UCHWAŁA NR 109/2290/26

ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

z dnia 17 lutego 2026 r.

w sprawie „Programu polityki zdrowotnej profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym dla mieszkańców województwa lubuskiego”.

Na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 2, art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie województwa* (Dz.U. z 2025 r., poz. 581 z późn. zm.), w związku z art. 9 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym dla mieszkańców województwa lubuskiego”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Lubuskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wicemarszałek Województwa Lubuskiego

Grzegorz Potęga

[podpisano certyfikowanym podpisem elektronicznym]

załącznik
do Uchwały Nr 109/2290/26
Zarządu Województwa Lubuskiego
z dnia 17 lutego 2026 r.

Program polityki zdrowotnej profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym dla mieszkańców województwa lubuskiego.

Okres realizacji: 2026-2027

Podstawa prawna: art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Program zgodny z Rekomendacją nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym.

Opracowanie Programu:
Departament Ochrony Zdrowia
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego
w Zielonej Górze

Miejsce i data opracowania:
Zielona Góra 2026 r.

Spis treści

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ 3

I.1. Opis problemu zdrowotnego w województwie lubuskim 3

I.2. Dane epidemiologiczne 12

I.3. Opis obecnego postępowania 19

I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu. 28

II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIK I EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI 29

II.1. Cel główny 29

II.2. Cele szczegółowe 29

II.3. Mierniki efektywności 29

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI ...31

III.1. Populacja docelowa 31

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z Programu polityki zdrowotnej. 31

III.3. Planowane interwencje 34

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu Polityki Zdrowotnej 46

III.5. Sposób zakończenia udziału w Programie Polityki Zdrowotnej 46

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ 47

IV.1. Etapy Programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów. 47

IV.2. Warunki realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 49

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ 53

V.II. Monitorowanie 53

V.II. Ewaluacja 54

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ 57

VI.1. Koszty jednostkowe 57

VI.2. Szacunkowe koszty jednostkowe – dwa warianty 58

VI.3. Koszty całkowite 58

VI.4. Źródła finansowania 59

BIBLIOGRAFIA 60

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

I.1. Opis problemu zdrowotnego w województwie lubuskim

Otyłość jest przewlekłą, ogólnoustrojową chorobą metaboliczną wynikającą z zaburzenia homeostazy energetycznej organizmu. Charakteryzuje się nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej, przekraczającym fizjologiczne potrzeby organizmu, co w miarę postępu prowadzi do dysfunkcji wielu narządów i układów, w tym serca, wątroby, nerek, stawów i układu rozrodczego. Otyłość stanowi poważny problem zdrowia publicznego, którego skala narasta i obejmuje coraz młodsze grupy wiekowe.

Z danych Instytutu Żywienia i Żywności z 2018 roku wynika, że tempo przyrostu masy ciała wśród polskich dzieci należy do najwyższych w Europie. W latach 70. XX wieku nadmierną masę ciała odnotowywano w Polsce u mniej niż 10% populacji uczniów. Współcześnie, według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, problem nadmiernej masy ciała dotyczy już 31% chłopców i 20% dziewczynek, natomiast z otyłością zmaga się odpowiednio 13% chłopców oraz 5% dziewczynek. Powyższe dane wskazują na wyraźny wzrost nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży na przestrzeni ostatnich dekad.[1]

Otyłość stanowi istotne wyzwanie zdrowia publicznego w województwie lubuskim, a obserwowany wzrost szczególnie w populacji dzieci i młodzieży ma istotne znaczenie epidemiologiczne. Zgodnie z **Mapą potrzeb zdrowotnych dla województwa lubuskiego, otyłość należy do trzech najczęściej występujących chorób metabolicznych w regionie**.[2]

[1] https://mamaginekolog.pl/dziecko/zdrowie-dziecka/nadwaga-i-otylosc-u-dzieci-w-polsce-statystki-konsekwencje-i-choroby/

[2] *Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa lubuskiego w zakresie 30 grup chorób*, Ministerstwo Zdrowia 2019: https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie_mpz_04.pdf#:~:text=wojew%C3%B3dztwo%20lubuskie%20by%C5%82o%20pi%C4%85tym%20ze%20%C5%9Brednio%20najkr%C3%B3tszym,patologii%20ci%C4%85%C5%BCy%20wojew%C3%B3dztwo%20lubuskie%20plasowa%C5%82o%20si%C4%99%20powy%C5%BCej

Tabela 1.2: Zapadalność i chorobowość rejestrowana w województwie lubuskim

Grupa chorobowa	Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności	Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności
choroby metaboliczne		
Niedożywienie	14,2	25,9
Inne niedobory pokarmowe	18,1	55,9
Otyłość	47,2	248,2
Zaburzenia metaboliczne	157,3	663,2
Osteoporoza i inne choroby metaboliczne kości	162,4	1 159,5
Niedobór witaminy D	14,3	22,0
choroby oka i okolic		
stany pozaćmowe	206,1	670,2
schorzenia siatkówki i ciała szklistego z wyłączeniem AMD	768,3	5 284,4
zez oraz niedowidzenie	2 591,5	21 959,0
jaskra	311,8	2 852,6

Problem ten ma charakter narastający i dotyczy coraz młodszych grup wiekowych, co wiąże się z wysokim ryzykiem utrwalenia choroby w wieku dorosłym oraz rozwoju licznych powikłań zdrowotnych. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z 2025 roku w sprawie **Mapy potrzeb zdrowotnych**: *W populacji dorosłych Polaków (20 lat i więcej) nadwagę stwierdzono u 52% badanych, z czego 13,6% spełniało kryteria otyłości. Problem ten jest bardziej rozpowszechniony wśród mężczyzn (62,1% nadwagi, 15,7% otyłości) niż kobiet (odpowiednio 42,6% i 11,7%). Względem okresu przed pandemią COVID-19 sytuacja pogorszyła się, szczególnie wśród mężczyzn, gdzie wskaźniki nadwagi wzrosły o 2,6 p.p., a otyłości o 3 p.p.*[3]

Znaczenie problemu otyłości znajduje odzwierciedlenie w dokumentach strategicznych. **Cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowotnego przywołane w Mapie potrzeb zdrowotnych wśród *Działań z zakresu zdrowia publicznego w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia społeczeństwa* obejmują profilaktykę nadwagi i otyłości[4] jako jedno z kluczowych działań na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa.**

Zjawisko nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży w województwie lubuskim wpisuje się w szerszy kontekst krajowy i międzynarodowy. Częstotliwość

[3] Sytuacja Zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania,2022, NIZP PZH – PIB (https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacjhttps://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania); dostęp: 12.03.2025 r.

[4] *OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych* z dnia 30 czerwca 2025 r. https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2025/42/akt.pdf

występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży wzrosła w ostatnich czterech dekadach zarówno w Europie, jak i na świecie. Najwyższe wskaźniki obserwuje się w Stanach Zjednoczonych oraz w krajach Europy południowej i zachodniej.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia ponad miliard ludzi na świecie cierpi na otyłość – w tym 650 milionów dorosłych, 340 milionów nastolatków i 39 milionów dzieci. Liczba ta wciąż rośnie, a WHO szacuje, że do 2025 roku około 167 milionów osób – dorosłych i dzieci – może utracić zdrowie w wyniku nadwagi lub otyłości. Szacuje się, że globalne koszty nadwagi i otyłości osiągną 3 biliony dolarów rocznie do 2030 roku i przekroczą 18 bilionów do 2060 roku.[5]

W kontekście międzynarodowym polskie ośmiolatki z nadmierną masą ciała znajdują się w pierwszej dziesiątce krajów o najwyższym odsetku nadwagi i otyłości wśród 37 analizowanych państw. Wyższe odsetki nadmiernej masy ciała stwierdzono m.in. na Cyprze, we Włoszech, Grecji, Chorwacji, na Malcie i w Hiszpanii, a otyłości – na Cyprze, Malcie, w Grecji i Włoszech. Biorąc pod uwagę problem otyłości i nadwagi wyłącznie w grupie dzieci i młodzieży dane PITNUTS (2016) wskazują, że w skali naszego kraju 10% dzieci w wieku 1–3 lat miało nadwagę/otyłość, a kolejne 18,4% było zagrożone nadmierną masą ciała. Badanie COSI (2016) wykazało, że problem dotyczy niemal co trzeciego 8-latka. W populacji 10–16-latków odsetek dzieci z nadmierną masą ciała wynosił około 20%, częściej wśród chłopców niż dziewcząt.[6] Dane HBSC (2018) wskazują, że nadmierna masa ciała występowała u 29,7% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku 11–15 lat, co oznacza wzrost w porównaniu do 2014 r.[7]

