta	2023-2028	UM MOPS	Liczba działań

Uzasadnienie dla wyboru priorytetu	Odsetek osób starszych w województwie śląskim wynosi obecnie 22%, w skali kraju jest to 20%. Ta tendencja niewątpliwie będzie się pogłębiać. W latach 2011-2021 odnotowano spadek liczby mieszkańców Cieszyna na poziomie ok. 7%, a wskaźnik obciążenia demograficznego w mieście w roku 2022 osiągnął wartość znacznie wyższą niż w kraju i województwie śląskim. Niepokojące jest też przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w podregionie bielskim, do którego przynależy miasto Cieszyn, ponieważ jest ono krótsze w porównaniu do kraju. Najczęstsze problemy zdrowotne u respondentów i dorosłych członków ich najbliższej rodziny dotyczą chorób narządu ruchu, stąd też ankietowani oczekiwaliby poprawy dostępności do opieki zdrowotnej przede wszystkim w zakresie rehabilitacji narządu ruchu i aktywności fizycznej.
---	--

8. KOSZTY REALIZACJI ZAPLANOWANYCH DZIAŁAŃ

Interwencje zaplanowane w ramach realizacji Lokalnej strategii polityki zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna finansowane będą z budżetu miasta Cieszyna oraz innych źródeł pozabudżetowych.

9. MONITORING I EWALUACJA

Monitoring Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna będzie oparty o wykonanie corocznego sprawozdania ze wszystkich zrealizowanych w danym roku kalendarzowym działań wykazanych w strategii, składanego do dnia 30 listopada danego roku. Elementarną częścią składową sprawozdania będą sprawozdania częściowe składane przez podmioty realizujące zadania opisane w strategii, w tym sprawozdania składane obligatoryjnie przez jednostki budżetowe podlegające miastu, a także sprawozdania składane dobrowolnie – przez pozostałe podmioty. Miernikiem jego właściwej realizacji będą wartości wskaźników opisanych w strategii. Ewaluacja w perspektywie długofalowej ma być pomocna w niwelowaniu niekorzystnych tendencji charakterystycznych dla zdrowia populacji w mieście Cieszynie i zbliżenie się do średniego poziomu opieki zdrowotnej w Polsce oraz Unii Europejskiej.

10. SPIS TABEL

Tab. I. Ludność miasta Cieszyna na tle woj. śląskiego i kraju – dane ogólne.	20
Tab. II. Ludność miasta Cieszyna wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle woj. śląskiego i kraju.....	21
Tab. III. Ruch naturalny ludności w mieście Cieszynie na tle województwa śląskiego i kraju.	23
Tab. IV. Przeciętne dalsze trwanie życia (w latach) w momencie narodzin w podregionie bielskim na tle woj. śląskiego i kraju w latach 2019-2021.	24
Tab. V. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w mieście Cieszynie.....	26
Tab. VI. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w mieście Cieszynie.....	28
Tab. VII. Dostęp do świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na rynku publicznym dla mieszkańców miasta Cieszyna.	29
Tab. VIII. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie badań diagnostycznych w mieście Cieszynie.	30
Tab. IX. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń lecznictwa szpitalnego w mieście Cieszynie.	31
Tab. X. Dostęp do świadczeń lecznictwa szpitalnego na rynku publicznym dla mieszkańców miasta Cieszyna.....	32
Tab. XI. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w mieście Cieszynie.....	33
Tab. XII. Dostęp do świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na rynku publicznym dla mieszkańców miasta Cieszyna.	34
Tab. XIII. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej w mieście Cieszynie.	35
Tab. XIV. Dostęp do świadczeń rehabilitacji leczniczej na rynku publicznym dla mieszkańców miasta Cieszyna.	35
Tab. XV. Podmioty wykonujące działalność leczniczą i praktyki lekarzy dentystów udzielające finansowanych ze środków NFZ świadczeń leczenia stomatologicznego w mieście Cieszynie.	36

Tab. XVI. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w mieście Cieszynie.....	37
Tab. XVII. Dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej na rynku publicznym dla mieszkańców miasta.....	37
Tab. XVIII. Apteki na terenie miasta Cieszyna.	38
Tab. XIX. Liczba rozpoznań będących przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na płeć oraz grupy wiekowe.	41
Tab. XX. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku poniżej 18 r.ż. w roku 2022 w podziale na płeć.	42
Tab. XXI. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 18-29 lat w roku 2022 w podziale na płeć.	45
Tab. XXII. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 30-39 lat w roku 2022 w podziale na płeć.	46
Tab. XXIII. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 40-49 lat w roku 2022 w podziale na płeć.	48
Tab. XXIV. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 50-59 lat w roku 2022 w podziale na płeć.	49
Tab. XXV. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w wieku 60 lat i więcej w roku 2022 w podziale na płeć.	50
Tab. XXVI. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu krążenia będące przyczyną wizyt w publicznej opiece zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.....	52
Tab. XXVII. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób nowotworowych będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.	56

Tab. XXVIII. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu oddechowego będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.	57
Tab. XXIX. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu nerwowego będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.	59
Tab. XXX. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.	60
Tab. XXXI. Najczęstsze rozpoznania w grupie zaburzeń wydzielania wewnętrznego i przemian metabolicznych będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.	61
Tab. XXXII. Najczęstsze rozpoznania w grupie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.	63
Tab. XXXIII. Najczęstsze rozpoznania w grupie chorób układu pokarmowego będące przyczyną wizyt w placówkach publicznej opieki zdrowotnej mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 w podziale na grupy wiekowe i płeć.	64
Tab. XXXIV. Liczba wydanych w latach 2018-2022 orzeczeń o niepełnosprawności (mieszkańcy miasta Cieszyna poniżej 16 roku życia).	65
Tab. XXXV. Liczba wydanych w latach 2018-2022 orzeczeń o niepełnosprawności (mieszkańcy miasta Cieszyna powyżej 16 roku życia).	66
Tab. XXXVI. Liczba dni absencji chorobowej mieszkańców powiatu cieszyńskiego w 2021 r. – absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS.	67
Tab. XXXVII. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych mieszkańcom powiatu cieszyńskiego w 2021 r. w związku z niezdolnością do pracy – absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS.	68
Tab. XXXVIII. Zgony z powodu głównych przyczyn w powiecie cieszyńskim na tle województwa śląskiego i Polski w roku 2021.	70

11. SPIS RYCIN

Ryc. 1. Ludność miasta Cieszyna wg grup wieku na tle woj. śląskiego i kraju w roku 2022 (%).....	22
Ryc. 2. Przyrost naturalny na 1000 ludności w mieście Cieszynie na tle woj. śląskiego i kraju w roku 2022.....	23
Ryc. 3. Najczęstsze problemy zdrowotne mieszkańców miasta Cieszyna w roku 2022 wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia (%).....	44
Ryc. 4. Mapa zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w województwie śląskim w roku 2022 w podziale na powiaty.	53
Ryc. 5. Mapa zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród kobiet w województwie śląskim w roku 2020 w podziale na powiaty.....	54
Ryc. 6. Mapa umieralności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w województwie śląskim w roku 2020 w podziale na powiaty.....	54
Ryc. 7. Mapa umieralności na nowotwory złośliwe wśród kobiet w województwie śląskim w roku 2022 w podziale na powiaty.....	55
Ryc. 8. Przyczyny zgonów mieszkańców powiatu cieszyńskiego w roku 2021 (%).....	69
Ryc. 9. Płeć ankietowanych (%).	74
Ryc. 10. Wiek ankietowanych (%).	74
Ryc. 11. Wykształcenie ankietowanych (%).	75
Ryc. 12. Statut zawodowy ankietowanych (%).	75
Ryc. 13. Stan cywilny ankietowanych (%).	76
Ryc. 14. Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności przez osoby badane (%).....	76
Ryc. 15. Przebywanie respondentów pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarczą (%).....	77
Ryc. 16. Podział respondentów wg deklarowanej sytuacji materialnej (%).	77
Ryc. 17. Samoocena stanu zdrowia fizycznego respondentów(%).	78
Ryc. 18. Samoocena stanu zdrowia fizycznego respondentów wg płci (%).	78
Ryc. 19. Samoocena stanu zdrowia fizycznego respondentów wg wieku (%).	79
Ryc. 20. Samoocena stanu zdrowia psychicznego respondentów (%).....	80
Ryc. 21. Samoocena stanu zdrowia psychicznego respondentów (%).....	80
Ryc. 22. Samoocena stanu zdrowia psychicznego respondentów wg wieku (%).	81
Ryc. 23. Deklarowana zmiana ogólnego stanu zdrowia ankietowanych (%).	81

Ryc. 24. Problemy zdrowotne respondentów oraz dorosłych członków ich najbliższej rodziny (%).....	82
Ryc. 25. Radzenie sobie ze stresem przez badane osoby (%).....	83
Ryc. 26. Formy aktywności fizycznej realizowane przez badanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy (%).....	83
Ryc. 27. Częstotliwość korzystania przez respondentów z ochrony zdrowia finansowanej przez NFZ (%).....	84
Ryc. 28. Ocena dostępności świadczeń ochrony zdrowia w opinii respondentów (%).....	84
Ryc. 29. Ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ankietowanych (%).....	85
Ryc. 29. Zakres w jakim badani respondenci oczekiwaliby poprawy dostępności do opieki zdrowotnej w mieście Cieszynie (%).....	86
Ryc. 30. Zakres oczekiwanych od Urzędu Miasta działań w zakresie zwiększania dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców miasta Cieszyna (%).....	87

12. PIŚMIENNICTWO

1. C. E. A. Winslow, The untitled fields of public health. Science N.S. 1920, 51, 22 – 33 [za:] C.E.A. Winslow. The evolution and significance of the modern public health, New Haven, Yale University Press, 1923.
2. European Observatory of Health Systems and Policies [https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx].
3. F. Kokot, Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004.
4. HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region [euro.who.int; dostęp: 14.03.2023r.].
5. https://bip.um.cieszyn.pl/artykul/1588/30400/gminny-program-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie-i-ochrony-ofiar-przemocy-w-rodzinie-miasta-cieszyna-na-lata-2021-2024 [dostęp: 26.04.2023].
6. https://bip.um.cieszyn.pl/artykuly/2540/gminny-program-rewitalizacji-miasta-cieszyna-do-roku-2026 [dostęp: 26.04.2023].
7. https://bip.um.cieszyn.pl/artykuly/2558/gminna-strategia-rozwiazywania-problemow-spoecznych-miasta-cieszyna-na-lata-2021-2025 [dostęp: 26.04.2023].
8. https://bip.um.cieszyn.pl/artykuly/2588/gminny-program-wspierania-rodziny-miasta-cieszyna-na-lata-2022-2024 [dostęp: 26.04.2023].
9. Informacja o wynikach kontroli „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 19.08.2016, s. 8, 41 [10/2016/P/15/063/KZD].
10. J. Frank, J.L. Bobadilla, J. Sapielveda, J. Rosenthal, E. Ruelas, A conceptual model for Public Health Research; PAHO Bulletin 1988, 22, s. 60-71.
11. J. Opolski, Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia [w:] Janusz Opolski (red.), Zdrowie Publiczne, Wybrane zagadnienia tom. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Warszawa 2011, s. 16.
12. J. Woźniak-Holecka, T. Holecki, Promocja zdrowia w kompetencjach samorządu województwa, w: Ryszard Walkowiak, Roman Lewandowski (red.) Zarządzanie w ochronie zdrowia. Finanse i zasoby ludzkie, Wydawnictwo Olsztyńskiej Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania im. Prof. Kotarbińskiego, Olsztyn 2011.
13. M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, K. Kowalczyk, Pielęgniacyjno-rehabilitacyjne problemy starzejącego się społeczeństwa, Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2016.
14. M. Higgins, W. Kannel, R. Garrison et al.: Hazards of obesity: the Framingham experience. Acta Med. Scand. 1988; 723: 23-36.
15. M. Lalonde A New perspective on the health of Canadians, A working document Government of Canada, Ottawa, 1974.
16. M. Wysocki. M. Miller, Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne, Przegląd Epidemiologiczny, 2003; 57. (3): 506 – 511, [za:] Janusz Opolski (red.), Zdrowie Publiczne, Wybrane zagadnienia tom. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Warszawa 2011, s. 20.
17. Miquel Porta: A Dictionary of Epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19-53149-6.
18. Motnyk M. i in., Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2020 roku, Gliwice 2022.

19. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
20. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986–WHO/HPR/HEP/95.1.
21. Poniewierka E., Żywnienie w chorobach przewodu pokarmowego i zaburzeniach metabolicznych, wyd. Cornetis Sp. z o.o., Wrocław 2010.
22. Profilaktyka i leczenie grypy, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Zalecane przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej 2006.
23. Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12368306>; dostęp: 12.04.2023].
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej [Dz.U. 2013 poz. 1480 ze zm.].
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Dz.U. 2013 poz. 1248 ze zm.].
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej [Dz.U. 2013 poz. 1347 ze zm.].
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2013 poz. 1413 ze zm.].
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386 ze zm.].
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522 ze zm.].
31. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
32. Social Europe [www.socialeurope.eu/a-european-public-health-facility; dostęp: 21.04.2023].
33. Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej [Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 z późn. zm.].
34. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.].
35. W. Kozubski, P. Liberski, Choroby układu nerwowego, PZWL, 2004.
36. WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int; dostęp: 02.04.2023r.]
37. Wojewódzki plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 [<https://www.katowice.uw.gov.pl/>]
38. Woźniak-Holecka J. Cele i zadania promocji zdrowia [w:] Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna z elementami pedagogiki (red. Woźniak-Holecka J., Braczkowski R.), SUM, Katowice 2014, s. 9.
39. Z. Strzelecki, J. Szymborski, Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Warszawa 2015, <http://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosciowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosciowej> (dostęp z dnia 02.04.2023).

40. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 14.03.2023r.].
41. Zarządzenie Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.).
42. ZUS, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2021 r. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2022.

13. ZAŁĄCZNIK 1 – KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Ocena potrzeb zdrowotnych i oczekiwań w zakresie zdrowia publicznego mieszkańców Cieszyna na potrzeby opracowania „Strategii polityki zdrowotnej dla Miasta Cieszyna na lata 2023-2028”.

Szanowni Państwo, uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki posłużą jedynie do celów badawczych. Badanie kwestionariuszowe zostało zlecone przez Urząd Miasta Cieszyna, a jego wyniki przyczynią się do kształtowania przyszłej polityki zdrowotnej Miasta.

ANKIETĘ MOŻNA WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE JEDEN RAZ

Czy mieszka Pan/Pani w Cieszynie?

- ☐ tak
- ☐ nie (kwestionariusz ankiety kierowany jest wyłącznie do mieszkańców Cieszyna)

I. METRYCZKA

1. Płeć: ☐ K ☐ M
2. Wiek: ☐ <25 ☐ 25-44 ☐ 50-59 ☐ 60+
3. Wykształcenie: ☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe
4. Stan cywilny:
- ☐ związek małżeński ☐ związek nieformalny ☐ stan wolny ☐ wdowa/wdowiec
- ☐ rozwiedziona/-y
5. Status zawodowy:
- ☐ uczeń/student
- ☐ aktywny zawodowo
- ☐ emeryt
- ☐ rencista
- ☐ bezrobotny
6. Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną (z orzeczeniem o niepełnosprawności)?
- ☐ tak ☐ nie

7. Czy przebywa Pan/Pani pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską?

☐ tak ☐ nie

8. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację finansową?

(5 – bardzo dobra, 4 - dobra, 3 - przeciętna, 2 - zła, 1 - bardzo zła)

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

II. KWESTIONARIUSZ ANKIETY

9. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia fizycznego?

(5 – bardzo dobry, 4 – dobry, 3 – taki sobie, 2 - zły, 1 - bardzo zły)

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

10. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia psychicznego?