W badanej w 2025 roku próbie uczniów lubuskich szkół zaobserwowano u 19,8% nadmierną masę ciała, a u 12,5% niedowagę. Nadmierną masę ciała u chłopców najczęściej odnotowywano w I klasie, a u dziewcząt w III klasie szkoły ponadpodstawowej. Najwyższy odsetek otyłości wśród chłopców odnotowano w VII klasie szkoły podstawowej.[8]

Porównując wyniki województwa lubuskiego z 2025 roku z ogólnopolską próbą HBSC kwestią różnicującą jest niższy poziom aktywności fizycznej wśród uczniów

[5] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
[6] https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/nadwaga-i-otylosc-wsrod-dzieci-i-mlodziezy/
[7] *ZDROWIE UCZNIÓW W 2018 ROKU NA TLE NOWEGO MODELU BADAŃ HBSC*, pod redakcją Joanny Mazur i Agnieszki Małkowskiej-Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018.
[8] Mazur, Joanna, Zbigniew Izdebski, red. 2025. *Jak żyje i co myśli o swoim zdrowiu młodzież szkolna? Badanie lubuskie 2024*, Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski, 2025.

z województwa lubuskiego. *Poziom aktywności fizycznej młodzieży istotnie rożni się w zależności od powiatu (p < 0,001). W większości powiatów przeważają osoby o braku lub niskim poziomie aktywności fizycznej, co może sugerować niski ogólny poziom aktywności w regionie. Powiaty strzelecko-drezdenecki i sulęciński wyróżniają się niższymi wartościami braku aktywności fizycznej oraz wyższym odsetkiem osób o wysokim poziomie aktywności. Natomiast w powiatach świebodzińskim i wschowskim odsetek młodzieży o wysokiej aktywności jest niższy.*[9]

Współcześnie otyłość uznawana jest za chorobę złożoną i wieloczynnikową, wynikającą z kombinacji czynników genetycznych, środowiskowych, hormonalnych i behawioralnych. Za otyłość uważa się stan, w którym tkanka tłuszczowa stanowi więcej niż 20% masy ciała u mężczyzn oraz 25% u kobiet. Prowadzi to do pogorszenia jakości życia, niepełnosprawności oraz zwiększonego ryzyka przedwczesnego zgonu.

Najczęstszą przyczyną nadmiernej masy ciała są czynniki środowiskowe to znaczy:

- niski poziom aktywności fizycznej,
- rozpowszechnienie siedzącego trybu życia,
- nadmierne spożycie żywności wysokokalorycznej typu fast food, słodyczy i napojów słodzonych,
- zbyt niskie spożycie warzyw i owoców oraz produktów pełnoziarnistych,
- opuszczanie posiłków,
- nie spożywanie posiłków w gronie rodzinnym,
- zbyt krótki czas snu.

Otyłość zwiększa ryzyko wielu chorób niezakaźnych (NCD), w tym cukrzycy typu 2, chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia, udaru, niektórych nowotworów oraz zaburzeń zdrowia psychicznego.

Gwałtowny wzrost otyłości dotyczy nie tylko mieszkańców miast, ale też w dużej mierze populacji wiejskich. Najnowsze międzynarodowe badania, w których uczestniczyły zespoły prof. Grażyny Jasieńskiej i prof. Andrzeja Pająka z Uniwersytetu Jagiellońskiego, wskazują, że tempo wzrostu wskaźnika masy ciała (BMI) na terenach wiejskich jest często wyższe niż w miastach. Analiza ponad

[9] Mazur, Joanna, Zbigniew Izdebski, red. 2025. *Jak żyje i co myśli o swoim zdrowiu młodzież szkolna? Badanie lubuskie 2024*, Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski, 2025, s.144.

2 tysięcy badań populacyjnych obejmujących ponad 112 milionów dorosłych z lat 1985–2017 wykazała, że ponad 55% globalnego wzrostu średniego BMI, a w krajach o niskich i średnich dochodach nawet ponad 80%, pochodziło ze wzrostu BMI w populacjach wiejskich.[10] Jednym z czynników wpływających na obserwowane zjawisko jest fakt, że tradycyjne niedożywienie ilościowe (*undernutrition*) zostało tam zastąpione przez niedożywienie jakościowe (*malnutrition*), charakteryzujące się nadmiernym spożyciem kalorii przy niedoborze składników odżywczych. Wyniki te podkreślają, że globalny wzrost otyłości nie jest prostym efektem migracji do miast, lecz konsekwencją przemian społeczno-ekonomicznych i technologicznych na terenach wiejskich.[11]

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz International Obesity Task Force (IOTF), podstawowym narzędziem oceny stopnia odżywienia u dzieci i młodzieży jest wskaźnik masy ciała (BMI – *body mass index*), obliczany jako iloraz masy ciała (kg) i kwadratu wzrostu (m²). U osób poniżej 18. roku życia wartości BMI interpretuje się w odniesieniu do siatek lub tabel centylowych opracowanych dla danej populacji, z uwzględnieniem płci i wieku. Nadwagę rozpoznaje się, gdy BMI mieści się pomiędzy 90. a 97. centylem, natomiast otyłość – gdy przekracza 97. centyl.

Wyróżnia się dwa główne typy otyłości:

1. **Otyłość prosta (pierwotna)** – stanowi około 90% wszystkich przypadków. Jest następstwem długotrwałego dodatniego bilansu energetycznego, wynikającego z nadmiernej podaży kalorii i niewystarczającej aktywności fizycznej. W jej rozwoju uczestniczą zarówno czynniki genetyczne (np. regulujące apetyt, tempo metabolizmu czy spontaniczną aktywność ruchową), jak i środowiskowe, takie jak niewłaściwe nawyki żywieniowe, mała aktywność fizyczna, niedobór snu i stres.
2. **Otyłość wtórna** – obejmuje około 10% przypadków i stanowi objaw innych chorób lub efekt działania niektórych leków. Może wynikać z zaburzeń genetycznych (np. zespoły Pradera–Williego, Bardeta–Biedla, Turnera, Downa, Klinefeltera), endokrynologicznych (np. niedoczynność tarczycy, hiperkortyzolizm, niedoczynność przysadki), uszkodzeń podwzgórza

[10] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31068725/
[11] Źródło: NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), *Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults*. Nature, 569, 260–264, 2019.

(np. w wyniku guzów, urazów, radioterapii) lub stosowania niektórych leków, takich jak glikokortykosteroidy, leki przeciwdepresyjne, neuroleptyki czy hormonalne preparaty estrogenowo-progesteronowe.[12]

Otyłość dziecięca w zdecydowanej większości ma charakter otyłości prostej, wynikającej z długotrwałego dodatniego bilansu energetycznego, jednak u części pacjentów może mieć charakter wtórny i stanowić objaw innych chorób lub skutek stosowania niektórych leków. Niezależnie od etiologii, choroba ta zwiększa ryzyko utrzymania się otyłości w wieku dorosłym oraz wcześniejszego rozwoju chorób niezakaźnych, które generują wysokie koszty społeczne i ekonomiczne.

Otyłość dziecięca prowadzi do licznych zaburzeń metabolicznych, endokrynologicznych, układowych i psychospołecznych. Do najczęstszych należą:

- Zaburzenia endokrynologiczne: insulinooporność, hiperinsulinizm, nieprawidłowa glikemia na czczo, upośledzona tolerancja glukozy, cukrzyca typu 2, hiperandrogenizm, przedwczesne dojrzewanie płciowe i zespół policystycznych jajników.
- Zaburzenia lipidowe: hipertriglicerydemia, podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego, obniżony poziom HDL.
- Powikłania sercowo-naczyniowe: nadciśnienie tętnicze, przerost lewej komory serca, dysfunkcja śródbłonka, przewlekły stan zapalny i wzrost ryzyka choroby wieńcowej.
- Zespół metaboliczny: zgodnie z kryteriami IDF (2007) u dzieci powyżej 10. roku życia rozpoznaje się go w przypadku zwiększonego obwodu talii (≥ 90. centyla) program
- oraz współistnienia co najmniej dwóch z następujących zaburzeń: triglicerydy ≥ 150 mg/dl, HDL < 40 mg/dl, ciśnienie tętnicze ≥ 130/85 mmHg, glikemia na czczo ≥ 100 mg/dl lub cukrzyca typu 2.[13]
- Zaburzenia oddechowe: obturacyjny bezdech senny, obniżona wydolność fizyczna.
- Powikłania kostno-stawowe: bóle kręgosłupa, wady postawy (skolioza, płaskostopie, koślawość kolan), zwiększone ryzyko złuszczenia głowy kości udowej.

[12] Przegląd Pediatryczny Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, https://przegladpediatryczny.pl/a1352/Otylosc-u-dzieci-.html.
[13] https://nauka.czd.pl/wp-content/uploads/2024/02/Zespol_metaboliczny_rozpoznawanie_Litwin.pdf

- Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: kamica pęcherzyka żółciowego, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD), choroba refluksowa przełyku (GERD).
- Zaburzenia emocjonalne: obniżona samoocena, depresja, zaburzenia odżywiania, izolacja społeczna.
- Zwiększone ryzyko utrzymywania się otyłości w wieku dorosłym i wcześniejszego rozwoju chorób niezakaźnych.[14]

Konsekwencje zdrowotne otyłości są dobrze udokumentowane. W 2021 roku podwyższony poziom BMI przyczynił się do około 3,7 miliona zgonów z powodu chorób niezakaźnych, w tym sercowo-naczyniowych, nowotworowych, metabolicznych i neurologicznych.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia wdrożenie działań prewencyjnych może skutecznie ograniczyć występowanie nadwagi i otyłości. Profilaktyka powinna obejmować wszystkie etapy życia – od okresu prenatalnego po dorosłość – poprzez prawidłową masę ciała w ciąży, karmienie piersią, ograniczenie spożycia cukrów i tłuszczów, zwiększenie konsumpcji owoców, warzyw i produktów pełnoziarnistych oraz regularną aktywność fizyczną.[15]

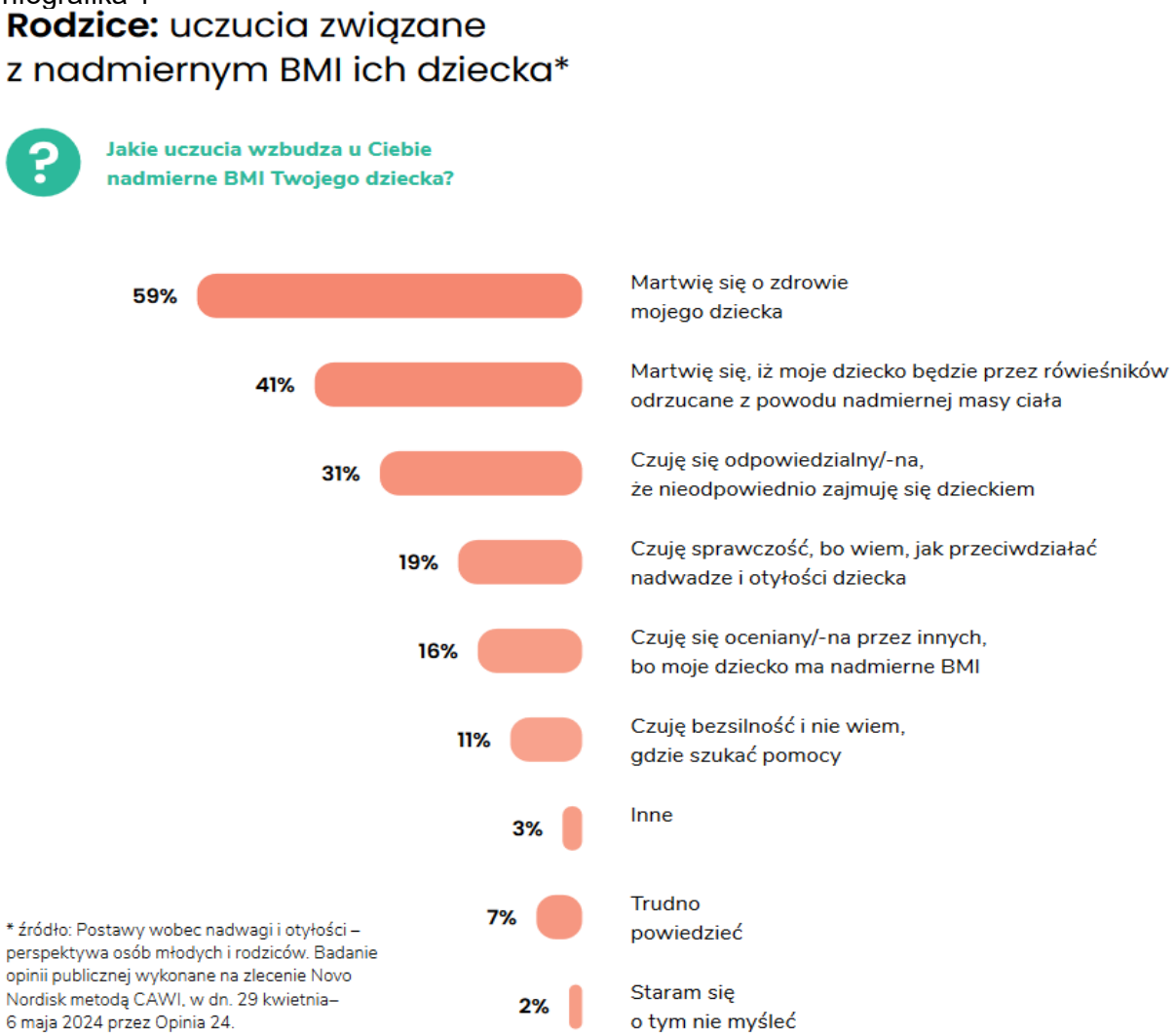
Szczególnie istotne jest zapewnienie dzieciom i młodzieży praktycznego wsparcia w zakresie profilaktyki oraz kompleksowego leczenia choroby otyłości. Działania te powinny być prowadzone z uwzględnieniem postawy empatycznej, sprzyjającej skutecznemu przekazywaniu wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia, zachęcaniu do podejmowania regularnej aktywności fizycznej, udzielaniu wsparcia psychicznego oraz edukowaniu w zakresie dostępnych metod leczenia.

Rodzice oraz opiekunowie prawni odgrywają kluczową rolę w procesie kształtowania zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży. Dysponując odpowiednią wiedzą oraz kompetencjami, mają możliwość wpływania na rozwój świadomych postaw wobec zdrowia, a także na utrwalanie prawidłowych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej u swoich dzieci. Podejmowane przez nich działania przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia i dobrostanu młodego pokolenia oraz sprzyjają prawidłowemu rozwojowi relacji społecznych. Jest to szczególnie istotne biorąc pod uwagę wyniki badania przeprowadzonego w 2024 roku na grupie rodziców dzieci i młodzieży z otyłością.

---

[14] https://przegladpediatryczny.pl/a1352/Otylosc-u-dzieci-.html
[15] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

Infografika 1



Źródło: Pomocnik. Jak wspierać młode osoby chorujące na otyłość lub nadwagę? Badanie opinii publicznej wykonane na zlecenie Novo Nordisk metodą CAWI przez Opinia 24, 2024 rok.

Powyższe dane wskazują, iż ponad połowa rodziców dzieci i młodzieży z nadmiernym BMI (59%) deklaruje niepokój o stan zdrowia swojego dziecka. 41% badanych obawia się, że ich dziecko może doświadczać odrzucenia ze strony rówieśników. Z kolei 31% rodziców dzieci z nadwagą ma poczucie, że nie zapewnia im właściwej opieki. Jedynie co piąty respondent (19%) odczuwa sprawczość, wynikającą ze świadomości działań, jakie można podjąć w celu przeciwdziałania nadwadze i otyłości. Dodatkowo 16% rodziców dzieci z nadmierną masą ciała doświadcza poczucia bycia ocenianym, natomiast 11% deklaruje bezradność oraz brak wiedzy, gdzie szukać specjalistycznej pomocy.

Dzieciństwo oraz okres adolescencji stanowią kluczowy etap w procesie kształtowania preferencji i nawyków żywieniowych, które są często przenoszone w dorosłe życie i mogą być trudne do późniejszej modyfikacji. Skuteczna interwencja

wymaga zmian nie tylko w zachowaniach samego dziecka lub nastolatka, lecz również w stylu życia całej rodziny. Obejmuje to między innymi modyfikację tradycji kulinarnych, organizację i regularność spożywania posiłków, świadomy dobór produktów spożywczych oraz rozwijanie konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem.[16]

WHO podkreśla, że otyłość jest problemem społecznym, a nie wyłącznie indywidualnym. Skuteczna prewencja wymaga wielosektorowych działań, obejmujących m.in. politykę żywnościową, regulacje fiskalne i urbanistyczne, ograniczenie marketingu niezdrowych produktów, zwłaszcza skierowanych do dzieci, oraz promowanie zdrowych nawyków w szkołach i miejscach pracy. Tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowym wyborom żywieniowym i aktywności fizycznej stanowi kluczowy element strategii WHO na rzecz ograniczenia globalnej epidemii otyłości.[17] Wzorem Wielkiej Brytanii można wprowadzić programy takie jak „The Daily Mile" – promocja pokonywania przez dzieci jednej mili dziennie pieszo, które zachęcają uczniów do codziennego ruchu w formie dostępnej dla wszystkich. Kluczowe jest promowanie aktywności fizycznej inkluzywnej, w której każde dziecko może uczestniczyć niezależnie od swoich możliwości. Współzawodnictwo sportowe warto natomiast ograniczyć głównie do działalności klubowej, aby w szkołach koncentrować się na rozwijaniu zdrowych nawyków, radości z ruchu i dobrostanu psychofizycznego. Takie podejście wpisuje się w ideę zrównoważonego rozwoju zdrowia dzieci i młodzieży.[18]

Walka z otyłością wśród dzieci i młodzieży w województwie lubuskim wymaga zatem kompleksowego i długofalowego podejścia, obejmującego zmianę nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej oraz wsparcie psychologiczne. Kluczowe znaczenie ma stosowanie zbilansowanej diety, ograniczenie żywności wysoko przetworzonej, regularne podejmowanie ruchu oraz wzmacnianie motywacji i poczucia sprawczości u młodych osób i ich rodzin. Działania te powinny być uzupełnione systematycznym monitorowaniem stanu zdrowia, co zwiększa skuteczność profilaktyki i terapii otyłości.