(5 – bardzo dobry, 4 – dobry, 3 – taki sobie, 2 - zły, 1 - bardzo zły)

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

11. Czy w porównaniu z czasem sprzed pandemii COVID-19 Pana/Pani ogólny stan zdrowia:

☐ poprawił się ☐ pogorszył się ☐ pozostał bez zmian

12. Jakie problemy zdrowotne występują najczęściej u Pana(i) lub u dorosłych członków najbliższej rodziny? (Proszę zaznaczyć **maksymalnie 3 odpowiedzi**)

☐ choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, choroby serca, udar mózgu)

☐ choroby narządu ruchu (np. schorzenia kręgosłupa, osteoporoza, reumatyzm)

☐ choroby układu oddechowego (np. astma, chroniczne zapalenie oskrzeli, rozedma płuc)

☐ nowotwory

☐ alergie

☐ choroby narządu wzroku (np. wady wzroku, zaćma, jaskra)

☐ choroby narządu słuchu (np. głuchota)

☐ zaburzenia metaboliczne (np. cukrzyca, nadwaga, otyłość, zespół metaboliczny)

☐ choroby układu trawienego (np. choroba wrzodowa, kamica pęcherzyka)

☐ choroby układu endokrynologicznego (np. choroby tarczycy)

☐ choroby zakaźne (np. grypa, gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby)

☐ zaburzenia psychiczne (np. stres, depresja, zaburzenia lękowe, nerwica)

☐ uzależnienia (np. alkoholizm, uzależnienie od substancji psychotropowych)

☐ inne (jakie?)

13. Jak Pan/Pani radzi sobie ze stresem?

(5 – bardzo dobrze, 4 – dobrze, 3 – tak sobie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

14. Jakie formy aktywności fizycznej podejmował/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 3 miesięcy?
(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

☐ nie podejmowałem/am żadnej formy aktywności fizycznej w tym okresie

☐ spacer

☐ nordic walking (spacer z kijkami)

☐ bieganie

☐ jazda na rowerze

☐ siłownia

☐ pływanie

☐ fitness

☐ tenis

☐ gry zespołowe (np. piłka nożna, koszykówka, siatkówka)

☐ inne (jakie?)

15. Jakie problemy zdrowotne występują najczęściej u dzieci w Pana/Pani rodzinie lub u dzieci znajomych?

(Proszę zaznaczyć **maksymalnie 3 odpowiedzi**)

☐ nie wiem

☐ choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, choroby serca)

☐ choroby narządu ruchu (np. schorzenia kręgosłupa, wady postawy)

☐ choroby układu oddechowego (np. astma, chroniczne zapalenie oskrzeli, rozedma płuc)

☐ alergie

☐ choroby narządu wzroku (np. wady wzroku)

☐ choroby narządu słuchu (np. głuchota)

☐ zaburzenia metaboliczne (np. cukrzyca, nadwaga, otyłość, zespół metaboliczny)

☐ choroby układu trawiennego (np. choroba wrzodowa, zespół jelita drażliwego)

☐ choroby układu endokrynologicznego (np. choroby tarczycy)

☐ choroby zakaźne (np. grypa, gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby)

- ☐ zaburzenia psychiczne (np. stres, depresja, zaburzenia lękowe, nerwica)
- ☐ uzależnienia (np. alkoholizm, uzależnienie od substancji psychotropowych)
- ☐ inne (jakie?)

16. Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystał/a Pan/Pani ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia?

- ☐ ani razu ☐ 1-2 razy ☐ 3-5 razy ☐ 6-10 razy ☐ więcej niż 10 razy

17. Jak ocenia Pan/Pani dostępność do świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla mieszkańców Cieszyna?

(5 – bardzo wysoka, 4 – wysoka, 3 – przeciętna, 2 – niska, 1 - bardzo niska)

- ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

18. Jak ocenia Pan/Pani zaspokojenie swoich potrzeb zdrowotnych w skali 1-5?

(5 – bardzo dobrze, 4 – dobrze, 3 – tak sobie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

- ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

19. Czy chciałby/łaby Pan/Pani, aby Urząd Miasta realizował świadczenia z zakresie zwiększania dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Cieszyna?

- ☐ tak ☐ nie (*proszę przejść do pytania 20*)

20. Jakie to powinny być świadczenia?

(Proszę zaznaczyć **maksymalnie 3 odpowiedzi**)

- ☐ szczepienia ochronne przeciwko grypie
- ☐ poprawa aktywności fizycznej dzieci
- ☐ poprawa aktywności fizycznej dorosłych
- ☐ aktywizacja ruchowa starszych mieszkańców
- ☐ rehabilitacja narządu ruchu
- ☐ profilaktyka chorób układu krążenia
- ☐ zapobieganie nadwadze, otyłości oraz chorobom metabolicznym w populacji dzieci i młodzieży
- ☐ zapobieganie nadwadze, otyłości oraz chorobom metabolicznym w populacji osób dorosłych
- ☐ wczesne wykrywanie i profilaktyka boreliozy
- ☐ wczesne wykrywanie i profilaktyka zakażeń HCV (wirus zapalenia wątroby typu C)
- ☐ szczepienia ochronne przeciwko ospie dla małych dzieci i mieszkańców w wieku 60+

- ☐ szczepienie przeciwko pneumokokom u osób powyżej 65 roku życia
- ☐ szczepienia ochronne przeciwko meningokokom dla małych dzieci i nastolatków
- ☐ zapobieganie i leczenie zaburzeń psychicznych
- ☐ terapia uzależnień
- ☐ opieka długoterminowa
- ☐ geriatria
- ☐ profilaktyka próchnicy w populacji dzieci
- ☐ inne, jakie?.....

21. Czy chciałby/łaby Pan/Pani, aby Urząd Miasta Cieszyna realizował więcej zadań z zakresu promocji zdrowia?

- ☐ tak ☐ nie (*dziękujemy za wypełnienie ankiety*)

22. Jakich z poniższych obszarów powinny dotyczyć te działania?

(Proszę zaznaczyć **maksymalnie 3 odpowiedzi**)

- ☐ zdrowe odżywianie
- ☐ aktywność fizyczna
- ☐ radzenie sobie ze stresem
- ☐ edukacja seksualna
- ☐ edukacja zdrowotna osób chorujących przewlekle
- ☐ bezpieczeństwo zdrowotne
- ☐ prawa pacjenta
- ☐ ekologia
- ☐ profilaktyka niepełnosprawności
- ☐ profilaktyka chorób psychicznych
- ☐ problemy społeczne
- ☐ inne, jakie?.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

**UCHWAŁA NR III/25/24
RADY MIEJSKIEJ CIESZYNA**

z dnia 26 czerwca 2024 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 poz. 609 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

**Rada Miejska Cieszyna
uchwala, co następuje:**

- § 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.
- § 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Cieszyna.
- § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej Cieszyna

Janusz Kolder



Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji lecniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.]

Cieszyn, 2023

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Cieszyn na lata 2025-2029

Okres realizacji programu: 2025-2029

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki
zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Biuro Spraw Społecznych
Urząd Miejski w Cieszynie
Rynek 1, 43-400 Cieszyn
tel. (33) 47 94 379
bss@um.cieszyn.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2023 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	10
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
1. Cel główny	14
2. Cele szczegółowe	14
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	14
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. Planowane interwencje	16
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	20
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	21
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Monitorowanie.....	23
2. Ewaluacja.....	23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	24
1. Koszty jednostkowe	24
2. Koszty całkowite.....	25
3. Źródło finansowania	25
Załączniki.....	27

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek. Wśród problemów takich najpowszechniejsze są choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego.

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza). Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób z populacji, wśród których około połowa doświadcza z tego powodu dolegliwości bólowych, natomiast ok. 10% - ograniczenia ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu osteoartrozy jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej, a wśród objawów klinicznych choroby pojawiają się ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, a także nasilający się stan zapalny^{1,2}. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne³. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego⁴. Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według

¹ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.

² Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.

³ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.

⁴ Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej⁵. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płęć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne⁶. Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego. Równie niekorzystne skutki zdrowotne niesie za sobą dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych⁷. Dolegliwości bólowe pojawiają się w konsekwencji ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy w związku z wydobyciem się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko pojawienia się dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz istotnie częściej dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Wśród podstawowych metod leczenia ww. jednostek chorobowych, m.in. obok farmakoterapii, znajduje się rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta⁸.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego pozostaje natomiast reumatoidalne zapalenie stawów – choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Schorzenie to uznaje się obecnie za chorobę autoimmunologiczną, jednakże nie istnieją nadal dostateczne dowody naukowe, które wyjaśniałyby w sposób nie budzący wątpliwości jej etiopatogenezę. Najczęściej wśród przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wskazuje się na zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Wśród licznych czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płęć żeńską oraz wiek⁹. Wyodrębnia się cztery etapy

⁵ Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.

⁶ Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011;12:202.

⁷ Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.

⁸ P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.

⁹ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannego sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów¹⁰. Rehabilitacja w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi niezwykle istotny element uzupełniający terapię farmakologiczną, dzięki któremu możliwe jest podtrzymanie sprawności ruchowej pacjenta. Stosuje się w tym przypadku głównie kinezyterapię, fizykoterapię, masaże, psychoedukację oraz edukację zdrowotną. Ponadto, dla skompensowania pojawiających się w przebiegu choroby ograniczeń sprawności, stosowane jest także zaopatrzenie ortopedyczne¹¹. W grupie chorób zapalnych układu ruchu, ograniczających sprawność funkcjonalną jednostek, znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit), a także uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Powyższe zestawienie jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego uzupełniono o urazy, przede wszystkim ze względu na ich miejsce w etiopatogenezie chorób przewlekłych układu kostno-stawowego, ale także w związku z ich znaczeniem w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która w zależności od jego charakterystyki może spowodować różnorodne uszkodzenia. Wśród występujących najczęściej wymienić należy złamania kości, a także stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Do złamania kości dochodzi zazwyczaj w wyniku zadziałania na ciało człowieka dużej siły, ponieważ powstająca wówczas energia kinetyczna przenosi się także na okoliczne mięśnie i tkanki miękkie, powodując ich uszkodzenia. Stłuczenia stawu spowodowane są urazami bezpośrednimi, powodującymi ból oraz wylew krwi, jednakże zakres uszkodzeń w tym przypadku jest bardziej ograniczony.

¹⁰ Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.

¹¹ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 21.01.2019).

Za ograniczone uszkodzenia uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednakże bez przerywania ich ciągłości. Poważnym urazem narządu ruchu jest zwichnięcie, podczas którego dochodzi do całkowitego przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu¹². Przegląd dostępnych danych dotyczących hospitalizacji wskazuje na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego – upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Spośród wymienionych wyżej przyczyn, najczęściej odnotowywane są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń przede wszystkim w obrębie narządów ruchu¹³. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 65 roku życia. Szacuje się, że co trzecia osoba w tej grupie wiekowej narażona jest na upadek przynajmniej raz w roku, a ok. 50% upadków wiąże się z powstaniem urazu wymagającego hospitalizacji¹⁴. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich¹⁵.

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wpływających na znaczne ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie i polineuropatie. Neuropatia obwodowa jest zespołem objawów powstałych w związku z uszkodzeniem nerwu obwodowego w wyniku uszkodzenia pośredniego lub bezpośredniego przy udziale czynnika zakaźnego (zapalenie nerwu). W przypadku mononeuropatii mamy do czynienia z uszkodzeniem jednego nerwu, natomiast polineuropatia to symetryczne uszkodzenie wielu nerwów. Z kolei w przebiegu radikulopatii mamy do czynienia z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych w wyniku patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa¹⁶. Szacuje się, że polineuropatie dotyczą do 1%

¹² T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.

¹³ Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.

¹⁴ Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.

¹⁵ Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.

¹⁶ Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.

populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo rozwoju medycyny w większości przypadków (ok. 60%) nie udaje się znaleźć czynników wywołujących polineuropatie. Z kolei częstsze populacyjne mononeuropatie, zwykle wywoływane są poprzez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii na pierwszym miejscu plasuje się cukrzyca, następnie toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji¹⁷.

2. Dane epidemiologiczne

Choroby w grupie problemów odnoszących się do układu kostno-stawowego i mięśniowego mają bardzo istotny wpływ na jakość i warunki życia osób doświadczających problemów zdrowotnych tego rodzaju. Są one najpowszechniejszą przyczyną niepełnosprawności, a co więcej w znaczący sposób wpływają na stan psychofizyczny cierpiących na nie osób. Analiza danych Global Burden of Disease (GBD) z roku 2019 wykazała, że około 1,7 miliarda ludzi na całym świecie cierpi na schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego¹⁸. Mimo że częstość występowania tych chorób różni się w zależności od wieku i rozpoznania, dotyczą one ludzi w każdym wieku na całym świecie. Schorzenia te mają największy udział w liczbie lat przeżytych z niepełnosprawnością (YLD) na całym świecie (ok. 17% wszystkich YLD w skali globalnej). Bóle grzbietu są głównym czynnikiem przyczyniającym się do ogólnego obciążenia chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, a wśród innych czynników w tym obszarze wymienia się m.in. chorobę zwyrodnieniową stawów, bóle szyi, amputacje, reumatoidalne zapalenie stawów oraz dnę moczanową¹⁹. Chociaż częstość występowania schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego wzrasta wraz z wiekiem, problem ten dotyka również młodszych ludzi, często w latach, w których osiągają szczyt swojej zawodowej efektywności. Prognozy wskazują, że liczba osób

¹⁷ Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].

¹⁸ Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10267), 2006–2017.

¹⁹ Dane WHO Rehabilitation Need Estimator [https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/; dostęp: 15.02.2023r.].

obciążonych omawianym rodzajem schorzeń, w tym szczególnie bólem kręgosłupa, będzie wykazywała w najbliższych latach tendencję wzrostową²⁰.

Istotnych informacji dotyczących rozpowszechnienia problemu chorób układu ruchu w populacji dostarczają dane zawarte w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych²¹, zgodnie z którymi w roku 2019 w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 2,02 mln porad lekarskich. W przeliczeniu na 100 tys. ludności liczba tych porad wyniosła 5 269. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podlaskie (9 305), łódzkie (8 609) i mazowieckie (8 173), najmniejszą zaś lubuskie (867), wielkopolskie (1 063) i opolskie (2 379). Województwo śląskie z liczbą 6 244 zajęło w tym rankingu 6 miejsce. W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 125,5 mln zabiegów fizjoterapeutycznych. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w Polsce 327 086. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (463 847), kujawsko-pomorskie (422 393) i lubuskie (402 792), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (201 201), opolskie (234 778) i warmińsko-mazurskie (244 515). Województwo śląskie z liczbą 287 909 zabiegów na 100 tys. ludności zajęło w tym rankingu 11 miejsce. Najwięcej ośrodków udzielających świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej na 100 tys. ludności mieściło się w województwie podkarpackim (14,57), świętokrzyskim (10,78) i kujawsko-pomorskim (8,69), najmniej zaś w podlaskim (3,06), pomorskim (4,99) i mazowieckim (5). Wartość dla całej Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła 6,85, z kolei dla województwa śląskiego 6,55 (10 miejsce w kraju).

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 11,4 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy bóle grzbietu (16,1% ogółu rozpoznań), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (12%) oraz choroby zwyrodnieniowe stawów kolanowych (7,1%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 56%). Z problemem

²⁰ Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 2018; 391: 2356–67.

²¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

urazu w analizowanym okresie w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiło się ok. 3,4 tys. mieszkańców Cieszyna²².

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 3,4 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu nerwowego (4,1% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy: zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (30,6% ogółu rozpoznań w tej grupie), ucisk korzeni nerwowych i splotów nerwowych (10,4%), migrenę oraz inne zespoły bólu głowy (łącznie 8,9%) oraz retinopatie kończyny górnej (6,5%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 50%)²³.