---

[16] https://ootylosci.pl/wp-content/uploads/2025/11/PoMOCnik.pdf#:~:text=W%C5%82%C4%85cz%20aktywno%C5%9B%C4%87%20fizyczn%C4%85%20do%20codziennej%20rutyny%20%E2%80%93,wsp%C3%B3lne%20spacery%20z%20rodzin%C4%85%20maj%C4%85%20ogromne%20znaczenie!

[17] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

[18] Kowalski, P., & Nowak, A. (2020). *Otyłość, zdrowie, zrównoważony rozwój.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

I.2. Dane epidemiologiczne

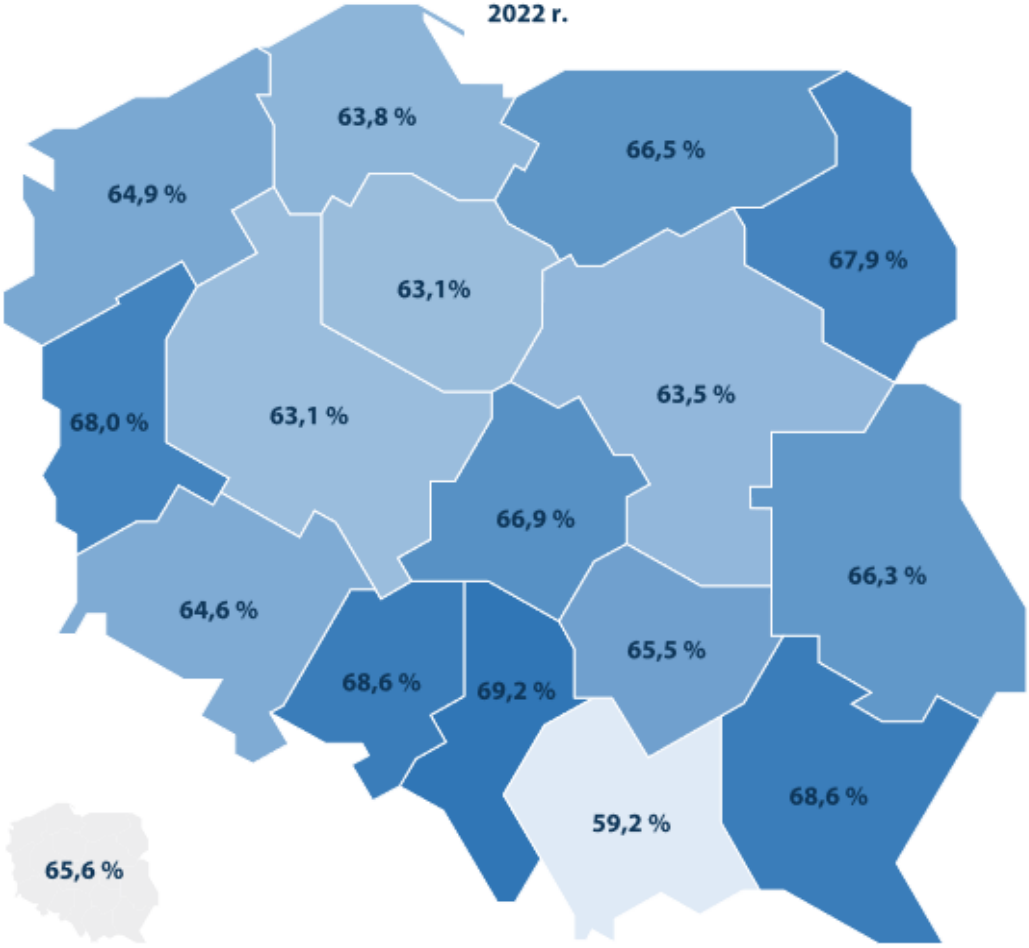
Z danych NFZ z 2019 roku wynika, że blisko dwie trzecie dorosłych Polaków miało nadmierną masę ciała – dotyczyło to 74% mężczyzn (w tym 28% z otyłością) oraz 50% kobiet (w tym 21% z otyłością).

Kontrole przeprowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2022 roku wykazały, że odsetek osób z nadwagą i otyłością w Polsce pozostaje na wysokim poziomie, a jego wartość różni się w zależności od regionu kraju. W poszczególnych województwach udział osób z nadmierną masą ciała wahał się od 59,2% do 69,2% populacji, co wskazuje na szeroką skalę zjawiska o charakterze ogólnospołecznym.

Województwo lubuskie, z odsetkiem wynoszącym 68%, należy do regionów o szczególnie wysokim rozpowszechnieniu nadwagi i otyłości obok województwa opolskiego. Dane te są istotne w kontekście założeń Programu, gdyż problem otyłości dzieci i młodzieży w województwie lubuskim należy rozpatrywać również w kontekście sytuacji dorosłej populacji regionu, która stanowi zarówno środowisko wychowawcze, jak i wzorzec zachowań zdrowotnych.

Wskazane powyżej dane potwierdzają, że problem nadmiernej masy ciała w województwie lubuskim wymaga działań profilaktycznych oraz systemowych interwencji ukierunkowanych na promocję zdrowego stylu życia i zrównoważonego odżywiania.

Infografika 2. Udział procentowy pacjentów z nadwagą i otyłością



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia.

Problem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w województwie lubuskim stanowi jedno z kluczowych wyzwań zdrowia publicznego regionu. Zgodnie z **Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 otyłość została wskazana jako jeden z głównych problemów zdrowotnych populacji w wieku 0–18 lat**, obok takich schorzeń jak zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, dychawica oskrzelowa, zniekształcenia kręgosłupa czy niedokrwistość.[19]

Skala zjawiska jest istotna również z uwagi na liczebność populacji dziecięcej w regionie – według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2024 roku w województwie lubuskim mieszkało 181 791 dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat. Oznacza to, że nawet umiarkowany odsetek nadmiernej masy ciała przekłada się na znaczną liczbę osób wymagających leczenia czy hospitalizacji.

[19] Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa sierpień 2021; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.

Infografika 3

LUDNOŚĆ WOJ.LUBUSKIEGO W 2024 ROKU					
Wiek	0-2 lata	3-6 lat	7-12 lat	13-15 lat	16-18 lat
WOJEWÓDZTWO Lubuskie	**19 288,00**	**35 157,00**	**61 380,00**	**33 460,00**	**32 506,00**
RAZEM					181 791,00

Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia potwierdzają, że problem ten ma wymiar nie tylko epidemiologiczny, lecz także systemowy. Już w 2021 roku lekarze podstawowej opieki zdrowotnej objęli czynną opieką z powodu otyłości 3 934 dzieci i młodzieży z województwa lubuskiego, z czego 651 osób zostało zakwalifikowanych do leczenia po raz pierwszy. W kolejnych latach obserwowano wzrost zapotrzebowania na świadczenia – w 2023 roku zarejestrowano 976 świadczeń związanych z leczeniem otyłości i otyłości miejscowej w populacji dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Dane przedstawione w tabeli *Analiza POZ – Infografika 4* wskazują na narastający charakter problemu oraz rosnące obciążenie systemu ochrony zdrowia. Odzwierciedlają rosnące zapotrzebowanie na interwencje terapeutyczne w zakresie nadmiernej masy ciała wśród najmłodszych pacjentów i podkreślają potrzebę systematycznej profilaktyki, monitorowania oraz kompleksowego wsparcia w leczeniu otyłości dziecięcej i młodzieżowej.

Infografika 4

Analiza POZ							
Rok	**Obszar**	**Płeć**	**Miasto/wieś**	**Grupa wiekowa**	**Grupa chorób**	**Liczba świadczeń**	**Udział procentowy w świadczeniach**
2023	lubuskie	razem	razem	[0-6]	E66 Otyłość	**69**	1
Rok	**Obszar**	**Płeć**	**Miasto/wieś**	**Grupa wiekowa**	**Grupa chorób**	**Liczba świadczeń**	**Udział procentowy w świadczeniach**
2023	lubuskie	razem	razem	(7-18]	E66 Otyłość	**902**	22
2023	lubuskie	razem	razem	(7-18]	E65 Otyłość miejscowa	5	0

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych.