W roku 2021 mieszkańcom powiatu cieszyńskiego wydano ponad 103,6 tys. zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS. Wśród 30 głównych przyczyn niezdolności do pracy w analizowanym okresie, na drugim miejscu tuż po ostrych chorobach zapalnych układu oddechowego, znalazły się przewlekłe choroby układu ruchu (ok. 12,1% ogółu zaświadczeń lekarskich). Zwolnienia lekarskie ogółem były przyczyną łącznie ponad 1,1 mln dni absencji chorobowej mieszkańców powiatu. Najwięcej dni absencji spowodowanych było opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (14,6% ogółu) oraz bólami grzbietu (4,9%)²⁴.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska

²² Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu²⁵. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne²⁶. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach profilaktyki rentowej, prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych²⁷.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wszystkie wymienione w poprzednim punkcie problemy zdrowotne w sposób istotny wpływają na obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Zarówno powszechność występowania niekorzystnych zachowań zdrowotnych, jak i postępujący proces starzenia się społeczeństwa sprawiają, że niebezpieczeństwo rosnącego obciążenia populacji chorobami przewlekłymi i zapalnymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazami oraz chorobami obwodowego układu nerwowego jest duże, co z kolei zwiększa zapotrzebowanie na prewencję wtórną, w tym głównie w formie zapewnienia dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej celem zapobieżenia pogłębianiu się choroby i powikłaniom, w tym – dalszemu pogarszaniu się jakości życia pacjentów.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].

²⁷ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy Cieszyn dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi opisanymi w poprzednich punktach projektu oraz wnioskami płynącymi z diagnozy potrzeb zdrowotnych mieszkańców Cieszyna, przeprowadzonej na potrzeby opracowania Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna. Zgodnie z wynikami przeprowadzonego wśród mieszkańców Cieszyna badania kwestionariuszowego, najczęstsze problemy zdrowotne u respondentów i dorosłych członków ich najbliższej rodziny dotyczą chorób narządu ruchu, stąd też ankietowani oczekują poprawy dostępności do opieki zdrowotnej przede wszystkim w zakresie rehabilitacji narządu ruchu i aktywności fizycznej. Ponadto, realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2023²⁸ podpisano jedynie jedną umowę na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie miasta.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe i regionalne 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.²⁹: 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 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących,

²⁸ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

²⁹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 18.05.2023r.].

- Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
- 2. Priorytety zdrowotne określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 zmieniającym rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych³⁰: priorytet 2: rehabilitacja;
- 3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³¹: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne
- 4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³²: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego: Obszar rehabilitacja medyczna: 8.1. Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.
- 5. Plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026³³: Obszar rehabilitacja medyczna: 8.1 Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.
- 6. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”³⁴:
 - cel operacyjny: B.1. Wysoka jakość usług społecznych, w tym zdrowotnych (Aktywna profilaktyka i zapewnienie kompleksowości usług medycznych, w szczególności w zakresie chorób cywilizacyjnych i wynikających ze zmian demograficznych),
 - Cel operacyjny: B.2. Aktywny mieszkaniec (Promocja aktywnego i zdrowego stylu życia);
- 7. Lokalna strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna³⁵
 - Priorytet 7, cel operacyjny 4.2: Realizacja programów zdrowotnych w zakresie rehabilitacji ruchowej i innych działań związanych z aktywnością ruchową.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].

³¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

³³ Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026

³⁴ Uchwała nr VI/24/1/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”.

³⁵ Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna... op. cit.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 40%* uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2025-2029.

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego i chorób układu ruchu u co najmniej 60%* uczestników Programu.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie; wd. co najmniej 40%).
2. Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Cieszyn, których liczba wynosi ok. 27,6 tys. osób³⁶. Interwencje w Programie skierowane będą do osób cierpiących na przewlekłe lub zapalne choroby układu ruchu, urazy lub choroby obwodowego układu nerwowego. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 150 dorosłych mieszkańców.

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

2.1. Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Cieszyn (oświadczenie uczestnika),
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty;

2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez gminę Cieszyn, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).

³⁶ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ/lekarza specjalisty lub wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do Programu,
- obejmujący zabiegi wskazane w tabeli I;

2) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej:

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych,
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem).

Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
A. Kinezyterapia	
indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	34
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	10
pionizacja	10
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	8
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	8
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	8
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	10
wyciągi	9
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	7
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1
B. Masaże	
masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	13
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	16
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	2
jonoforeza	3
elektrostymulacja	4

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Cieszyń na lata 2025-2029

tonoliza	3
prądy diadynamiczne	2
prądy interferencyjne	2
prądy TENS	2
prądy TRAEBERTA	2
prądy KOTZA	3
ultradźwięki miejscowe	4
ultrafonoforeza	4
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	3
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	2
E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3
laseroterapia - skaner	3
laseroterapia punktowa	6

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego, a także chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014³⁷, 2015³⁸),
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013³⁹),
- European League Against Rheumatism (EULAR 2013⁴⁰, 2016⁴¹),
- American Pain Society (APS 2009)⁴²,
- American College of Physicians (ACP 2007)⁴³,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)⁴⁴,

³⁷ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].

³⁸ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk].

³⁹ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

⁴⁰ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745

⁴¹ Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.

⁴² Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.

⁴³ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, Ann Intern Med. 2007;147:478-491.

⁴⁴ Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.

- Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji⁴⁵.

Według zaleceń NICE 2014⁴⁶ w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów koniecznym jest dokonanie oceny wpływu choroby m.in. na funkcjonowanie w życiu codziennym oraz zawodowym, jakość życia i relacje społeczne. Opracowywanie planu leczenia i rehabilitacji powinno uwzględniać zapewnienie pacjentom stałego dostępu do informacji, w tym w zakresie możliwości zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a w przypadku pacjentów z nadwagą i otyłością - dodatkowo interwencje mające na celu utratę masy ciała. Właściwie dobrane ćwiczenia fizyczne należy zalecać wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ćwiczenia te powinny miejscowo wzmacniać mięśnie oraz poprawiać ogólną sprawność aerobową. Celem zmniejszania dolegliwości bólowych NICE rekomenduje także stosowanie u omawianej grupy pacjentów przezskórnej stymulacji nerwów (TENS).

Również eksperci z ACP (2007)⁴⁷ w przypadku pacjentów z dolegliwościami w obszarze układu ruchu, w tym bólów w dolnej partii pleców, zalecają stosowanie działań nefarmakologicznych jako terapii uzupełniającej farmakoterapię. Wśród interwencji tych znajdują się m.in.: terapia ruchowa, masaże, joga, terapia zajęciowa oraz relaksacja. Z kolei eksperci APS (2009)⁴⁸ zwracają dodatkowo uwagę na istotę edukacji zdrowotnej w planie terapeutycznym omawianej grupy pacjentów. Osoby te powinny mieć dostęp do pełnej informacji na temat swojej jednostki chorobowej, a także bezpiecznej modyfikacji codziennej aktywności oraz najskuteczniejszych sposobów ograniczania ryzyka nawracających problemów z kręgosłupem. Zgodnie z rekomendacjami SIGN (2013)⁴⁹ wskazane jest zachęcanie wszystkich pacjentów z przewlekłym bólem pleców oraz szyi do wykonywania ćwiczeń fizycznych nadzorowanych przez specjalistę. Także Ci eksperci zalecają uwzględnianie w postępowaniu terapeutycznym przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) o niskiej lub wysokiej częstotliwości oraz laseroterapii niskoenergetycznej.

⁴⁵ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>.

⁴⁶ Osteoarthritis. Care and management in adults. NICE Clinical guideline... op.cit.

⁴⁷ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁸ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁹ Management of chronic pain, SIGN 136... op.cit.

Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi Przeciw Reumatyzmowi (EULAR 2013⁵⁰) proces leczniczy w przypadku chorób zapalnych układu ruchu powinien obejmować terapię nefarmakologiczną (edukacja zdrowotna, ćwiczenia, zaopatrzenie ortopedyczne, redukcja masy ciała), farmakologiczną oraz w wybranych przypadkach leczenie chirurgiczne. Dodatkowo integralną częścią opieki zdrowotnej nad osobami z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna być edukacja zdrowotna, zwiększająca zaangażowanie pacjenta w kontekście prowadzenia zdrowego stylu życia i radzenia sobie z chorobą. Również zgodnie z wytycznymi NICE (2015⁵¹) opieka nad pacjentami z omawianej grupy powinna uwzględniać zarówno postępowanie farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne, w tym przede wszystkim fizjoterapię, terapię zajęciową, edukację zdrowotną i żywieniową, psychoedukację, zaopatrzenie ortopedyczne oraz opiekę podologiczną. Fizjoterapia w przypadku pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna prowadzić do poprawy ogólnej kondycji fizycznej, wykształcenia umiejętności ćwiczeń zwiększających elastyczność stawów i wzmacniających siłę mięśniową, a także zwiększenia motywacji do ich regularnego wykonywania.

Również w odniesieniu do problemu urazów rehabilitacja stanowi działanie niezbędne w świetle dostępnych wyników badań naukowych. Rekomendacje NICE 2016⁵² wskazują m.in. na uznanie liczby wizyt fizjoterapeutycznych jako ważnej miary sukcesu rehabilitacji urazów, w związku z dyskomfortem odczuwanym przez pacjentów, będącym konsekwencją pogorszenia jakości życia w wyniku choroby. Niezwykle ważna jest także edukacja pacjentów w zakresie fizjoterapii, w obliczu braku wiedzy chorych po urazach na temat sposobów rehabilitacji i metod pełnego odzyskania sprawności. Wymagane są również informacje o tym, jak duże obciążenia mogą być wykonywane po wyleczeniu urazu, zwłaszcza w odniesieniu do uprawiania sportu lub wykonywania pracy zawodowej.

⁵⁰ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the... op.cit.

⁵¹ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults... op.cit.

⁵² NICE Guideline NG38 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre w dokumencie Fractures (non-complex): assessment and management, Fractures: diagnosis, management and follow-up of fractures (2016) [nice.org.uk/guidance/ng38].

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 1.

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

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 3), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

Należy podkreślić, iż dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (III kwartał 2023 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III-IV kwartał 2023 r.);
- 3) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Śląskiego (I kwartał 2024 r.);
- 4) złożenie wniosku do Śląskiego OW NFZ o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej (do 1 września 2024r.);
- 5) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2025);
- 6) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2025);
- 7) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I kwartał 2025 – IV kwartał 2029)
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 8) ewaluacja (I kwartał 2030):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 9) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2030).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Cieszyń. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2022 r. poz. 633 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

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 uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). 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 [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
- analiza odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- analiza liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych 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:

- odsetka osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności przed i po realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości ok. 100 000 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m oraz 1n do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. (tabela I, s. 15-16). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,29 zł na podstawie wartości ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w Cieszyńie tj. 1,74 zł⁵³ oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (11,5%⁵⁴) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w okresie 2022-2023 (20%)⁵⁵.

Średnia liczba punktu za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli I to 6,5, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 14,9 zł (1,94 zł x 6,5). Po zaokrągleniu przyjęto, iż będzie to 15 zł. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 600 zł (10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie).

1. Koszty jednostkowe

- 630 zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (600 zł) oraz działań edukacyjnych (30 zł)
- 5 000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
- 500 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

⁵³ Informator o umowach NFZ... op. cit.

⁵⁴ Dane GUS, wskaźnik inflacji w czerwcu 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

⁵⁵ Dane GUS, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2022 (3010 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2023r. (3600 zł) [stat.gov.pl; dostęp: 06.03.2023 r.].

2. Koszty całkowite:

Tab. II. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w każdym roku realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	5 000	5 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	150	630	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty programu (coroczne)			100 000,00

Tab. III. Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2025	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2026	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2027	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2028	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2029	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Cieszyn oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Gmina będzie realizowała program zdrowotny pod warunkiem uzyskania dofinansowania 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski 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. 2022 poz. 2561 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. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
2. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
3. Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.
4. Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, Ann Intern Med. 2007;147:478-491.
5. Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10267), 2006–2017.
6. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
7. Dane GUS, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2022 (3010 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2023r. (3600 zł) [stat.gov.pl; dostęp: 06.03.2023 r.]. Dane GUS, wskaźnik inflacji w czerwcu 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
8. Dane WHO Rehabilitation Need Estimator [https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/; dostęp: 15.02.2023r.].
9. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
10. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
11. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745
12. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyński B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
13. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 2018; 391: 2356–67.
14. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
15. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
16. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
17. Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.
18. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
19. Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyń
20. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
21. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
22. NICE Guideline NG38 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre w dokumencie Fractures (non-complex): assessment and

- management, Fractures: diagnosis, management and follow-up of fractures (2016) [nice.org.uk/guidance/ng38].
23. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
 24. Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026
 25. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
 26. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
 27. Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.
 28. Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
 29. Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk].
 30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].
 31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
 32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
 33. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
 34. Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.
 35. Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011;12:202.
 36. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
 37. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 18.05.2023r.].
 38. Uchwała nr VI/24/1/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”.
 39. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
 40. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 21.01.2019).
 41. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

Załączniki

Załącznik 1

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”

A. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię		 / / (dzień/miesiąc/rok)	
Nr PESEL*			
Data rozpoczęcia udziału w programie		Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data zakończenia udziału w programie		Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

B. Ocena skuteczności programu

B.1.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....
(pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji medycznej)

B.2.

Miernik efektywności	pre-test / / (dzień/miesiąc/rok)	post-test / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi			

.....
(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Biuro Spraw Społecznych w gminie Cieszyn
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego

Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-teście w porównaniu do pre-testu

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyń na lata 2025-2029”

I. Ocena rejestracji

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów?					
poszanowanie prywatności podczas wykonywania zabiegów?					
staranność wykonywania zabiegów?					

III. Ocena warunków panujących w przychodni

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

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

AKCEPTUJĘ

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



Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Cieszyń na lata 2025-2029

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych
[tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.]

Cieszyń, 2023

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

Nazwa programu:

Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla
mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

Okres realizacji programu: 2025-2029

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki
zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Biuro Spraw Społecznych
Urząd Miejski w Cieszynie
Rynek 1, 43-400 Cieszyn
tel. (33) 47 94 379
bss@um.cieszyn.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2023 r.

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	20
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	23
1. Cel główny:	23
2. Cele szczegółowe:	23
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:.....	23
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	23
1. Populacja docelowa	23
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	25
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	38
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	39
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	39
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:.....	39
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	39
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	42
1. Monitorowanie.....	42
2. Ewaluacja.....	42
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	43
1. Koszty jednostkowe	43
2. Planowane koszty całkowite:	44
3. Źródło finansowania.	44
Bibliografia:.....	45
Załączniki.....	48

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

1. Opis problemu zdrowotnego

1.1. Cukrzyca typu 2

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 wymienionych².

Do niedawna uważano, że istotą cukrzycy typu 1 jest deficyt insuliny związany z destrukcją komórek β , 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 podziałów³.

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 lipidów⁴. 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 przewlekłe hiperglikemia, przyczynia się do powstawania uszkodzeń małych i dużych naczyń krwionośnych. Zmiany te dają początek niewydolności i upośledzenia funkcji wielu narządów.

² American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care 2014; 37, Supplement 1: 14-80.

³ <http://mojacukrzyca.pl/cukrzyca-ale-jaka-nowa-klasyfikacja/>

⁴ Chmielewska-Kassassir M, Woźniak L, Ogrodniczek P, Wójcik M, Rola receptorów aktywowanych przez proliferatory peroksosomów γ (PPAR γ) w otyłości i insulinooporności. Postepy Hig Med Dosw 2013; 67: 1283-1299.

W powstawaniu cukrzycy typu 2 biorą udział zarówno czynniki środowiskowe, jak i genetyczne (występowanie cukrzycy w najbliższej rodzinie), a sama choroba ma wymiar zarówno społeczno-ekonomiczny jak i terapeutyczny. Do pierwszej grupy należy przede wszystkim nadwaga i otyłość (zwłaszcza brzuszna) oraz niska aktywność fizyczna. Osoby otyłe są trzykrotnie bardziej narażone na wystąpienie cukrzycy typu 2, a około 85-90% chorych to osoby z otyłością⁵. 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 β .

Siedzący tryb życia i brak wysiłku fizycznego przyczyniają się do rozwoju nadwagi i otyłości, a ponadto obniżenia aktywności komórkowych przenośników 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 glukozy⁶. 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 kg⁷. 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.