W tabeli *Infografika 5* przedstawione zostały dane Narodowego Funduszu Zdrowia od roku 2022 do września 2025 roku dotyczące liczby dzieci z województwa lubuskiego leczonej na otyłość (włączając pacjentów leczonych poza województwem).

Infografika 5

Rodzaj świadczeń	2022	2023	2024	2025 (I półrocze)
Podstawowa Opieka Zdrowotna	654	705	725	443
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	172	186	144	49
Lecznictwo szpitalne				3
Rehabilitacja lecznicza	3	3	1	
Świadczenia odrębnie kontraktowane	1	2	11	2

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia – Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze.

Z raportu Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z 2025 roku wynika, że aż 64,7% osób zamieszkujących województwo lubuskie boryka się z nadwagą lub otyłością. Jest to wynik nieznacznie wyższy od średniej krajowej, która wynosi 64,5%. Dane zostały opracowane na podstawie informacji przekazanych przez lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W okresie od stycznia do lipca 2025 r. do NFZ trafiły dane dotyczące wzrostu i masy ciała ponad 360 tysięcy dorosłych mieszkańców regionu. Najlepszą sytuację odnotowano w powiecie krośnieńskim – nadmierną masę ciała stwierdzono tam u 62,3% mieszkańców. Najtrudniej jest natomiast w powiecie sulęcińskim, gdzie ten odsetek sięga 67,52%. Wysokie wskaźniki odnotowano także w powiatach gorzowskim (67,13%) i żagańskim (67,11%). Również w największych miastach województwa dane nie są optymistyczne. W Gorzowie Wielkopolskim nadwagę lub otyłość ma 64% mieszkańców, natomiast w Zielonej Górze – 60,4%. Dla porównania, najmniejszy odsetek osób z nadmierną masą ciała w Polsce zaobserwowano w Poznaniu i wynosi on 55,8%. W województwie lubuskim nadwagę ma 134 834 osób, a na otyłość cierpi 100 449 pacjentów. Prawidłową masę ciała utrzymuje 121 560 mieszkańców, natomiast niedowagę zdiagnozowano u 6 442 osób.[20]

[20] https://lci-lubuskie.pl/2025/10/19/nfz-alarmuje-ponad-polowa-mieszkancow-ma-nadwage-lub-otylosc/

Na poziomie ogólnopolskim sytuacja również pozostaje niepokojąca. Szacuje się, że nadmierna masa ciała dotyczy około 10% dzieci w wieku 1–3 lat, 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym oraz blisko 22% młodzieży do 15. roku życia. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że problem nadwagi dotyczy już 31% chłopców i 20% dziewczynek, a otyłość występuje odpowiednio u 13% i 5% dzieci. Jednocześnie tempo przyrostu masy ciała wśród polskich dzieci należy do najwyższych w Europie, co oznacza, że województwo lubuskie funkcjonuje w szerszym, niekorzystnym kontekście krajowym. Warto podkreślić, że region ten od lat należy do województw o najwyższym odsetku osób z nadwagą i otyłością, co potwierdzają zarówno dane NFZ, jak i ustalenia Najwyższej Izby Kontroli.

Analizując problem w szerszym, europejskim kontekście, należy odwołać się do wyników badań WHO COSI. Badanie COSI, zainicjowane przez WHO w 2007 roku, ma na celu monitorowanie występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 6–9 lat oraz analizę ich stylu życia, w tym zachowań żywieniowych, poziomu aktywności fizycznej, aktywności siedzącej oraz czynników środowiskowych w rodzinie i szkole. Polska włączyła się w projekt po raz pierwszy w latach 2015–2017. Dane reprezentatywne dla poszczególnych krajów są gromadzone zgodnie z jednolitym protokołem badawczym. W latach 2022–2024 przeprowadzono szóstą rundę badania, w której uczestniczyło 48 krajów, głównie z regionu europejskiego, a ostateczne dane uzyskano z 37 krajów obejmujących około 470 tysięcy dzieci.[21]
W krajach uczestniczących w badaniu COSI 2022–2024 25% dzieci w wieku 7–9 lat miało nadmierną masę ciała, w tym 10% było otyłych. Zidentyfikowano istotne różnice między krajami – częstość występowania nadwagi wahała się od 9% do 42%, a otyłości od 3% do 20%. Polska znalazła się w grupie krajów o jednym z najwyższych odsetków nadwagi i otyłości wśród dzieci wczesnoszkolnych, co dodatkowo potwierdza, że sytuacja obserwowana w województwie lubuskim wpisuje się w niekorzystny trend europejski, choć w regionie przyjmuje ona szczególnie nasilony charakter. F (2018–2020) nie zaobserwowano istotnych zmian u chłopców, natomiast u dziewcząt odnotowano niewielki, nieistotny statystycznie wzrost (o 1,2 punktu procentowego). Około połowę dzieci z nadmierną masą ciała stanowią osoby otyłe (15%), częściej chłopcy (19%) niż dziewczęta (11%). Wzrost otyłości u obu płci

[21] WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024.

był nieistotny statystycznie (chłopcy +1,1 punktu procentowego, dziewczęta +1,3 punktu procentowego).

Potwierdzeniem danych COSI dotyczących nadmiernej masy ciała dzieci w Polsce są wyniki krajowego badania DINO-PL (Diagnoza–Interwencja–Nadciśnienie–Otyłość), realizowanego przez Instytut Matki i Dziecka w latach 2022–2023. Badanie miało na celu wczesną diagnozę i interwencję w zakresie nadwagi, otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego w populacji dzieci w wieku 7–9 lat. Analizowano również zachowania żywieniowe i styl życia dzieci. Odsetek dzieci z nadwagą i otyłością wzrastał wraz z wiekiem: 27,6% wśród 7-latków, 32,5% wśród 8-latków i 34,8% wśród 9-latków, przy czym w każdej grupie nadmierna masa ciała częściej dotyczyła chłopców. Ponadto odnotowano, że u 23,5% 7-latków, 26,1% 8-latków i 29,2% 9-latków obwód talii wskazywał na niekorzystną lokalizację tkanki tłuszczowej (tzw. otyłość brzuszną).

COSI wykazało również obecność podwyższonego ciśnienia tętniczego (w tym wartości wskazujących na nadciśnienie): skurczowego u 24,2% 7-latków, 30% 8-latków i 32,9% 9-latków, oraz rozkurczowego odpowiednio u 23,9%, 25% i 23,1% dzieci. Analiza trendów w latach 2016–2022/2023 wykazała wzrost nadwagi i otyłości do 2021 roku, a w 2022/2023 – niewielki spadek, choć wartości pozostały wyższe niż przed pandemią COVID-19. W przypadku ciśnienia tętniczego zaobserwowano natomiast stabilizację odsetka dzieci z podwyższonymi wartościami w 2022/2023.[22]

W 2022 roku – według danych NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC organizacja współpracująca z WHO) – nadwagę stwierdzono u 15,87% polskich dzieci w wieku szkolnym 5–19 lat, a otyłość u 7,11%.[23]

Dane z szóstej rundy badania COSI oraz badania DINO-PL wskazują, że nadwaga i otyłość wśród dzieci stanowią istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Aktualne informacje sugerują, że pandemia COVID-19 mogła pogłębić problem w niektórych krajach. W celu skutecznej kontroli nadwagi i otyłości u dzieci niezbędne są kompleksowe strategie obejmujące tworzenie środowisk sprzyjających zdrowemu stylowi życia z odpowiednią dietą i regularną aktywnością fizyczną

[22] https://ncez.pzh.gov.pl/dzieci-i-mlodziez/dzieci-przedszkolne-i-szkolne/nadwaga-i-otylosc-dzieci-w-wieku-wczesnoszkolnym-czy-cos-sie-zmienilo/#:~:text=8%2Dlatk%C3%B3w%20i%20u%2032%2C9%25%209%2Dlatk%C3%B3w%2C%20za%C5%9B%20w,wieku%20odpowiednio%20u%2023%2C9%25%2C%2025%25%20i%2023%2C1%25

[23] https://www.aotm.gov.pl/aktualnosci/najnowsze/modelowe-rozwiazanie-dla-jst-dot-profilaktyki-nadwagi-i-otylosci-wsrod-dzieci-w-wieku-szkolnym-nowa-rekomendacja-prezesa-aotmit/

zarówno wśród dzieci, jak i młodzieży, a także u dorosłych, szczególnie kobiet planujących ciążę, w ciąży i karmiących.