Obecnie na świecie obserwuje się niekorzystną tendencję wzrostu zachorowań na cukrzycę typu 2, spowodowaną głównie wadliwym trybem życia, powstawaniu tej choroby sprzyja szczególnie nieodpowiednie odżywianie powodujące nadwagę i otyłość oraz mała aktywność fizyczna. Wobec powyższego cukrzyca typu 2 dotyczy statystycznie najczęściej osób otyłych w starszym wieku,

⁵ World Health Organization. Screening for type 2 diabetes 2003 [http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_mnc03.pdf].

⁶ Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2007.

⁷ Ibidem.

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- α , która zwiększa się z wiekiem, naturalnie wraz z prawdopodobieństwem rozwoju cukrzycy typu 2⁸. 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 przesiewowymi w kierunku cukrzycy typu 2 mężczyzn i kobiet w wieku ≥ 45 lat, szczególnie jeśli wartość BMI wynosi ≥ 25 kg/m² a obwód pasa przekracza 80 cm u kobiet i 94 cm u mężczyzn, 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 nieprawidłowym wskaźnikiem BMI. U osób z normoglikemią badanie powinno się powtarzać co 3 lata, u osób z podwyższonym ryzykiem co roku⁹. 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 fizyczną¹⁰.

Leczenie cukrzycy ma charakter wielowymiarowy, na który składają się takie elementy jak edukacja pacjentów, leczenie nefarmakologiczne, leczenie hipoglikemizujące, zwalczanie czynników ryzyka oraz leczenie powikłań¹¹. Głównym celem terapii jest osiągnięcie pożądaných wartości w zakresie glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu oraz masy ciała¹², bowiem normalizacja tych parametrów

⁸ Pickup JC: Inflammation and Activated innate Immunity in the Pathogenesis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 813-823.

⁹ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2008, Diabetologia Praktyczna 2008, tom 9, supl. A

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej. W: Choroby wewnętrzne. Red. Szczeklik A, Gajewski P. Medycyna Praktyczna; Kraków 2009; 640 -671.

¹² Jarosz M. Choroby metaboliczne. W: Praktyczny podręcznik dietetyki. Red. Jarosz M. Wydawnictwo Instytutu Żywności i Żywienia; Warszawa 2010; 341-352.

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 śmierci¹³. 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 insulinę¹⁴.

Cukrzyca typu 2 jest z jednej strony jednostką chorobową, z drugiej czynnikiem ryzyka innych chorób, zwłaszcza chorób sercowo-naczyniowych i chorób naczyń mózgowych. Nieodpowiednio leczona może prowadzić do uszkodzeń, zaburzenia czynności, a nawet niewydolności wielu układów i narządów oraz przedwczesnej śmierci. Utrzymujący się przez długi okres stan hiperglikemii, otyłości, hiperlipidemii i nadciśnienia tętniczego dają początek powikłaniom cukrzycowym. Chorujący na cukrzycę typu 2 predysponowani są przede wszystkim do rozwoju powikłań o charakterze mikroangiopatii i makroangiopatii¹⁵.

1.2. Choroby układu sercowo-naczyniowego

Choroby układu krążenia przez WHO postrzegane są jako jeden z głównych problemów zdrowotnych współczesnego świata. Szacuje się, że w skali globalnej stanowią one 30% przyczyn wszystkich zgonów, co w połowie ubiegłej dekady przekładało się na około 17 milionów osób umierających z ich powodu. W tej grupie 46% zgonów dotyczyło osób poniżej 70 roku życia, 18% - poniżej 60 roku życia, a więc w dużej mierze dotyczyły one osób będących wciąż w wieku produkcyjnym. Dla

¹³ 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.

¹⁴ Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki... op. cit.

¹⁵ Krystoń-Serafin M, Jankowiak B, Popławska E, Krajewska-Kulak E. Powikłania cukrzycy jako choroby przewlekłej. *Nowiny Lekarskie* 2007; 76 (6): 482-484.

tej grupy wiekowej 79% obciążenia chorobami przypadało właśnie na choroby układu krążenia¹⁶. Dane te wskazują na znaczące obciążenie ekonomiczne związane z przedmiotowymi chorobami, wywierające negatywny wpływ na ogół społeczeństwa i gospodarki państw świata, związane zarówno z kosztami leczenia osób dotkniętych chorobami układu krążenia, jak i z kosztami makroekonomicznymi (wynikającymi z dużej liczby utraconych lat życia) oraz obniżoną produktywnością chorujących osób. Są to jednocześnie dane uzasadniające konieczność podejmowania działań prewencji pierwotnej i wtórnej, w tym – adresowanych do grup wiekowych w największym stopniu narażonych na ryzyko przedwczesnego zgonu związanego z chorobami układu krążenia. Zadanie to jest tym istotniejsze i tym bardziej uzasadnione, że występowanie omawianych chorób w znacznej mierze zależne jest od kontrolowanych czynników ryzyka, związanych ze stylem życia i zachowaniami zdrowotnymi jednostek, co daje bardzo duże szanse na skuteczne zmniejszenie obciążenia chorobami układu krążenia w wymiarze zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym, w przypadku podjęcia stosownych działań prewencyjnych.

Choroby układu krążenia to dość liczna grupa chorób, w międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 są umieszczone pod pozycjami od I00 do I99. W przedziale tym znajduje się łącznie 10 następujących grup klasyfikacyjnych chorób¹⁷:

- Ostra choroba reumatyczna,
- Przewlekła choroba reumatyczna serca,
- Nadciśnienie tętnicze,
- Choroba niedokrwienności serca,
- Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego,
- Inne choroby serca (w tym I50 – niewydolność serca oraz I47-49 – zaburzenia rytmu serca),
- Choroby naczyń mózgowych,
- Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych,
- Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej,

16. Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. World Health Organization, Geneva 2007 oraz Shanthi Mendis, Pekka Puska and Bo Norrving (eds.) Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization, Geneva 2011.

17. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>]

- Inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia.

Kluczową rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niektóre wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia, takie jak: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, czy przewlekły stres, uważane obecnie za podstawowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Powielanie tych zachowań przez dłuższy czas może prowadzić do zaburzeń biochemicznych i fizjologicznych, których konsekwencją będą m.in. otyłość, cukrzyca, czy nadciśnienie tętnicze krwi¹⁸. Światowa Organizacja Zdrowia uznała, że najistotniejsze w przypadku chorób układu krążenia są następujące czynniki ryzyka¹⁹: nadciśnienie tętnicze krwi (wartość RR > 140/90 mmHg), zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), palenie tytoniu, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, wzrost stężenia fibrynogenu, wzrost stężenia kwasu moczowego, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie, wiek, płeć męska, czy obciążenia genetyczne. Oddziaływanie o charakterze prewencji bezpośrednio na poszczególne czynniki ryzyka chorób układu krążenia będzie skutkować obniżeniem zachorowalności i umieralności z ich powodu.

Profilaktyka pierwotna obejmuje wszelkie działania, których celem jest zmniejszenie narażenia na różnego rodzaju czynniki usposabiające do wystąpienia zaburzenia. Działania związane z profilaktyką pierwotną powinny być wdrażane natychmiast po stwierdzeniu podwyższonego ryzyka choroby. Niezwykle ważnym elementem oddziaływania na tym etapie jest odpowiednia edukacja zdrowotna, zmierzająca do modyfikacji stylu życia pacjenta tak, aby ograniczyć bądź całkowicie zniwelować czynniki ryzyka. Jeśli jednak choroba rozpoznawana jest zbyt późno może się okazać konieczne wdrożenie działań profilaktyki drugiej fazy, czyli profilaktyki wtórnej. Działania te mają na celu szybkie rozpoczęcie leczenia, aby nie dopuścić do rozwoju choroby, zaostrzenia objawów bądź pojawienia się powikłań. Wyróżniamy również profilaktykę III fazy (profilaktyka późna), której działania są

¹⁸ Program profilaktyki chorób układu krążenia, Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 38/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

¹⁹ Ibidem.

nakierowane na ograniczenie skutków choroby oraz niepełnosprawności, mogących powstać z jej powodu^{20,21}.

2. Dane epidemiologiczne

2.1. Cukrzyca typu 2

Opracowywanie globalnych statystyk chorobowości i dynamiki zmian z powodu cukrzycy typu 2 rozpoczęto w roku 1990. Ze względu na częste występowanie bezobjawowej, a więc nierozpoznawanej postaci cukrzycy typu 2, dokładne ustalenie wskaźnika zapadalności na tę chorobę jest trudne. Zgodnie z danymi Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej już w 2007 roku było 246 milionów osób chorych na cukrzycę na świecie, a w 2010 – aż 285 mln. Liczba ta wzrosła od 2010 r. 1,5 - krotnie i w 2015 r. zanotowano już 422 mln osób z cukrzycą. W 2019 r. globalne, standaryzowane wiekowo współczynniki chorobowości i zgonów z powodu cukrzycy typu 2 wyniosły 5282,9 i 18,5 na 100 000 tys. ludności, co oznacza wzrost odpowiednio o 49% i 10,8% w stosunku do roku 1990. 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%). Jeśli te tendencje się utrzymają to do 2040 r. liczba ta wzrośnie do 10,4% (642 mln)²².

Wzrost rozpowszechnienia cukrzycy w Europie prognozowany jest na ponad 22% (do 68,9 mln) w roku 2035. Posługując się danymi z roku 2019 można stwierdzić, że największe rozpowszechnienie cukrzycy w Europie odnotowuje się w Portugalii (13%) i w Niemczech (11,9%), a najmniejsze - w Litwie (4,9%). W Polsce, zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego rozpowszechnienie cukrzycy w przedziale wiekowym 40-49 lat wynosiło w roku 2019 2,7%, a w grupie osób w wieku 50-59 lat – 8,5%. Osoby starsze 60-69 lat cechowało znacznie wyższe

²⁰ Windak A, Godycki-Ćwirko M., Priorytety prewencji chorób sercowo-naczyniowych w opiece podstawowej. [w:] Podolec P. (red). Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007: 125-129.

²¹ Bryła M., Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu krążenia. [w:] Maniecka-Bryła I, Martini-Fiwek J (red). Epidemiologia z elementami biostatystyki. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2005: 150-179.

²² International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, sixth edition 2014 update [http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf].

rozpowszechnienie, osiągające poziom 16,1%²³. Zdecydowana większość chorych zamieszkuje tereny miejskie (ponad 61%), ponad 51% przypadków to chorzy w wieku 60-79 lat, a kolejne 40% w wieku 40-59 lat²⁴. W latach 2022–2031 prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej; w roku 2022 wyniosła 230,9 tys. a do 2031 r. wzrośnie do 249,5 tys. (wzrost o 8,1%)²⁵. Wg najnowszego raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022” Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, ponad połowa obciążenia chorobowego spowodowanego cukrzycą, obok wypadków, zaburzeń neurologicznych oraz chorób nerek, przyczynia się do życia z obniżoną sprawnością (YLD)²⁶.

Ciężar cukrzycy znajduje odzwierciedlenie nie tylko w rosnących liczbach zapadalności, ale również w rosnącej globalnej liczbie zgonów, w tym zgonów przedwczesnych (przed 65 r.ż.). W 2019 roku z powodu cukrzycy typu 2 odnotowano 1,5 miliona zgonów. Zaobserwowano znaczny wzrost częstości występowania zgonów i wskaźnika DALY, odpowiednio o 10,8% i 27,6%²⁷. W porównaniu do roku 1990,

w roku 2019 w odniesieniu do najczęstszych 15 przyczyn chorób i zgonów zmieniła się pozycja cukrzycy typu 2 w obciążeniu chorobowym z miejsca 9 na 5 (wartość wskaźnika DALY wynosi obecnie 3,87%)²⁸. Ranking czynników ryzyka związanych ze zgonami w Polsce u obu płci w latach 1990 i 2019 na podstawie standaryzowanych względem wieku wartości współczynnika zgonów na 100 tys. wskazuje, że największe znaczenie miało wysokie ciśnienie skurczowe krwi. Na pierwszych pozycjach tego rankingu znajdowały się także wysokie stężenie glukozy na czczo (z miejsca 5 w 1990 roku trafiło na 3 w roku 2019), wysoka wartość wskaźnika BMI (niezmiennie ta sama pozycja 4) oraz wysokie stężenie LDL-cholesterolu (spadek z pozycji 3 w 1990 roku na miejsce 5 w roku 2019), w porównaniu do roku 1990. Warto w tym miejscu podkreślić raz jeszcze, że wszystkie

²³ Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021.

²⁴ International Diabetes Federation. Global Diabetes Scorecard 2014. [<http://www.idf.org/global-diabetes-scorecard/assets/downloads/Scorecard-29-07-14.pdf>].

²⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

²⁶ Wojtyński B, Goryński P, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH– Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022.

²⁷ Prevalence, Deaths and Disability-Adjusted-Life-Years (DALYs) Due to Type 2 Diabetes and Its Attributable Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2019: Results From the Global Burden of Disease Study 2019, Front. Endocrinol., 13, 2022 <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.838027>.

²⁸ Topór-Mądry R. i in., Główne problemy dotyczące zdrowia Polaków w świetle najnowszych wyników badania „Global Burden of Disease Study (GBD)” 2019, W: Wojtyński B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.

wymienione czynniki wykazują ścisłe powiązanie z cukrzycą typu 2. W okresie epidemii i pandemii COVID-19, w latach 2019-2022, zaobserwowano znaczną nadwyżkę umieralności z powodu cukrzycy, co może wynikać z dwóch przyczyn: braku dostępności do świadczeń systemu ochrony zdrowia oraz współwystępowania z cukrzycą niezdiagnozowanego COVID-19, co skutkowało wzrostem liczby zgonów orzekanych z powodu tej choroby. Standaryzowane współczynniki zgonów zwiększyły się u obu płci, wyraźniej wśród mężczyzn (z 30,9 w roku 2019 do 35,3 w roku 2022 na 100 tys. mieszkańców), niż wśród kobiet (z 23,8 w roku 2019 do 27,5 w roku 2022 na 100 tys. mieszkańców)²⁹.

Liczba hospitalizacji w niektórych chorobach przewlekłych jest znacznie wyższa niż wskazywałaby na to etiologia choroby. Wśród pacjentów chorujących na choroby przewlekłe, np. chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę, astmę czy reumatoidalne zapalenie stawów, występuje wysoki odsetek hospitalizacji. Cukrzyca jest również jednym z najczęstszych rozpoznań, z jakim pacjenci trafiali do opieki długoterminowej w 2019 r.³⁰ Porównanie standaryzowanych współczynników hospitalizacji mężczyzn i kobiet wskazuje, że z powodu cukrzycy hospitalizowano 187,0 osób 100 tys. ludności, w tym więcej mężczyzn (204,1) niż kobiet (171,1), co może świadczyć o późnym diagnozowaniu, lub częstszych powikłaniach u mężczyzn. Eksperti z krajów OECD uznali cukrzycę, obok choroby nadciśnieniowej i astmy, za jednostki chorobowe hospitalizowane w nadmiarze. Polska należy do krajów, które najczęściej hospitalizują cukrzycę, ponieważ współczynnik hospitalizacji dla Polski wynosi 178 na 100 tys. i jest 3 krotnie wyższy niż na przykład dla Włoch w 2018 r.³¹. W opinii diabetologów system opieki na chorymi z cukrzycą powinien zapewniać ciągłość leczenia w trybie ambulatoryjnym tej choroby przewlekłej. Tymczasem liczba zgonów z powodu cukrzycy wyniosła w roku 2021 ogółem 10 834³².

W Polsce zgodnie z danymi GUS, cukrzyca jest chorobą, z którą zmagają się ponad 3 mln osób, co przekłada się na rozpowszechnienie na poziomie 8,1%. Ponad 57% przypadków to chorzy w wieku powyżej 60 lat³³. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy, w latach 2022–2031 prognozuje się w Polsce

²⁹ Wojtyński B, Goryński P, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022... op. cit.

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb...op. cit.

³¹ Goryński P. i in., Chorobowość hospitalizowana, W: Wojtyński B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020.

³² Wg danych pozyskanych z OW NFZ.

³³ Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021.

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%).