Jeszcze bardziej alarmująco przedstawia się skala problemu w ujęciu globalnym. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2022 roku około jedna ósma populacji świata żyła z otyłością. Od 1990 roku częstość występowania otyłości u dorosłych ponad dwukrotnie wzrosła, a wśród nastolatków – czterokrotnie. W 2022 roku na świecie było około 2,5 miliarda dorosłych osób z nadmierną masą ciała, w tym 890 milionów z otyłością, co odpowiada 43% populacji dorosłych. W 2024 roku nadwagę miało 35 milionów dzieci poniżej piątego roku życia, a wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat liczba osób z nadwagą przekroczyła 390 milionów, w tym 160 milionów z otyłością.[24] Badacze przewidują, że do 2030 roku na całym świecie otyłość dotknie ponad 100 milionów dzieci w wieku od 5 do 9 lat i 150 milionów nastolatków w wieku 10-19 lat. To prawie 13% wszystkich dzieci i młodzieży na całym świecie. Wśród dzieci zwiększy się liczba schorzeń związanych z otyłością.[25]

Analiza dostępnych danych epidemiologicznych wskazuje, że otyłość dzieci i młodzieży w województwie lubuskim ma charakter narastającego problemu zdrowotnego, powiązanego z niskim poziomem aktywności fizycznej oraz wysokim odsetkiem nadmiernej masy ciała w populacji dorosłych. Uwarunkowania te zwiększają ryzyko utrwalania otyłości w kolejnych etapach życia oraz występowania powikłań zdrowotnych już w wieku rozwojowym. Skala zjawiska uzasadnia potrzebę wzmocnienia i rozszerzenia systemowego wsparcia w regionie w zakresie leczenia otyłości w wieku rozwojowym. Konieczne jest wprowadzenie spójnych działań profilaktycznych, edukacyjnych i środowiskowych. Skuteczne wsparcie powinno obejmować zarówno interwencje medyczne, jak i działania ukierunkowane na trwałą zmianę stylu życia dzieci i ich rodzin.

[24] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
[25] https://mamaginekolog.pl/dziecko/zdrowie-dziecka/nadwaga-i-otylosc-u-dzieci-w-polsce-statystki-konsekwencje-i-choroby/

I.3. Opis obecnego postępowania

Według raportu NFZ, Polska zanotowała wzrost średniego BMI z poziomu 25,5 kg/m² w 1996 r. do poziomu ponad 27,3 kg/m² w 2016 roku. Otyłość wśród dzieci i młodzieży również będzie się pogłębiać z roku na rok.[26] W odpowiedzi na ten problem, NFZ realizuje program pilotażowy „Health4EU Kids", którego celem jest promowanie zdrowego stylu życia w rodzinach oraz zapobieganie otyłości. Program oparty jest na fińskim modelu „Smart Family" i ma na celu wspieranie pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych pracowników służby zdrowia w prowadzeniu rozmów z rodzinami na temat zdrowych nawyków żywieniowych i stylu życia.

W **Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025** ujęty został cel operacyjny „profilaktyka nadwagi i otyłości", w ramach którego sporządzono wykaz zadań obejmujący realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających nadwadze i otyłości społeczeństwa (w tym dzieci i młodzieży). W wykazie znalazło się m.in.: prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej; kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowia; promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży; działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych.[27]

Podejmowanie wszelkich działań w tym zakresie jest istotne, ponieważ skuteczne leczenie otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce wymaga znaczącego wsparcia systemowego. Napotyka ono liczne bariery o charakterze zarówno organizacyjnym, jak i technicznym. W wymiarze organizacyjnym kluczowym problemem jest ograniczona liczba wyspecjalizowanych ośrodków i poradni zajmujących się kompleksowym leczeniem otyłości, a także długi czas oczekiwania na wizyty u specjalistów, takich jak dietetycy, endokrynolodzy czy lekarze chorób metabolicznych. Dodatkowo, brak jednolitego systemu koordynacji opieki nad pacjentem z otyłością oraz niewystarczające finansowanie świadczeń w tym zakresie skutkują niską dostępnością usług medycznych, szczególnie w mniejszych miejscowościach.

---

[26] www.nfz.gov.pl

[27] file:///C:/Users/m.filipiuk/Downloads/20221128_NPZ_2021_2025.pdf: Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r.

Dostępność świadczeń w poradniach chorób metabolicznych dla dzieci w Polsce jest bardzo ograniczona. Analiza dostępnych terminów wizyt poprzez stronę NFZ[28] wskazuje, że czas oczekiwania na wizytę w tego typu placówkach jest znacząco wydłużony, co utrudnia wczesne leczenie zaburzeń metabolicznych u dzieci. Może to świadczyć o niewystarczającej liczbie świadczeniodawców lub ograniczonej dostępności kadry specjalistycznej.

Województwo lubuskie należy do regionów o najtrudniejszej sytuacji w zakresie dostępności specjalistycznej opieki metabolicznej i endokrynologicznej. W tym województwie, podobnie jak w dziewięciu innych, nie odnotowano dostępnych terminów wizyt w poradniach chorób metabolicznych dla dzieci.

Infografika 6



Źródło: https://terminyleczenia.nfz.gov.pl

Sytuacja ta w istotny sposób ogranicza możliwość wczesnej diagnostyki i leczenia zaburzeń metabolicznych, w tym otyłości i cukrzycy, już na etapie wieku rozwojowego.

[28]https://terminyleczenia.nfz.gov.pl

Długi czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chorób metabolicznych stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia dzieci i młodzieży, zwłaszcza w kontekście rosnącej częstości występowania otyłości i jej powikłań metabolicznych.

Sytuacja w pozostałych województwach również jest dramatyczna. W województwie kujawsko-pomorskim dostępna jest poradnia chorób metabolicznych dla dzieci, jednak średni czas oczekiwania na konsultację specjalistyczną wynosi około 12 miesięcy w przypadku stabilnym, natomiast również długo, bo aż 9 miesięcy w przypadku pilnym.

Infografika 7



Źródło: https://terminyleczenia.nfz.gov.pl

W województwie małopolskim czas oczekiwania na konsultację w Poradni Chorób Metabolicznych i Innych Chorób Rzadkich Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie wynosi nawet około dwóch lat, co czyni ten region jednym z najmniej dostępnych w kraju pod względem świadczeń w tym zakresie.

W województwie mazowieckim średni czas oczekiwania jest znacznie krótszy i wynosi około czterech miesięcy, jednak liczba miejsc udzielających świadczeń w tym zakresie pozostaje nadal niewystarczająca w stosunku do potrzeb populacji dziecięcej.

W województwie podlaskim pacjenci oczekują średnio około 1,5 roku na wizytę w Poradni Chorób Metabolicznych dla Dzieci Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku.

Infografika 8



Źródło: https://terminyleczenia.nfz.gov.pl

Podczas próby analizy aktualnego stanu dostępności poradni leczenia otyłości w województwie śląskim stwierdzono znaczące opóźnienia w terminach udzielania świadczeń. We wrześniu 2025 r. wyszukiwanie dostępnych terminów dla Poradni Chorób Metabolicznych dla Dzieci wykazało najbliższy możliwy termin dopiero na 28 sierpnia 2027 r.(w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. Św. Jana Pawła II, Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 6), co daje 2 lata oczekiwania na wizytę. Tak długi czas oczekiwania wskazuje na ograniczoną dostępność świadczeń specjalistycznych w regionie i może mieć istotny wpływ na profilaktykę i leczenie otyłości dziecięcej.

Infografika 9



Źródło: https://terminyleczenia.nfz.gov.pl

Portal *Porozmawiajmy szczerze o otyłości* stworzył Mapę ośrodków leczenia otyłosci na terenie Polski. Na stronie https://www.ootylosci.pl zamieszczona została mapa gabinetów dostosowanych do diagnostyki i leczenia pacjentów chorych na otyłość. W Zielonej Górze funkcjonuje osiem placówek zajmujących się leczeniem otyłości, przy czym wszystkie należą do sektora prywatnego.