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026³⁴ wskazuje, że wartość DALY³⁵ w 2019 r. dla cukrzycy wyniosła w Polsce 0,49 mln (1,2 tys. na 100 tys. ludności). Dla porównania u kobiet wartość bezwzględna wyniosła 0,24 mln (1,2 tys. na 100 tys. kobiet), a u mężczyzn 0,25 mln (1,3 tys. na 100 tys. mężczyzn). Wartość DALY na 100 tys. ludności była najwyższa w województwie śląskim (1,6 tys.), a najniższa w województwie podkarpackim (0,9 tys.). W województwie zachodniopomorskim w ciągu ostatnich 20 lat wartość wskaźnika DALY dla cukrzycy wzrosła o 62%. Wpływ na tę sytuację miał wskaźnik YLD, którego wartość wzrosła niemal dwukrotnie w porównaniu z 1999 r. Prognozy dla cukrzycy są niekorzystne. Wartość wskaźnika chorobowości w Polsce wzrośnie od 2020 r. do 2028 r. o 20,28%, a szacowany wzrost będzie trzecim największym wzrostem spośród wszystkich problemów zdrowotnych, po zaburzeniach depresyjnych i zakażeniach dolnych dróg oddechowych³⁶.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło prawie 5,9 tys. rozpoznań w zakresie zaburzeń wydzielania wewnętrznego i przemian metabolicznych, w tym ponad 1,9 tys. rozpoznań cukrzycy insulinozależnej. Z ww. problemem w systemie tak samo często pojawiały się kobiety, jak i mężczyźni. Największy odsetek rozpoznań dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 84%)³⁷.

2.2. Choroby układu sercowo-naczyniowego

W skali globalnej choroby układu sercowo-naczyniowego pozostają główną przyczyną zgonów, odpowiadając za nawet połowę wszystkich przypadków zgonów z powodu chorób niezakaźnych³⁸. Szacuje się, że w 2019 r. z powodu chorób układu krążenia zmarło 17,9 mln osób, co stanowi 32% wszystkich zgonów na świecie. Spośród tych zgonów 85% było spowodowanych zawałem serca i udarem mózgu.

³⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb...op. cit.

³⁵ Wskaźnik DALY (z ang. *disability adjusted life-years* – lata życia skorygowane niesprawnością) – wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.

³⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb...op. cit.

³⁷ Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna

³⁸ WHO (2005) Preventing chronic diseases: vital investment. Global status report on Non-Communicable diseases 2013-2014, World Health Organization, Geneva.

Ponad trzy czwarte zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego ma miejsce w krajach o niskim i średnim dochodzie. Spośród 17 milionów przedwczesnych zgonów (w wieku poniżej 70 lat) z powodu chorób niezakaźnych w 2019 r. 38% było spowodowanych chorobami układu krążenia³⁹.

Choroby układu krążenia pozostają nie tylko główną przyczyną zgonów ogółem, ale też najważniejszą przyczyną zgonów przedwczesnych, które są możliwe do uniknięcia w przypadku redukcji ekspozycji na czynniki ryzyka (w tym przypadku przede wszystkim powiązane z zachowaniami zdrowotnymi) oraz zapewnienia dostępu do skutecznego leczenia. W Europie choroby z tej grupy odpowiadają za ponad 650 tys. zgonów osób poniżej 65 roku życia rocznie, co stanowi 29% wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej. W przypadku mężczyzn jest to najliczniej stwierdzana przyczyna zgonu (odpowiada za 31% wszystkich przypadków śmierci osób poniżej 65 roku życia), zaś w przypadku kobiet – druga w kolejności po nowotworach, odpowiadając za 26% zgonów w tej grupie wiekowej. W obu przypadkach najczęściej jest to choroba niedokrwienna serca⁴⁰.

Według ostatnich analiz przeprowadzonych w ramach projektu Global Burden of Disease w 2019 r. ChUK były odpowiedzialne za wiele utraconych lat życia w zdrowiu i utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu. Ogółem w Polsce w 2019 r. wskaźnik DALY wyniósł 12,6 mln (wartość bezwzględna), z czego 85% wartości stanowiły choroby niezakaźne. W porównaniu z 1999 r. udział ten zwiększył się o około 4 punkty procentowe. Za połowę wartości DALY w grupie chorób niezakaźnych odpowiadały choroby układu krążenia (przede wszystkim choroba niedokrwienna serca i udar) oraz nowotwory. Z kolei wskaźnik YLL w 2019 r. w Polsce przyjął wartość 7,7 mln (wartość bezwzględna), a jego rozkład na poszczególne grupy chorób kształtował się analogicznie do DALY – 87% wartości dotyczyło grupy chorób niezakaźnych, wśród których większość stanowiły nowotwory (39%) i choroby układu krążenia (39%)⁴¹.

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią od około 50 lat najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce, choć dzięki szeregu akcji o charakterze profilaktycznym, jak również poprawie dostępu do ich diagnostyki i leczenia, odsetek ten stopniowo maleje. Udział tych chorób w ogólnej liczbie zgonów obniżył się

³⁹ Dane WHO [<https://www.who.int/>].

⁴⁰ European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition. European Heart Network, Bruksela 2017.

⁴¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb...op. cit.

w naszym kraju z poziomu 52% w roku 1992 do 34,8% w 2021 r. Choroby układu krążenia częściej dotyczą kobiet, zarówno jeżeli chodzi o wskaźniki zachorowalności, jak i umieralności z powodu tych schorzeń. Współczynnik umieralności z tego powodu wyniósł 499,3 zgonów kobiet na 100 tys. kobiet oraz 450,7 zgonów mężczyzn na 100 tys. mężczyzn. Należy jednak zaznaczyć, że w roku 1990 odsetek zgonów kobiet wskutek chorób układu krążenia wynosił 57%, a wśród mężczyzn 48%. W powiecie cieszyńskim odsetek zgonów z powodu ChUK w roku 2021 (37,8%) osiągnął wartość znacznie wyższą od ogólnopolskiej (34,8%) oraz wojewódzkiej (35,1%)^{42,43}. Przyczyną największej liczby zgonów kardiologicznych, tak w Polsce, jak i w województwie śląskim, jest choroba niedokrwienna serca (I20-I25), która w 2021 r. odpowiadała za 40,4% zgonów kardiologicznych, w tym w wielu przypadkach był to ostry zawał serca. Drugą istotną przyczyną są choroby naczyń mózgowych (I60-I69), odpowiadające za 17,4% zgonów kardiologicznych, a kolejne to: miażdżyca (I70), która w 2021 r. dotyczyła w Polsce ponad 13,7% zgonów kardiologicznych i choroba nadciśnieniowa (I10-I13) – 7,7% zgonów z powodów kardiologicznych⁴⁴.

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 9,7 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu krążenia (11,7% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy samoistne (pierwotne) nadciśnienie tętnicze (38,9% ogółu rozpoznań w tej grupie), przewlekłą chorobę niedokrwienną serca (5,4%) oraz migotanie i trzepotanie przedsionków (4,4%). Z diagnozą ww. schorzeń, poza przewlekłą chorobą niedokrwienną serca, częściej w systemie pojawiały się kobiety. Ok. 90% rozpoznań w tej grupie chorobowej dotyczyło mieszkańców po 50 r.ż.⁴⁵

3. Opis obecnego postępowania

3.1. Cukrzyca typu 2

Uznanie cukrzycy typu 2 za chorobę cywilizacyjną zmieniło postrzeganie edukacji zdrowotnej w tym zakresie i obecnie uważa się ją za jeden z czynników

⁴² Z. Strzelecki, J. Szymborski, Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Warszawa 2015, <http://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosciowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosciowej>

⁴³ Bank danych lokalnych [bdl.stat.gov.pl].

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna

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 doszkalcenie członków zespołu edukacyjnego, diabetyków oraz udoskonalenie standardów opieki medycznej. Działania te mają prowadzić do poprawienia stanu zdrowia populacji polskiej. Dzięki inicjatywie firmy farmaceutycznej Eli 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 rodziny⁴⁶.

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)⁴⁷.

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

⁴⁶ Polskie Stowarzyszenie Diabetyków. <http://diabetyk.org.pl/uploads/formularze/statut-tekst-kompletny.pdf>.

⁴⁷ 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.

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 diabetologii⁴⁸.

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 życia chorych na cukrzycę⁴⁹. 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 uzmysłowić 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 zdrowotnej⁵⁰ wykonywane są podstawowe testy w diagnostyce cukrzycy (pomiar glukozy, stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), test obciążenia glukozą, badanie moczu z ilościowym oznaczeniem glukozy). W przypadku świadczeń z zakresu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁵¹ dostępne są działania nakierowane na poradnictwo oraz diagnostykę cukrzycy. Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych

⁴⁸ Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej.

www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npped_20120418.pdf.

⁴⁹ PFED. Teraźniejszość i przyszłość pielęgniarstwa diabetologicznego 2015. http://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/a.szewczyk_2014r.pdf

⁵⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540).

⁵¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).

realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez NFZ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)⁵².

Od 1 października 2022 r. obowiązuje Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie opieki koordynowanej w POZ. Opieka koordynowana rozszerza wachlarz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych chorób przewlekłych, w ramach wizyty u lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Ponadto leczenie pacjenta opierać się będzie na indywidualnym planie leczenia (Indywidualnym Planie Opieki Medycznej), kontrolowanym przez Koordynatora POZ. Co istotne z punktu widzenia osób cierpiących z powodu otyłości i/lub cukrzycy typu 2, w planie znajdzie się nie tylko możliwość wykonania badań laboratoryjnych, ale również konsultacje między lekarzem POZ a lekarzem specjalistą z zakresu diabetologii oraz konsultacje z dietetykiem⁵³.

Zmiana stylu życia diabetyka, będąca efektem edukacji zdrowotnej, poprzez stosowanie odpowiedniego leczenia żywieniowego (diety) oraz wysiłku fizycznego, stanowi podstawowy element leczenia nefarmakologicznego w cukrzycy. Długotrwała 3-5% redukcja masy ciała będąca wynikiem głównie zmniejszenia pola tłuszczu trzewnego może powodować klinicznie znaczące zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2⁵⁴.

3.2. Choroby układu sercowo-naczyniowego

Porady zdrowotne o charakterze profilaktyki chorób układu krążenia udzielane są w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej osobom w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały z tego typu świadczeń. Dodatkowo warunkiem przyznania tych procedur jest stwierdzenie przynajmniej jednego czynnika ryzyka chorób układu krążenia, takiego jak: nadciśnienie tętnicze krwi (wartość RR>140/90 mmHg), zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna, nadwaga bądź otyłość, przewlekła choroba nerek, upośledzona tolerancja glukozy, wzrost

⁵² Dane NFZ [www.nfz.gov.pl].

⁵³ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 124/2022/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

⁵⁴ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytoczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością

stężenia fibrynogenu, wzrost stężenia kwasu moczowego, ponadnormatywny stres, wadliwe wzorce odżywiania, wiek, płeć męska lub obciążenia genetyczne⁵⁵.

W ramach opisanego powyżej świadczenia lekarz POZ wykonuje m.in.⁵⁶:

- badanie przedmiotowe oraz ocenę czynników ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia;
- kwalifikację pacjenta do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocenę globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości według klasyfikacji SCORE (uzyskany wynik zostaje odnotowany w karcie badania profilaktycznego);
- edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz decyzję odnośnie dalszego postępowania.

Wśród świadczeń gwarantowanych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ubezpieczonym zapewnia się dostęp do porad specjalistycznych w zakresie kardiologii oraz leczenia chorób naczyń. Zakres pierwszego świadczenia obejmuje: dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, a także możliwość wykonania badania RTG, Holter EKG, ABPM, echokardiografii z opcją Dopplera oraz elektrokardiografii wysiłkowych serca, a drugiego z wymienionych: możliwość wykonania badania USG z opcją Dopplera⁵⁷.

Na poziomie opieki szpitalnej realizowany jest przede wszystkim szeroki zakres zabiegów na naczyniach serca (oznaczenie kodowe 36 w Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9-CM), w tym m.in.: usunięcie niedrożności tętnicy wieńcowej oraz wprowadzenie stentu(ów), pomosty (by-passy) dla rewaskularyzacji serca, wszczep tętniczy dla rewaskularyzacji serca, a także inna rewaskularyzacja serca oraz inne zabiegi na naczyniach serca⁵⁸. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmują ogółem 41 procedur, z których świadczeniobiorca może korzystać w warunkach opieki stacjonarnej całodobowej⁵⁹.

Należy również wspomnieć o Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2023⁶⁰, opracowanym z uwagi na obecny i prognozowany wzrost

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 540 ze zm.].

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357].

⁵⁸ ICD-9 PL w wersji 5.31 (nfz.gov.pl; dostęp: 24.07.2023r.)

⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 870 z późn. zm.].

⁶⁰ Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 [poz. 1265].

zachorowań na ChUK, a także wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności oraz poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogarszania jakości życia chorych oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób. Program ten jest narodową strategią kardiologiczną, której celami nadrzędnymi są:

- Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK,
- Zmniejszenie różnic regionalnych w zachorowalności i umieralności z powodu ChUK związanej z dostępnością do świadczeń zdrowotnych,
- Zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka ChUK w populacji z uwzględnieniem społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu,
- Poprawa organizacji badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych oraz zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych.

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). Choroby układu krążenia pozostają od wielu lat pierwszą przyczyną zgonów w populacji polskiej ogółem oraz zgonów przedwczesnych, czyli śmierci osób przed 65 r.ż. Modyfikowanie czynników ryzyka (zwłaszcza związanych z wadliwym stylem życia) oraz dostępu do skutecznej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji stanowią podstawowe metody przeciwdziałania opisywanym zjawiskom.

Zarówno cukrzyca, jak i choroby układu sercowo-naczyniowego, jako choroby przewlekłe, wiążą się z wysokimi obciążeniami finansowymi dla całego budżetu. Ponieważ największe obciążenie stanowi wysokość środków przeznaczanych na ograniczenie niepełnosprawności i utraty życia w związku z tymi chorobami i ich następstwami, priorytetem powinno stać się wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych⁶¹.

⁶¹ Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288:2 469–2475.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe i regionalne 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.⁶²: 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 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Priorytety zdrowotne określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 zmieniającym rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych⁶³: priorytet 1: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: a) chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, d) cukrzycy;
3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025⁶⁴: Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości, Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
4. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2023⁶⁵: Cel 1: Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK, Cel 3: Zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka ChUK w populacji z uwzględnieniem społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu;
5. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026⁶⁶: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1. Działania z zakresu zdrowia publicznego powinny być dopasowane do najbardziej obciążających czynników ryzyka,

⁶² Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

⁶³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].

⁶⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

⁶⁵ Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu... op. cit.

⁶⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

- 3.4: Podejmowanie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie, upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej.
6. Plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026⁶⁷: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1 Działania z zakresu zdrowia publicznego powinny być dopasowane do najbardziej obciążających czynników ryzyka, 3.4: Podejmowanie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie, upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej;
7. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”⁶⁸:
- cel operacyjny: B.1. Wysoka jakość usług społecznych, w tym zdrowotnych (Aktywna profilaktyka i zapewnienie kompleksowości usług medycznych, w szczególności w zakresie chorób cywilizacyjnych i wynikających ze zmian demograficznych),
 - Cel operacyjny: B.2. Aktywny mieszkaniowiec (Promocja aktywnego i zdrowego stylu życia);
8. Lokalna strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna⁶⁹
- Priorytet 1: Profilaktyka chorób układu krążenia – cel operacyjny 2: Zwiększenie wykrywalności chorób układu krążenia w populacji mieszkańców miasta poprzez działania z zakresu profilaktyki wtórnej,
 - Priorytet 3: Profilaktyka nadwagi i otyłości – cel operacyjny 4: Zwiększenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie zdrowego żywienia i chorób dietozależnych w populacji dorosłych mieszkańców miasta.

⁶⁷ Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026

⁶⁸ Uchwała nr VI/24/1/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”.

⁶⁹ Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna... op. cit.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym czynników ryzyka tych jednostek chorobowych, ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród 70%* uczestników programu.