Problem z dostępnością do opieki specjalistycznej związanej z leczeniem nadwagi i otyłości jest szeroki, gdyż zjawisko nadmiernej masy ciała obejmuje

zarówno aglomeracje miejskie, jak i mniejsze miejscowości na terenie całego województwa. Problem dotyka zarówno dorosłych, jak i – w coraz większej skali – dzieci i młodzież. Znaczący odsetek uczniów badanych na terenie województwa lubuskiego określa swoją sylwetkę jako „zbyt grubą", co jest szczególnie widoczne w powiecie strzelecko-drezdeneckim, gdzie najwyższy udział takich odpowiedzi wyniósł 58,3%.[29]

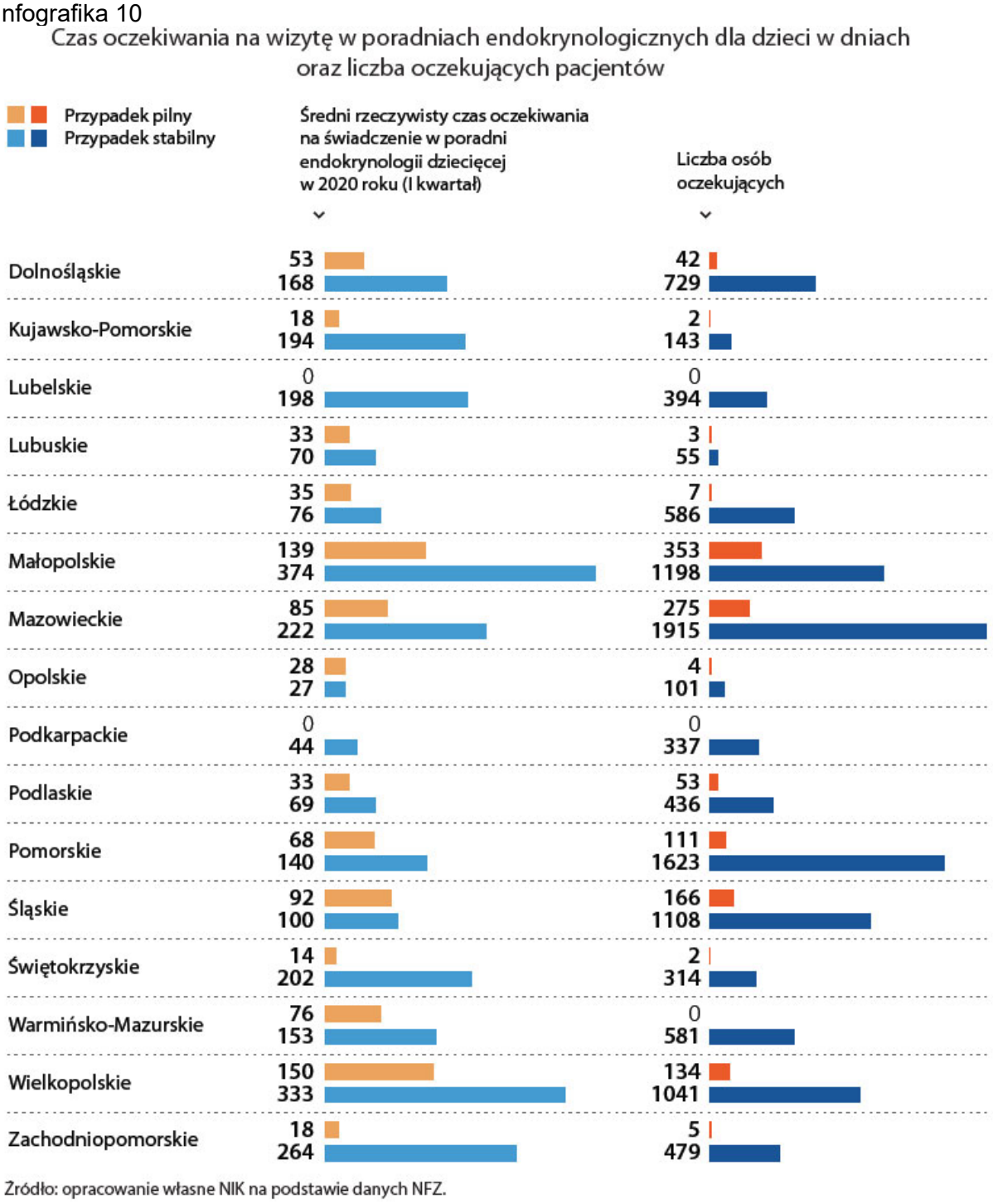
Leczenie otyłości u dzieci w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia obejmuje kilka możliwości, w tym: skierowanie od lekarza rodzinnego do specjalistów, udział w pilotażowych programach Ministerstwa Zdrowia, turnusy rehabilitacyjne w uzdrowiskach oraz leczenie w wyspecjalizowanych placówkach, takich jak Instytut „Pomnik–Centrum Zdrowia Dziecka".[30] Otyłość u dzieci może być także leczona podczas turnusów uzdrowiskowych, które obejmują zazwyczaj specjalistyczną dietę, ćwiczenia fizyczne, edukację zdrowotną oraz terapie wspomagające. Leczenie w ramach uzdrowiska jest finansowane przez NFZ. Warunkiem udziału w turnusie jest posiadanie wskazań medycznych do leczenia uzdrowiskowego oraz skierowania wystawionego przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalistę posiadającego umowę z NFZ. Aktywność fizyczna oferowana m.in. na tego typu turnusach jest bardzo istotna dla dzieci i młodzieży z województwa lubuskiego, gdyż ogółem zalecane kryteria umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej, wynoszącej co najmniej 60 minut dziennie (MVPA = 7 dni), spełnia jedynie 11,0% badanych uczniów ze szkół województwa lubuskiego.[31]

Również w poradniach endokrynologicznych w województwie lubuskim czas oczekiwania na wizytę dla pacjentów w stanie stabilnym jest bardzo wydłużony i wynosi 70 dni, czyli ponad dwa miesiące. Poradnie te pełnią istotną rolę w diagnostyce i leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży, zwłaszcza w przypadkach podejrzenia zaburzeń hormonalnych lub nieskuteczności standardowych metod postępowania, takich jak modyfikacja diety, zwiększenie aktywności fizycznej oraz wsparcie psychodietetyczne. Są one istotne, ponieważ otyłość w populacji

[29] Mazur, Joanna, Zbigniew Izdebski, red. 2025. *Jak żyje i co myśli o swoim zdrowiu młodzież szkolna? Badanie lubuskie 2024*, 2025. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.
[30] https://czd.pl/aktualnosci/program-leczenia-otylosci-plo.
[31] Mazur, Joanna, Zbigniew Izdebski, red. 2025. *Jak żyje i co myśli o swoim zdrowiu młodzież szkolna? Badanie lubuskie 2024*, 2025. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski, s. 144.

pediatrycznej ma charakter wieloczynnikowy, a u części pacjentów może współwystępować z zaburzeniami funkcjonowania układu endokrynnego. Konsultacja endokrynologiczna jest zalecana, gdy mimo stosowania zaleceń terapeutycznych nie obserwuje się redukcji masy ciała, a także w sytuacjach szybkiego lub niewyjaśnionego przyrostu masy ciała, nieadekwatnego do stylu życia i spożycia energii.

Infografika 10



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W przypadku dzieci i młodzieży szczególną uwagę zwraca się również na dodatkowe objawy sugerujące zaburzenia hormonalne, takie jak przewlekłe zmęczenie, nadmierna senność, suchość skóry, obrzęki czy wahania nastroju. Ważnym sygnałem alarmowym są nieprawidłowości w tempie wzrastania oraz zaburzenia dojrzewania płciowego, w tym opóźnione lub przedwczesne dojrzewanie, a u dziewcząt również zaburzenia miesiączkowania. Dodatkowo, istotnym czynnikiem ryzyka mogą być choroby endokrynologiczne występujące w rodzinie, takie jak choroby tarczycy, cukrzyca typu 1 i 2 czy zespół policystycznych jajników, a także współistnienie zaburzeń metabolicznych, m.in. nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych oraz stanów zaburzonej gospodarki węglowodanowej.

Rola endokrynologa w opiece nad dzieckiem z otyłością obejmuje przede wszystkim przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki, w tym szczegółowego wywiadu, oceny dynamiki wzrastania i rozwoju płciowego oraz zlecenia odpowiednich badań laboratoryjnych i obrazowych. Badania te mogą obejmować ocenę funkcji tarczycy, oznaczenie stężenia glukozy i insuliny, ocenę wydzielania kortyzolu, analizę składu ciała czy ultrasonografię tarczycy. Celem diagnostyki jest potwierdzenie lub wykluczenie endokrynologicznych przyczyn nadmiernej masy ciała.

W przypadku rozpoznania zaburzeń hormonalnych endokrynolog dobiera właściwe leczenie, które pozwala na wyrównanie stwierdzonych nieprawidłowości. Należy jednak podkreślić, że sama terapia farmakologiczna ma zwykle ograniczony wpływ na redukcję masy ciała, a kluczowe znaczenie pozostaje po stronie trwałej zmiany nawyków żywieniowych, zwiększenia aktywności fizycznej oraz wsparcia psychologicznego. Dlatego opieka nad dzieckiem lub nastolatkiem z otyłością wymaga podejścia interdyscyplinarnego, obejmującego współpracę z dietetykiem, psychologiem, fizjoterapeutą, a w wybranych przypadkach również specjalistami chirurgii bariatrycznej. Takie całościowe ujęcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego umożliwia dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb młodego pacjenta i jego rodziny, zwiększając skuteczność terapii i poprawiając rokowanie długoterminowe.