2. Cel szczegółowy:

Zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 i/lub chorób układu sercowo-naczyniowego oraz powikłań tych jednostek chorobowych w populacji docelowej poprzez obniżenie masy ciała o co najmniej 3% wśród 20%* uczestników programu, będących odbiorcami działań profilaktycznych.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
Szczegółowy	Odsetek osób z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia masy ciała o co najmniej 3%.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta. Jak wynika z aktualnych rekomendacji, spadek masy ciała o 5-10% wiąże się z istotną redukcją ryzyka cukrzycy typu II, natomiast z uwagi na stosunkowo krótką ścieżkę pacjenta w Programie (30 dni) – przyjęto w przypadku obniżenia masy ciała wskaźnik co najmniej 3%.

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

1. Populacja docelowa

Populację docelową działań profilaktycznych powinny stanowić osoby z grupy ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego. Do grupy wysokiego ryzyka w przypadku cukrzycy typu 2 należą

osoby z nadwagą lub otyłością, o niskim poziomie aktywności fizycznej, powyżej 45 r.ż., u których w rodzinie potwierdzono przypadki cukrzycy oraz stwierdzono obecność stanu przedcukrzycowego (ww. czynniki mogą występować zarówno osobno, jak i jednocześnie). Do grupy wysokiego ryzyka w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego należą mężczyźni powyżej 40 r.ż., kobiety powyżej 50 r.ż. oraz osoby, które w formularzu zgłoszeniowym deklarują obecność co najmniej jednego z czynników zwiększających ryzyko choroby sercowonaczyniowej (np.: siedzący tryb życia, niebilansowana dieta, otyłość). W związku z powyższym, celem dotarcia do populacji o największych potrzebach zdrowotnych w omawianym obszarze, program będzie skierowany do mieszkańców Gminy Cieszyn w wieku 40-59, lat dotkniętych problemem nadwagi/otyłości, z wyłączeniem osób, u których już wcześniej zdiagnozowano cukrzycę typu 2 lub chorobę układu sercowo-naczyniowego. Zgodnie z danymi pozyskanymi z Banku Danych Lokalnych Gminy Cieszyn zamieszkuje ok. 4 860 kobiet oraz ok. 4 630 mężczyzn w wieku 40-59 lat⁷⁰. Zgodnie z najnowszymi dostępnymi danymi epidemiologicznymi, rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała ($BMI \geq 25$) w roku 2022 dotyczyło 62% mężczyzn oraz 43% kobiet w populacji polskiej⁷¹. W związku z powyższym populację docelową w wybranej grupie wiekowej, dotkniętą problemem nadwagi lub otyłości, szacuje się na ok. 2 090 kobiet oraz ok. 2 870 mężczyzn – łącznie ok. 4 960 osób. Zgodnie z danymi NFZ, przedstawionymi w Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna, w roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna, w wieku 40-59 lat, korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło 1 685 rozpoznań w zakresie chorób układu krążenia oraz 280 rozpoznań w zakresie cukrzycy typu 2 – łącznie 1 965 mieszkańców. Kryteria kwalifikacji wykluczają udział w PPZ osób ze zdiagnozowaną już cukrzycą i/lub chorobą układu sercowo-naczyniowego, w związku z czym ww. liczbę (4 960 osób) pomniejszono o 1 965 już leczących się w publicznym systemie mieszkańców. Biorąc pod uwagę wszystkie ww. czynniki populację docelową PPZ oszacowano na ok. 3 tys. osób. Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, Program obejmie corocznie ok. 215 uczestników, w całym okresie realizacji – ok. 1 075 osób (ok. 36% populacji docelowej).

⁷⁰ Bank danych lokalnych (<https://bdl.stat.gov.pl/>; dostęp: 25.07.2023 r.)

⁷¹ Wojtyński B., Goryński P. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022, Ministerstwo Zdrowia, s. 35.

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

1) Kwalifikująca wizyta pielęgniarska:

a. kryteria włączenia:

- wiek 40-59 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Cieszyn,
- wyrażenie zgody na udział w programie;

b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana uprzednio cukrzyca typu 2 i/lub choroba układu krążenia,
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania z interwencji w Programie (np. wskazania do pilnego zabiegu chirurgicznego, czynna choroba nowotworowa, choroba zakaźna, ciąża);
- uczestniczenie w ciągu ostatnich trzech lat w programach profilaktycznych mających na celu zdiagnozowanie/wykluczenie występowania cukrzycy i/lub chorób układu sercowo-naczyniowego (pisemne oświadczenie uczestnika).

2) Badania przesiewowe w kierunku cukrzycy (etap I):

a. kryteria włączenia:

- wiek 40-59 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Cieszyn,
- rozpoznanie podczas pielęgniarskiej wizyty kwalifikacyjnej nadwagi lub otyłości,
- stwierdzenie w wywiadzie przynajmniej jednego dodatkowego czynnika ryzyka cukrzycy typu 2: cukrzyca występująca w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo), niska aktywność fizyczna, stwierdzenie stanu przedcukrzycowego w poprzednim badaniu, dyslipidemia (stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl ($< 1,0$ mmol/l) i/lub trójglicerydów > 150 mg/dl ($> 1,7$ mmol/l)), w przypadku kobiet dodatkowo: zespół policystycznych jajników, przebyta cukrzyca ciążowa, urodzenie dziecka o masie ciała > 4 kg (zgodnie z danymi z załącznika 1);

b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana uprzednio cukrzyca typu 2,
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania z interwencji w Programie (np. wskazania do pilnego zabiegu chirurgicznego, czynna choroba nowotworowa, choroba zakaźna, ciąża);

- uczestniczenie w ciągu ostatnich trzech lat w programach profilaktycznych mających na celu zdiagnozowanie/wykluczenie występowania cukrzycy (pisemne oświadczenie uczestnika).

3) Badania przesiewowe w kierunku chorób sercowo-naczyniowych (etap I):

a. kryteria włączenia:

- wiek 40-59 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Cieszyn,
- rozpoznanie w wywiadzie nadwagi lub otyłości (E66),
- stwierdzenie w wywiadzie przynajmniej jednego dodatkowego czynnika ryzyka choroby sercowo-naczyniowej: np. choroba sercowo-naczyniowa występująca w rodzinie, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu (zgodnie z danymi z załącznika 2);

b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana uprzednio choroba sercowo-naczyniowa,
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania z interwencji w Programie (np. wskazania do pilnego zabiegu chirurgicznego, czynna choroba nowotworowa, choroba zakaźna, ciąża);
- uczestniczenie w ciągu ostatnich trzech lat w programach profilaktycznych mających na celu zdiagnozowanie/wykluczenie występowania choroby sercowo-naczyniowej (pisemne oświadczenie uczestnika).

4) Konsultacja lekarska i działania dietetyczne (etap II):

a. kryteria włączenia:

- wiek 40-59 lat,
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Cieszyn,
- diagnoza cukrzycy/stanu przedcukrzycowego lub nieprawidłowe wyniki badań przesiewowych w kierunku chorób sercowo-naczyniowych w I etapie Programu;

b. kryteria wykluczenia:

- zdiagnozowana uprzednio cukrzyca typu 2 lub choroba sercowo-naczyniowa,
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania z interwencji w Programie (np. wskazania do pilnego zabiegu chirurgicznego, czynna choroba nowotworowa, choroba zakaźna, ciąża);

- uczestniczenie w ciągu ostatnich trzech lat w programach profilaktycznych mających na celu zdiagnozowanie/wykluczenie występowania cukrzycy i/lub chorób sercowo-naczyniowych (pisemne oświadczenie uczestnika).

3. Planowane interwencje

1) Kwalifikująca wizyta pielęgniarska, obejmująca:

- pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikację według BMI ($18,5-25 \text{ kg/m}^2$ - prawidłowy, $25-30 \text{ kg/m}^2$ - nadwaga, $30-35 \text{ kg/m}^2$ - I stopień otyłości, $35-40 \text{ kg/m}^2$ - II stopień otyłości, $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ - III stopień otyłości),
- pomiar obwodu pasa oraz rozpoznanie/wykluczenie występowania otyłości trzewnej (obwód talii $> 80 \text{ cm}$ u kobiet i $> 94 \text{ cm}$ u mężczyzn, zgodnie z kryteriami diagnostycznymi International Diabetes Federation),
- ocenę ryzyka cukrzycy typu 2 lub stanu przedcukrzycowego oraz chorób układu sercowo-naczyniowego na podstawie wypełnionej karty uczestnika programu (załącznik 1) oraz karty badania profilaktycznego (załącznik 2),
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi, zgodnie z instrukcją zawartą w karcie badania profilaktycznego (załącznik 2),
- edukację zdrowotną pacjenta wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (proponowana tematyka to m.in. rola aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej nadwagi/otyłości, cukrzycy oraz chorób sercowo-naczyniowych, zalecane formy aktywności fizycznej, istotność prowadzenia zdrowego stylu życia obejmującego ograniczenie lub rezygnację z używek, dostępność w regionie grup wsparcia i stowarzyszeń pacjentów, rola diety oraz suplementacji diety w profilaktyce wtórnej stanu przedcukrzycowego, cukrzycy oraz chorób sercowo-naczyniowych);
- wypełnienie karty uczestnika Programu – załącznik 1 (pkt. I-III oraz VII.1.),
- wypełnienie karty badania profilaktycznego – załącznik 2 (pkt. I),
- przekazanie pacjentowi materiału edukacyjnego (ulotka/broszura) na temat konieczności normalizacji masy ciała i podejmowania odpowiedniej aktywności fizycznej,
- skierowanie pacjenta na badanie FPG – oznaczenie glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania),

- skierowanie pacjenta na badania biochemiczne, mające na celu wychwycenie osób z wysokim ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania),
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie (np. zdiagnozowana uprzednio cukrzyca typu 2 i/lub choroba sercowo-naczyniowa, wskazania do pilnego zabiegu chirurgicznego, czynna choroba nowotworowa, choroba zakaźna, ciąża),
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w Programie.

2) Etap I - badania przesiewowe, mające na celu wychwycenie osób ze stanem przedcukrzycowym (IFG i/lub IGT) lub rozpoznaniem cukrzycy

A. Badanie FPG (glikemia na czczo) - badanie zaplanowano u każdego pacjenta zakwalifikowanego do programu; dalsze postępowanie uzależnia się od uzyskanego wyniku:

a) wynik 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l) tj. prawidłowa glikemia na czczo → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o wyniku oraz o zalecanej częstotliwości wykonywania badań (co rok z uwagi na występujące u niego czynniki ryzyka), osoby z hipoglikemią zostają poinformowane o konieczności wizyty w POZ, pacjenci kończą udział w Programie

b) wynik 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) tj. nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG, impaired fasting glucose; inaczej stan przedcukrzycowy) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na badanie OGTT (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania)

c) wynik ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o wyniku i zapisany na drugi pomiar:

- jeśli wynik w drugim pomiarze jest prawidłowy tj. ≤ 99 mg/dl ($< 5,5$ mmol/l) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz o zalecanej częstotliwości wykonywania badań (co rok z uwagi na występujące u niego czynniki ryzyka), pacjent kończy udział w Programie

- jeśli wynik w drugim pomiarze jest prawidłowy tj. poniżej 100 mg/dl (5,6 mmol/l), ale istnieje uzasadnione podejrzenie nietolerancji glukozy lub cukrzycy mimo prawidłowej glikemii na czczo (np. cechy zespołu metabolicznego, choroba wieńcowa w młodym wieku) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na badanie OGTT (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania)

- jeśli wynik w drugim pomiarze wynosi 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) (IFG, stan przedcukrzycowy) → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na badanie OGTT (pacjentowi należy przekazać informację jak przygotować się do badania)

- jeśli wynik w drugim pomiarze jest nieprawidłowy tj. ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l) → stanowi to podstawę do rozpoznania cukrzycy, pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na wizytę lekarską w ramach Programu

B. Badanie OGTT (doustny test tolerancji glukozy) - badanie zaplanowano u każdego uczestnika, u którego w pierwszym lub drugim pomiarze glikemii na czczo uzyskano wynik 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) lub poniżej 100 mg/dl (5,6 mmol/l), ale istnieje uzasadnione podejrzenie nietolerancji glukozy lub cukrzycy mimo prawidłowej glikemii na czczo; dalsze postępowanie uzależnia się od uzyskanego wyniku:

- jeśli glikemia w 120. minucie OGTT ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) → stanowi to podstawę do rozpoznania cukrzycy, pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na wizytę lekarską w ramach Programu

- jeśli glikemia w 120. minucie OGTT 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l) → stanowi to podstawę do rozpoznania nieprawidłowej tolerancji glukozy (impaired glucose tolerance – IGT, inaczej stanu przedcukrzycowego), pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o tym wyniku oraz skierowany na wizytę lekarską w ramach Programu

Po uzyskaniu wyników należy uzupełnić kartę uczestnika Programu (pkt. IV). Do postawienia rozpoznania należy stosować 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 (impaired fasting glucose – IFG): 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l);
- nieprawidłowa tolerancja glukozy (impaired glucose tolerance – IGT): w 120. minucie OGTT glikemia 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l);
- stan przedcukrzycowy – IFG i/lub IGT;
- cukrzyca – jedno z następujących kryteriów:
 - objawy hiperglikemii i glikemia przegodna ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l);
 - dwukrotnie glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l);

- glikemia w 120. minucie OGTT ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l);
- wartość HbA1c $\geq 6,5\%$ (≥ 48 mmol/mol)

3) Etap I - badania przesiewowe, mające na celu wychwycenie osób z wysokim ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych (morfologia, cholesterol całkowity, cholesterol LDL, cholesterol HDL, cholesterol nie-HDL, trójglicerydy, poziom cukru na czczo)

- jeśli wyniki wszystkich badań są prawidłowe → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o możliwości odbioru wyników oraz o zalecanej częstotliwości wykonywania badań (co rok z uwagi na występujące u niego czynniki ryzyka), pacjent kończy udział w Programie
- jeśli wyniki są nieprawidłowe → pacjent zostaje telefonicznie poinformowany o wynikach oraz skierowany na wizytę lekarską w ramach Programu

Po uzyskaniu wyników należy uzupełnić kartę uczestnika Programu – załącznik 1 (pkt. IV) oraz kartę badania profilaktycznego – załącznik 2 (pkt. II).

4) Etap II - działania profilaktyczne

A. Konsultacja lekarska, obejmująca:

- omówienie wyników badań,
- zebranie pogłębionego wywiadu lekarskiego,
- edukację pacjenta w trakcie wizyty (upowszechnianie wiedzy na temat czynników ryzyka, diagnostyki i leczenia cukrzycy oraz chorób sercowo-naczyniowych, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, radzenia sobie ze stresem),
- skierowanie pacjenta na pierwszą konsultację dietetyczną,
- zakwalifikowanie pacjenta do dofinansowania 8 zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu, przy założeniu braku stwierdzonych w trakcie wywiadu przeciwwskazań zdrowotnych wraz z wydaniem zaleceń dotyczących rodzaju, częstotliwości i czasu trwania aktywności (przykładowo zajęcia jogi, pilatesu, gimnastyki w wodzie, pływania, treningi wytrzymałościowe, treningi siłowe itp.),
- omówienie dalszego postępowania w ramach leczenia finansowanego przez NFZ,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. V i VI.1.),

B. Pierwsza konsultacja dietetyczna, obejmująca:

- wywiad żywieniowy,
- przekazanie pacjentowi szczegółowych zaleceń dietetycznych, zindywidualizowanych w zależności od jego potrzeb i możliwości,

- pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikację według BMI ($18,5-25 \text{ kg/m}^2$ - prawidłowy, $25-30 \text{ kg/m}^2$ - nadwaga, $30-35 \text{ kg/m}^2$ - I stopień otyłości, $35-40 \text{ kg/m}^2$ - II stopień otyłości, $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ - III stopień otyłości),
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. VI.2. i VII.2.);

C. Indywidualny 14-dniowy jadłospis:

- przygotowany przez dietetyka (zaleca się aby był to dietetyk przeprowadzający konsultacje z pacjentem),
- przekazany pacjentowi do 7 dni od konsultacji dietetycznej,
- uwzględniający proporcje makroskładników ustalone w sposób zindywidualizowany z uwzględnieniem m.in. wieku, aktywności fizycznej, schorzeń dodatkowych (poza ewentualną cukrzycą/stanem przedcukrzycowym) oraz preferencji pacjenta,
- możliwy do zastosowania przez kolejnych 28 dni poprzez jego powtórzenie,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. VI.3.);

D. Zajęcia aktywności fizycznej w celu zwiększenia efektywności działań profilaktycznych:

- zaplanowane dla uczestników niemających przeciwwskazań medycznych, zgodnie z decyzją lekarza podczas konsultacji lekarskiej oraz zaleceniami dotyczącymi rodzaju, częstotliwości i czasu trwania aktywności (przykładowo zajęcia jogi, pilatesu, gimnastyki w wodzie, pływania, treningi wytrzymałościowe, treningi siłowe itp.),
- obejmujące do 8 zajęć aktywności fizycznej, rozpoczynających się po konsultacji lekarskiej oraz kończących się przed drugą poradą dietetyczną,
- dofinansowane na zasadzie zwrotu poniesionych kosztów, do limitu 190 zł, zgodnie z przedstawioną przez pacjenta fakturą imienną,
- zaplanowane w sposób umożliwiający minimalizowanie barier w dostępie do tego rodzaju aktywności (uczestnik będzie mógł bez przeszkód skorzystać z wybranych przez siebie, w porozumieniu z lekarzem, zajęć aktywności fizycznej, realizowanych w dogodnym dla siebie miejscu oraz czasie, w tym np. w pobliżu miejsca zamieszkania, w godzinach niekolidujących z obowiązkami zawodowymi);

E. Druga konsultacja dietetyczna (po 30 dniach od wdrożenia przez pacjenta żywienia zgodnie z jadłospisem), obejmująca:

- omówienie z pacjentem wdrożonych zaleceń żywieniowych,
- pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikację według BMI ($18,5-25 \text{ kg/m}^2$ - prawidłowy, $25-30 \text{ kg/m}^2$ - nadwaga, $30-35 \text{ kg/m}^2$ - I stopień otyłości, $35-40 \text{ kg/m}^2$ - II stopień otyłości, $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ - III stopień otyłości),

- dokonanie oceny aktywności fizycznej (subiektywna ocena pacjenta),
- przekazanie pacjentowi ankiety satysfakcji z udziału w Programie,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. VI.4. i VII.3.).

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z otyłością i/lub cukrzycą, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD 2021⁷²),
- Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne (American Diabetes Association -ADA 2020⁷³),
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC 2011⁷⁴),
- European Association for the Study of Obesity (EASO 2015⁷⁵),
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2014⁷⁶),
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2015⁷⁷),
- Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP 2015⁷⁸),
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2022⁷⁹),
- American College of Endocrinology (ACE 2016⁸⁰),
- Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości (PTLO 2022⁸¹).

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

⁷² Current Topics in Diabetes 2022 | Curr Top Diabetes, 2022; 2 (1): 1–134

⁷³ Diabetes Care 2021;44(Suppl. 1):S180–S199 | <https://doi.org/10.2337/dc21-S01>

⁷⁴ Canadian Task Force on Preventive Health Care, [<https://sites.ualberta.ca/~mtonelli/manual.pdf>].

⁷⁵ Yumuk V. et.al. European Guidelines for Obesity Management in Adults, Obes Facts 2015, 8, p. 402–424.

⁷⁶ Health Care Guideline, Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Adults [<https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/02/Diabetes.pdf>].

⁷⁷ Diabetes in adults [www.nice.org.uk/guidance/qs6]

⁷⁸ Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia [<http://polskieforumprofilaktyki.edu.pl/wytyczne/cukrzyca.html>].

⁷⁹ Wytyczne konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz diabetologii dotyczące opieki nad pacjentem z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem opieki koordynowanej, z dnia 14 listopada 2022 r.

⁸⁰ American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For Medical Care of Patients with Obesity, AACE/ACE Guidelines, 2016, 22, Supl. 3, 1-203, DOI, <https://doi.org/10.4158/EP161365.GL>.

⁸¹ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022... op. cit.

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 2022 roku określa się, że⁸² populację docelową działań profilaktycznych stanowią powinny osoby z grupy ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2. Do grupy wysokiego ryzyka należą osoby z nadwagą lub otyłością, o niskim poziomie aktywności fizycznej, powyżej 45 r.ż., u których w rodzinie potwierdzono przypadki cukrzycy oraz stwierdzono obecność stanu przedcukrzycowego. Wymienione wyżej czynniki mogą występować zarówno osobno, jak i jednocześnie.

W rekomendacjach zaleca się realizację interwencji nacelowanych na modyfikację stylu życia, poprzez zachęcenie osób z grupy ryzyka do ograniczenia spożycia produktów zwiększających ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 (w tym tłuszczów, cukrów rafinowanych i napojów dosładzanych), przy jednoczesnym zwiększeniu podaży produktów wykazujących profilaktyczny wpływ na omawianą jednostkę chorobową. Ponadto, jeśli jest to uważane za konieczne, należy zalecić tym osobom zastosowanie określonych wzorów żywieniowych, jak np. dieta DASH, wegańska czy śródziemnomorska. Zgodnie z uwzględnionymi rekomendacjami, istotnym elementem interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia, powinno być także zwiększenie poziomu aktywności fizycznej wśród osób z grupy ryzyka cukrzycy typu 2. Głównym celem zachęcania do wprowadzenia aktywności fizycznej powinno być zredukowanie masy ciała i zwiększenie wydatku energetycznego, szczególnie u osób z nadwagą lub otyłością. Powinna to być aktywność fizyczna o umiarkowanej intensywności (np. siatkówka, tenis ziemny, bieg średnio lub długodystansowy) w wymiarze 150 minut tygodniowo.

W rekomendacjach podkreśla się również potrzebę realizacji badań przesiewowych u osób z grupy ryzyka wystąpienia ww. choroby przewlekłej po 45 r.ż. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego zaleca się obecnie stosowanie oznaczenia glikemii na czczo, doustnego testu tolerancji glukozy oraz pomiaru stężenia glukozy we krwi jako docelowych narzędzi przesiewowych

⁸² Uaktualnione zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych z cukrzycą 2022, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

(stosowanych wymiennie). Rekomendacje PTD 2022 wskazują, że przy braku występowania objawów lub przy współistnieniu objawów i glikemii przygodnej < 200 mg/dl ($< 11,1$ mmol/l) cukrzycę można rozpoznać na podstawie 2-krotnego (każde oznaczenie należy wykonać innego dnia) oznaczenia glikemii na czczo w godzinach porannych – dwa wyniki ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l) są podstawą do rozpoznania cukrzycy.

W zaleceniach PTD 2022 podkreśla się również, że współczesna opieka diabetologiczna wymaga właściwych kompetencji personelu lekarskiego, pielęgniarek prowadzących edukację lub edukatorów, dietetyków. Opieka powinna być skoncentrowana na osobie z cukrzycą, z uwzględnieniem jego indywidualnej sytuacji, potrzeb i preferencji. Konieczne jest także współdziałanie specjalistów z pokrewnych dziedzin ze względu na multidyscyplinarny charakter późnych powikłań cukrzycy i schorzeń współistniejących.

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 edukacji⁸³.

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 pożądany 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 cukrzycy⁸⁴.

⁸³ Kosicka B, Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. Problemy pielęgniarstwa 2007; 15 (2,3): 187-191.

⁸⁴ 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.

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 ID⁸⁵. 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)⁸⁶.

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 amerykańskich⁸⁷. 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, obejmując koszty bezpośrednie i pośrednie choroby. 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 jakości opieki⁸⁸.

Profilaktykę chorób układu krążenia rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- European Society of Cardiology (ESC);
- American Diabetes Association;
- National High Blood Pressure Working Group;
- American Heart Association (AHA);
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLPwP);

⁸⁵ Niebieska Księga Cukrzycy, Warszawa 2013,
http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/blue_paper_raport_cukrzyca_to.pdf.pdf.

⁸⁶ Ibidem

⁸⁷ International Diabetes Federation. Diabetes Atlas... op.cit.

⁸⁸ Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288:2 469–2475.

- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR);
- European Society of Cardiology (ESC),
- British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (BACPR, 2012),
- National Institute for Health Care Excellence (NICE 2013, 2015),
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/ American Heart Association (AACVPR/AHA, 2012),
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK),
- Standardy postępowania dietetycznego w kardiologii - stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki (PTD, 2016).

Wytyczne European Society of Cardiology (ESC) dotyczące profilaktyki chorób układu krążenia w praktyce klinicznej z 2016 roku⁸⁹, zalecają wdrażanie działań prewencyjnych zarówno na poziomie populacyjnym, jak i na poziomie indywidualnym, poprzez promowanie zdrowego stylu życia (np. modyfikację diety, aktywności fizycznej, unikanie palenia tytoniu) oraz optymalizację czynników ryzyka. Jak wynika z szacunków wyeliminowanie działań związanych z ryzykiem dla zdrowia pomogłoby zapobiegać aż 80% przypadków chorób układu sercowo-naczyniowego⁹⁰. Wytyczne ESC zalecają⁹¹:

- systematyczną ocenę czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (np. u osób z rodzinnym wywiadem w kierunku tych chorób, rodzinną hiperlipidemią, obciążonych takimi czynnikami ryzyka, jak: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie tętnicze, lub podwyższone wartości lipidów, lub z chorobami współistniejącymi),
- powtarzanie oceny ryzyka co 5 lat, a u osób cechujących się ryzykiem zbliżonym do punktu, w którym należy rozpocząć leczenie częściej,
- rozważenie systematycznej oceny czynników ryzyka mężczyzn >40. r.ż. i u kobiet >50 r.ż. lub w wieku po menopauzie i bez rozpoznanych wcześniej czynników ryzyka.

Program pozwoli na zmniejszenie kosztów społecznych i ekonomicznych w grupie wiekowej stanowiącej istotny element rynku pracy. Ponadto działania Programu zapobiegają ewentualnym przyszłym nakładom finansowym publicznego

⁸⁹ Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku, Kardiologia Polska 2016; 74, 9: 821–936; DOI: 10.5603/KP.2016.0120

⁹⁰ NICE Public Health Guidance 25. Prevention of Cardiovascular Disease. www.nice.org.uk/guidance/PH25.

⁹¹ Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób... op. cit.

systemu ochrony zdrowia związanym z długoterminową opieką medyczną i leczeniem schorzeń przewlekłych, co jest możliwe dzięki planowanemu zakresowi Programu, uwzględniającemu działania profilaktyczne, w tym wczesną identyfikację osób zagrożonych lub chorych, informację i edukację mającą na celu kształtowanie i utrwalanie pozytywnych postaw i nawyków dla prowadzenia zdrowego stylu życia.

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią znaczne obciążenie zdrowotne oraz ekonomiczne dla większości krajów świata. W 2009 roku koszty systemu opieki zdrowotnej związane z tymi chorobami, nie uwzględniając wielu nieklinicznych działań pierwotnej prewencji, sięgały w Unii Europejskiej ponad 106 miliardów euro, co w przeliczeniu na jednego mieszkańca daje 212 euro. Nakład finansowy na opiekę zdrowotną w zakresie chorób sercowo-naczyniowych istotnie różni się pomiędzy krajami Unii Europejskiej. Przykładowo w tym samym 2009 roku w Rumunii w przeliczeniu na jedną osobę wynosił on 37 euro, natomiast w Niemczech aż 374 euro⁹².

Śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych w poszczególnych krajach zależy od wielu czynników, między innymi od jakości opieki medycznej, działań prewencyjnych, czy też sytuacji demograficznej. W krajach o wysokich dochodach obserwuje się spadek liczby zgonów, przede wszystkim dzięki redukcji czynników ryzyka chorób serca i naczyń oraz większych nakładów finansowych na leczenie tych chorób. Powyżej 80% wszystkich zgonów sercowo-naczyniowych następuje w krajach o dochodzie niskim i średnim⁹³. W rozwiniętych krajach świata, w tym także w Polsce, ChUK stanowią główną przyczynę utraty produktywności, chorobowości, inwalidztwa i zgonów.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach programu będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy kwalifikacji do Programu, badań przesiewowych, a także pozostałych działań zaplanowanych w II etapie Programu. Badania przesiewowe, porady lekarskie i dietetyczne odbywać się będą indywidualnie. Wszystkie wyniki

⁹² European Heart Network, European Society of Cardiology. European Cardiovascular Disease Statistics 2012 Edition; 2012.

⁹³ World Health Organization. Global Status Report non communicable diseases 2014.

badan będą odnotowywane w karcie uczestnika programu oraz karcie badania profilaktycznego. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel.

5. 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 ze wskazaniem 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 (III kwartał 2023 r.);
 - 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Śląskiego (III-IV kwartał 2023 r.);
 - 3) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Śląskiego (I kwartał 2024 r.);
 - 4) złożenie wniosku do Śląskiego OW NFZ o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej (do 1 września 2024r.);
 - 5) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2025);
 - 6) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2025);
 - 7) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I kwartał 2025 – IV kwartał 2029)
- akcja informacyjna (plakaty, ulotki),

- indywidualne plany rehabilitacji,
- analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;

8) ewaluacja (I kwartał 2030):

- analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

9) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2030).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Cieszynie. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: pielęgniarki, lekarzy, dietetyków,
- posiadanie w swojej strukturze laboratorium analitycznego lub gwarantowanego dostępu do laboratorium z możliwością wykonania badań stosownych do prowadzonych w ramach programu działań, spełniających pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany 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 realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 3). 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 [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób, które zgłosiły się na kwalifikacyjną wizytę pielęgniarską,
- analiza liczby osób, które zakwalifikowano do badań przesiewowych,
- analiza liczby osób uczestniczących w II etapie Programu, z podziałem na poszczególne interwencje
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ewaluacja Programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości następujących mierników efektywności, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami Programu:

- odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- odsetek osób z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI.

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

Tab. I. Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład działań profilaktycznych

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Kwalifikująca wizyta pielęgniarska	80
2. Badania przesiewowe	100
- badanie FPG	10
- badanie OGTT	25
- morfologia krwi	15
- lipidogram (CHOL, HDL, nie-HDL, LDL, TG)	40
- glukoza w moczu	10
3. Działania profilaktyczne	--
A. Konsultacja lekarska	120
B. Pierwsza konsultacja dietetyczna	150
C. Indywidualny 14-dniowy jadłospis	200
D. Dofinansowanie zajęć aktywności fizycznej	190
E. Druga konsultacja dietetyczna	100

Badania przesiewowe w Programie, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą 215 osób rocznie. Na potrzeby zaplanowania Programu i oszacowania budżetu założono, że u każdego z uczestników zostaną wykonane wszystkie badania przesiewowe. Konsultacje lekarskie i działania z zakresu profilaktyki wtórnej (dietetyczne) obejmą osoby, u których zostanie zdiagnozowana cukrzyca lub stan przedcukrzycowy – szacuje się, jak już wspomniano w części dot. populacji docelowej, że będzie to ok. 24% tej populacji, ponieważ zgodnie z danymi GUS⁹⁴ rozpowszechnienie cukrzycy w Polsce wynosi ok. 8%, a według szacunków epidemiologicznych dwa razy więcej osób z populacji cechuje występowanie stanu przedcukrzycowego (ok. 16%). Ponadto działania te skierowane będą także do osób z nieprawidłowymi wynikami badań biochemicznych, wykonywanych w celu wyłonienia osób z wysokim ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych. Zgodnie z danymi GUS wysoki poziom lipidów dotyczy ok. 9,4% populacji. W związku z powyższym szacuje się, że II etap programu obejmie łącznie ok. 33,4% populacji biorącej udział w I etapie, zatem ok. 72 osoby.

⁹⁴ Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021... op. cit.

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. II. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Kwalifikująca wizyta pielęgniarstwa	215	osoba	80	17 200,00
Badania przesiewowe	215	osoba	100	21 500,00
Konsultacja lekarska	72	osoba	120	8 640,00
Pierwsza konsultacja dietetyczna	72	osoba	150	10 800,00
Indywidualny 14-dniowy jadłospis	72	osoba	200	14 400,00
Zajęcia aktywności fizycznej	72	osoba	190	13 680,00
Druga konsultacja dietetyczna	72	osoba	100	7 200,00
Akcja informacyjno-edukacyjna	-	-	5000	5 000,00
Monitoring i ewaluacja	-	-	500	500,00
Koszty Programu				98 920,00

Tab. III. Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rok realizacji	Wartość (zł)
2025	98 920,00
2026	98 920,00
2027	98 920,00
2028	98 920,00
2029	98 920,00
Suma	494 600,00

3. Źródło finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Cieszyn oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Gmina będzie realizowała program zdrowotny pod warunkiem uzyskania dofinansowania 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski 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. 2022 poz. 2561 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. 2017 poz. 9].

Bibliografia:

1. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For Medical Care of Patients with Obesity, AACE/ACE Guidelines, 2016, 22, Supl. 3, 1-203, DOI, <https://doi.org/10.4158/EP161365.GL>.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care 2014; 37, Supplement 1: 14-80.
3. Bank danych lokalnych (<https://bdl.stat.gov.pl/>; dostęp: 25.07.2023 r.)
4. Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288:2 469–2475.
5. Bryła M., Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu krążenia. [w]: Maniecka-Bryła I, Martini-Fiwek J (red). Epidemiologia z elementami biostatystyki. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2005: 150-179.
6. Canadian Task Force on Preventive Health Care, [<https://sites.ualberta.ca/~mtonelli/manual.pdf>].
7. Chmielewska-Kassassir M, Woźniak L, Ogrodniczek P, Wójcik M, Rola receptorów aktywowanych przez proliferatory peroksysomów γ (PPAR γ) w otyłości i insulinooporności. Postepy Hig Med Dosw 2013; 67: 1283-1299.
8. Current Topics in Diabetes 2022 | Curr Top Diabetes, 2022; 2 (1): 1–134
9. Dane NFZ [www.nfz.gov.pl].
10. Dane WHO [<https://www.who.int/>].
11. Diabetes Care 2021;44(Suppl. 1):S180–S199 | <https://doi.org/10.2337/dc21-S01>
12. Diabetes in adults [www.nice.org.uk/guidance/qs6]
13. European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition. European Heart Network, Bruksela 2017.
14. European Heart Network, European Society of Cardiology. European Cardiovascular Disease Statistics 2012 Edition; 2012.
15. Goryński P. i in., Chorobowość hospitalizowana, W: Wojtyniak B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020.
16. Health Care Guideline, Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Adults [<https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/02/Diabetes.pdf>].
17. http://koalicja-cukrzyca.pl/docs/blue_paper_raport_cukrzyca_to.pdf.pdf.
18. <http://mojacukrzyca.pl/cukrzyca-ale-jaka-nowa-klasyfikacja/>.
19. http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_mnc03.pdf.
20. ICD-9 PL w wersji 5.31 [[nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)].
21. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, sixth edition 2014 update [http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf].
22. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>].
23. 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.
24. Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2007.
25. Jarosz M. Choroby metaboliczne. W: Praktyczny podręcznik dietetyki. Red. Jarosz M. Wydawnictwo Instytutu Żywności i Żywnienia; Warszawa 2010; 341-352.
26. 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.
27. 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.

28. Kosicka B, Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. Problemy pielęgniarstwa 2007; 15 (2,3): 187-191.
29. Krystoń-Serafin M, Jankowiak B, Popławska E, Krajewska-Kulak E. Powikłania cukrzycy jako choroby przewlekłej. Nowiny Lekarskie 2007; 76 (6): 482-484.
30. Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna
31. Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej.
32. NICE Public Health Guidance 25. Prevention of Cardiovascular Disease. www.nice.org.uk/guidance/PH25.
33. Niebieska Księga Cukrzycy, Warszawa 2013.
34. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540).
35. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).
36. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
37. Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026
38. PFED. Teraźniejszość i przyszłość pielęgniarstwa diabetologicznego 2015. http://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/a.szewczyk_2014r.pdf
39. Pickup JC: Inflammation and Activated innate Immunity in the Pathogenesis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 813-823.
40. Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia [<http://polskieforumprofilaktyki.edu.pl/wytyczne/cukrzyca.html>].
41. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków. <http://diabetyk.org.pl/uploads/formularze/statut-tekst-kompletny.pdf>.
42. Prevalence, Deaths and Disability-Adjusted-Life-Years (DALYs) Due to Type 2 Diabetes and Its Attributable Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2019: Results From the Global Burden of Disease Study 2019, Front. Endocrinol., 13, 2022 <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.838027>.
43. Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. World Health Organization, Geneva 2007 oraz Shanthi Mendis, Pekka Puska and Bo Norrving (eds.) Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization, Geneva 2011.
44. Program profilaktyki chorób układu krążenia, Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 38/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 870 z późn. zm.].
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 540 ze zm.].
48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357].
49. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
50. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021.
51. Szczeklik A. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej. W: Choroby wewnętrzne. Red. Szczeklik A, Gajewski P. Medycyna Praktyczna; Kraków 2009; 640 -671.

52. Topór-Mądry R. i in., Główne problemy dotyczące zdrowia Polaków w świetle najnowszych wyników badania „Global Burden of Disease Study (GBD)” 2019, W: Wojtyniak B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.
53. Uaktualnione zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych z cukrzycą 2022, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.
54. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
55. Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 [poz. 1265].
56. Uchwała nr VI/24/1/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”.
57. WHO (2005) Preventing chronic diseases: vital investment. Global status report on Non-Communicable diseases 2013-2014, World Health Organization, Geneva.
58. Windak A, Godycki-Ćwirko M., Priorytety prewencji chorób sercowo-naczyniowych w opiece podstawowej. [w:] Podolec P. (red). Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007: 125-129.
59. Wojtyniak B, Goryński P, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH– Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022.
60. World Health Organization. Global Status Report non noncommunicable diseases 2014.
61. World Health Organization. Screening for type 2 diabetes 2003.
62. Wskaźnik DALY (z ang. disability adjusted life-years – lata życia skorygowane niesprawnością) – wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.
63. www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npped_20120418.pdf.
64. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku, Kardiologia Polska 2016; 74, 9: 821–936; DOI: 10.5603/KP.2016.0120
65. Wytyczne konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz diabetologii dotyczące opieki nad pacjentem z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem opieki koordynowanej, z dnia 14 listopada 2022 r.
66. Yumuk V. et.al. European Guidelines for Obesity Management in Adults, Obes Facts 2015, 8, p. 402–424.
67. Z. Strzelecki, J. Szymborski, Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Warszawa 2015, <http://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosciowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosciowej>
68. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2008, Diabetologia Praktyczna 2008, tom 9, supl. A
69. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 124/2022/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
70. 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.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

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

II. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis uczestnika Programu)

III. Kwalifikacja do etapu I

Niniejszym zaświadczam, że pacjenta zakwalifikowano do I etapu Programu z uwagi na spełnienie następujących kryteriów kwalifikacji:

1. Występowanie nadwagi/otyłości z wartością BMI:

- ☐ 25-30 kg/m² – nadwaga
- ☐ 30-35 kg/m² - I stopień otyłości
- ☐ 35-40 kg/m² - II stopień otyłości
- ☐ ≥ 40 kg/m² - III stopień otyłości

2. Występowanie następujących dodatkowych czynników ryzyka cukrzycy typu 2:

- ☐ cukrzyca występująca w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo)
- ☐ niska aktywność fizyczna
- ☐ stwierdzenie stanu przedcukrzycowego w poprzednim badaniu
- ☐ choroba układu sercowo-naczyniowego
- ☐ nadciśnienie tętnicze ($\geq 140/90$ mm Hg)
- ☐ dyslipidemia (stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl ($< 1,0$ mmol/l) i/lub trójglicerydów > 150 mg/dl ($> 1,7$ mmol/l))
- ☐ zespół policystycznych jajników
- ☐ przebyta cukrzyca ciążowa
- ☐ urodzenie dziecka o masie ciała > 4 kg.

3. Występowanie dodatkowych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych - na podstawie karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia (załącznik 2)

- ☐ tak
- ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

IV. Etap I (badania przesiewowe)

Nazwa świadczenia	Wynik	Data wykonania świadczenia
<i>Badanie FPG</i>		
<i>Badanie OGTT</i>		
<i>Cholesterol całkowity</i>		
<i>Cholesterol LDL</i>		
<i>Cholesterol HDL</i>		
<i>Cholesterol nie-HDL</i>		
<i>Trójglicerydy</i>		
<i>Poziom cukru na czczo</i>		

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Kwalifikacja do etapu II

- ☐ Niniejszym zaświadczam, że u pacjenta na podstawie wyników badań przesiewowych rozpoznano cukrzycę typu 2/stan przedcukrzycowy, w związku z czym zakwalifikowano go do II etapu Programu
- ☐ Niniejszym zaświadczam, że u pacjenta na podstawie wyników badań przesiewowych stwierdzono nieprawidłowości w zakresie parametrów biochemicznych krwi/moczu, w związku z czym zakwalifikowano go do II etapu Programu
- ☐ Niniejszym zaświadczam, że u pacjenta na podstawie wyników badań przesiewowych nie rozpoznano cukrzycy typu 2/stanu przedcukrzycowego, ani nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie parametrów biochemicznych krwi/moczu, w związku z czym nie zakwalifikowano go do II etapu Programu

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

VI. Etap II (działania z zakresu profilaktyki wtórnej)

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia
1. Konsultacja lekarska	
2. Porada dietetyka (pierwsza)	
3. Przekazanie jadłospisu 14-dniowego	
4. Porada dietetyka (kontrolna)	

VII. Dane niezbędne dla ewaluacji Programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
1. Edukacja zdrowotna	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Przyrost lub utrzymanie poziomu wiedzy: ☐ tak ☐ nie
2. Porada dietetyka (pierwsza)	Wartość BMI:
3. Porada dietetyka (kontrolna)	Wartość BMI: Zmiana pozytywna w zakresie BMI: ☐ tak ☐ nie Zmiana pozytywna w zakresie poziomu aktywności fizycznej (subiektywna ocena pacjenta): ☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 2. Karta badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia w „Programie profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”

(Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r.

I. Kwalifikacja do etapu I

Wywiad rodzinny w kierunku wczesnego występowania choroby sercowo-naczyniowej:

1. Czy u ojca wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu poniżej 55 r.ż.?

1) Tak I _ I,

2) Nie I _ I,

2. Czy u matki wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu poniżej 65 r.ż.?

1) Tak I _ I,

2) Nie I _ I,

3. Czy pali Pan/Pani papierosy?

1) Tak: od I _ I _ I lat, I _ I _ I papierosów dziennie

2) Nie, ale paliłem/am w przeszłości, rzuciłem/am I _ I _ I lat temu, paliłem/am I _ I _ I papierosów dziennie

3) Nie, ale jestem biernym palaczem

4) Nie, nigdy nie paliłem/am

4. Przez ile minut tygodniowo uprawia Pan/i aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy, w tym aktywność komunikacyjną oraz wykonywana w pracy, w domu)

1) Umiarkowaną, tj. prowadzącą do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca (np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz)

☐ nie upraviam	☐ 1-2 razy w tygodniu	☐ 3-4 razy w tygodniu	☐ częściej niż 4 razy w tygodniu	Łączny czas tygodniowo	_____ min
---	--	--	---	---------------------------	-----------

2) Intensywną, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem).

☐ nie upraviam	☐ 1-2 razy w tygodniu	☐ 3-4 razy w tygodniu	☐ częściej niż 4 razy w tygodniu	Łączny czas tygodniowo	_____ min
---	--	--	---	---------------------------	-----------

Wyniki badania fizykalnego:

Obwód talii I _ I _ I _ I _ I cm

Masa ciała: I _ I _ I _ I , I _ I _ I kg

Wzrost: I _ I _ I _ I cm

BMI: I _ I _ I , I _ I

Pomiary ciśnienia tętniczego:

Należy przeprowadzić 3 pomiary w odstępie 1-2 minut oraz dodatkowy pomiar, jeżeli pierwsze dwa pomiary różniły się o >10 mmHg. Ostateczny pomiar stanowi średnią dwóch ostatnich pomiarów.

1. skurczowe: a) |_|_|_|, b) |_|_|_|, c) |_|_|_| średnia (b+c) /2 |_|_|_|

2. rozkurczowe: a) |_|_|_|, b) |_|_|_|, c) |_|_|_| średnia (b+c) /2 |_|_|_|

Tętno: a) |_|_|_|, b) |_|_|_|, c) |_|_|_| średnia (b+c) /2 |_|_|_|

II. Etap I (badania przesiewowe)

Wyniki badań biochemicznych:

1. cholesterol całkowity |_|_|_| mg/dl,

2. cholesterol LDL |_|_|_| mg/dl,

3. cholesterol HDL |_|_|_| mg/dl,

4. cholesterol nie-HDL |_|_|_| mg/dl,

5. trójglicerydy |_|_|_| mg/dl,

6. glukoza na czczo |_|_|_| mg/dl

Informacja o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia

Płeć: płeć męska oraz kobiety po menopauzie

Wiek: mężczyźni > 40 lat, kobiety > 50 lat

Palenie tytoniu: powyżej 1 papierosa dziennie, bierne palenie

Nadciśnienie tętnicze: RR powyżej 140/90 mmHg w dwóch niezależnych pomiarach oraz pacjenci leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego

Zaburzenia lipidowe: stężenie cholesterolu całkowitego TC > 190 mg/dl, LDL-C > 115 mg/dl (wartości docelowe LDL-C zależą od oceny ryzyka sercowo-naczyniowego), HDL <40 mg/dl dla mężczyzn, HDL <46 mg/dl dla kobiet, triglicerydów TG > 150 mg/dl, nie-HDL-C > 130 mg/dl (wartości docelowe zależą od oceny ryzyka sercowo-naczyniowego)

Choroby współistniejące: Rodzinna hipercholesterolemia, przewlekła choroba nerek

Glikemia: nieprawidłowa glikemia na czczo (wartości 100 - 125 mg/dl)

Cukrzyca: glikemia na czczo: powyżej 125 mg/dl (w dwóch pomiarach w różne dni) lub w przygodnym pomiarze: 200 mg/dl i powyżej

Nadwaga i Otyłość: wg wskaźnika masy ciała BMI (kg/m²): 25 - 29.99 nadwaga, powyżej 30 – otyłość; obwód talii: ≥ 94 cm u mężczyzn oraz ≥ 80 cm u kobiet

Niska aktywność fizyczna: aktywność ruchowa (np. spacer, marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik) mniej niż 150 minut tygodniowo aktywności umiarkowanej lub 75 minut aktywności intensywnej, lub równoważnej kombinacji obu

Inne: wzrost stężenia fibrynogenu, wzrost stężenia kwasu moczowego, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie, obciążenia genetyczne

Załącznik 3

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	
Liczba osób biorących udział w kwalifikującej wizycie pielęgniarskiej	
Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej w trakcie wizyty pielęgniarskiej	
Liczba osób, które zakwalifikowano do badań przesiewowych (I etap)	
Liczba osób uczestniczących w konsultacji lekarskiej (II etap)	
Liczba osób uczestniczących w pierwszej konsultacji dietetycznej (II etap)	
Liczba osób, którym przekazano jadłospis 14-dniowy (II etap)	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Ewaluacja	
Liczba i odsetek pacjentów, u których utrzymano lub uzyskano wysokim poziom wiedzy w związku z podjętymi działaniami w ramach edukacji zdrowotnej	
Liczba i odsetek pacjentów z nadwagą lub otyłością, u których uzyskano obniżenie wartości wskaźnika BMI	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029” (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 diety 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?					

V. 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

--