Mapy potrzeb zdrowotnych potwierdzają, że cukrzyca również stanowi jedno z kluczowych obciążeń zdrowotnych województwa lubuskiego. W regionie odnotowano 437 hospitalizacji dorosłych z powodu ostrych powikłań cukrzycy. Hospitalizacje te realizowane były w 17 szpitalach (przy czym zdecydowana większość świadczeń realizowana była w oddziałach chorób wewnętrznych – 81%),

co wskazuje na powszechny charakter problemu w regionalnym systemie ochrony zdrowia. Dane dotyczące hospitalizacji z powodu cukrzycy w województwie lubuskim – przytoczone w *Podsumowaniu mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa lubuskiego w zakresie 30 grup chorób* – wskazują na istotne obciążenie systemu ochrony zdrowia chorobami metabolicznymi, których rozwój w dużym stopniu związany jest z występowaniem nadwagi i otyłości.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że cukrzyca bardzo często współwystępuje z otyłością – w skali kraju aż 24% hospitalizacji z cukrzycą dotyczyło pacjentów z rozpoznaniem otyłości (E66). Otyłość jest jednym z głównych, modyfikowalnych czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń lipidowych, które również często towarzyszą hospitalizacjom pacjentów diabetologicznych.

Szczególnie niepokojąca jest sytuacja w populacji dzieci i młodzieży. Z **Mapy potrzeb zdrowotnych** wynika, iż w województwie lubuskim odnotowano 160 hospitalizacji dzieci z powodu cukrzycy, z czego aż 17% dotyczyło ostrych powikłań, takich jak kwasica ketonowa czy śpiączka cukrzycowa.[32] Jednocześnie obserwuje się rosnącą liczbę dzieci wymagających intensywnej insulinoterapii, w tym leczenia z wykorzystaniem pomp insulinowych.

Wysoki odsetek współwystępowania cukrzycy z innymi zaburzeniami metabolicznymi potwierdza kluczową rolę otyłości jako czynnika ryzyka rozwoju i progresji cukrzycy oraz jej powikłań. W kontekście tych danych kluczowa dla prewencji rozwoju cukrzycy wśród dzieci i młodzieży z województwa lubuskiego jest profilaktyka otyłości dla ww. populacji.

W aspekcie technicznym istotną barierą są ograniczenia infrastrukturalne placówek medycznych. Wiele urządzeń diagnostycznych, takich jak tomografy komputerowe, rezonanse magnetyczne czy aparaty rentgenowskie, posiadają ograniczenia wagowe stołów i wymiarowe pola obrazowania, co uniemożliwia lub utrudnia wykonanie badania u osób z otyłością olbrzymią. W przypadku zdjęć rentgenowskich konieczne jest zastosowanie dłuższego czasu naświetlania, gdyż promieniowanie musi przeniknąć przez większą ilość tkanki tłuszczowej, co obniża jakość obrazu i może zwiększać dawkę promieniowania. Podobne problemy dotyczą

[32] *Podsumowaniu mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa lubuskiego w zakresie 30 grup chorób,* Efektywne działanie przez mapowanie, Ministerstwo Zdrowia, 2019.

także procedur ultrasonograficznych – nadmierna ilość tkanki tłuszczowej ogranicza możliwość uzyskania czytelnego obrazu struktur narządowych.[33]
Kolejnym utrudnieniem jest niedostosowanie sprzętu medycznego (np. łóżek, stołów zabiegowych, foteli stomatologicznych czy aparatów anestezjologicznych) do potrzeb pacjentów z otyłością. Bariery te powodują, że osoby z nadmierną masą ciała często napotykają na niższy komfort i bezpieczeństwo diagnostyki oraz leczenia, co może prowadzić do unikania kontaktu z systemem ochrony zdrowia.

I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu.

Otyłość dzieci i młodzieży stanowi jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnej pediatrii. Wzrost występowania, wielonarządowe powikłania oraz wysokie ryzyko utrzymywania się w dorosłości czynią ją jednym z kluczowych wyzwań zdrowia publicznego XXI wieku, tak w skali globalnej, jak i regionalnej.

Dane z Mapy potrzeb zdrowotnych wskazują jednoznacznie, że otyłość w wieku rozwojowym istotnie zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 oraz sprzyja wcześniejszemu występowaniu powikłań sercowo-naczyniowych i metabolicznych. Skuteczna strategia ograniczania zachorowalności na cukrzycę oraz choroby współistniejące, w tym otyłość, wymaga wzmocnienia działań ukierunkowanych na profilaktykę i leczenie otyłości oraz nadwagi już od wieku dziecięcego. Kluczowe znaczenie dla poprawy długoterminowych wskaźników zdrowotnych populacji województwa lubuskiego ma w szczególności edukacja zdrowotna, promocja aktywności fizycznej, wczesne wykrywanie nadwagi oraz zapewnienie dostępu do specjalistycznego wsparcia dietetycznego oraz psychologicznego dzieci i młodzieży. Niezbędne jest wdrażanie spójnych strategii profilaktycznych oraz wspieranie trwałych, prozdrowotnych nawyków wśród dzieci, młodzieży, a także ich rodzin.

[33] Kowalski, P., & Nowak, A. (2020). *Otyłość, zdrowie, zrównoważony rozwój.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIK I EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

II.1. Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród 40% dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat uczestniczących w Programie.

II.2. Cele szczegółowe

1. Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania Programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki otyłości, wśród 70% uczestników działań edukacyjnych.
2. Zmiana w trakcie trwania Programu nieprawidłowych nawyków żywieniowych wśród 60% uczestników Programu.
3. Zwiększenie w trakcie trwania Programu poziomu aktywności fizycznej wśród 60% uczestników Programu.

Sprecyzowanie poziomu osiągnięcia ww. celów: głównego oraz szczegółowych poprzez podanie konkretnych docelowych założeń ilościowych wymaga arbitralnego przyjęcia określonych wartości, dla których szanse osiągnięcia trudno na wstępie realistycznie oszacować. Wzięto pod uwagę relatywnie krótki czas interwencji oraz specyfikę grupy docelowej.

II.3. Mierniki efektywności

Miernik dla celu Głównego:

Odsetek dzieci i młodzieży włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku).

W ramach Programu pomiary antropometryczne należy wykonać dwukrotnie. Sposób weryfikacji osiągnięcia celu szczegółowego polega na porównaniu wyników pomiaru wzrostu i masy ciała oraz wartości centyla BMI na pierwszej i ostatniej wizycie.

Należy dokonać końcowego pomiaru, aby osiągnąć założony wskaźnik.

Mierniki dla celów szczegółowych:

1 Odsetek osób, u których w post-teście (Załącznik nr 3) utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Załącznik nr 2).
2 Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych, na podstawie kwestionariusza nawyków żywieniowych (Załącznik nr 6) , w porównaniu do wyników uzyskanych na pierwszej wizycie. Należy dokonać końcowego pomiaru, aby osiągnąć założony wskaźnik.
3 Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej, na podstawie kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej (Załącznik nr 5), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas pierwszej wizyty. Należy dokonać końcowego pomiaru, aby osiągnąć założony wskaźnik.

Sposób pomiaru osiągnięcia celu szczegółowego nr 1 polega na ocenie wyników testu wiedzy dotyczącej profilaktyki nadwagi i otyłości poprzez porównanie wyniku procentowego uzyskanego w pre-teście oraz post-teście.

Poziom osiągnięcia wskaźników nr 2 i 3 mierzony jest na podstawie porównania zwalidowanych kwestionariuszy wypełnianych dwukrotnie na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu dietetycznego oraz ruchowego.

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI

III.1. Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat - mieszkańców województwa lubuskiego.

Warunkiem uczestnictwa w Programie jest spełnienie przesłanki wykluczenia społecznego określone w *Wytycznych dotyczących realizacji działań w obszarze włączenia społecznego oraz innych obowiązujących dokumentach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)*, w szczególności odnoszących się do identyfikacji osób zagrożonych ubóstwem, wykluczeniem społecznym oraz posiadających ograniczony dostęp do usług publicznych (w tym osoby z niepełnosprawnością oraz zamieszkujące obszary wiejskie).[34] W Programie założono udział 402 osób.

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z Programu polityki zdrowotnej.

Za populację kwalifikującą się do udziału w PPZ uznaje się osoby, które:

- spełniają wszystkie kryteria włączenia, oraz
- nie spełniają żadnego kryterium wyłączenia.

1. Etap II: Edukacja

Kryteria włączenia:

- dzieci i młodzież w wieku 6–18 lat
- rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych PPZ
- przesłanki wykluczenia społecznego określone w Wytycznych dotyczących realizacji działań w obszarze włączenia społecznego oraz innych obowiązujących dokumentach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

Kryteria wyłączenia:

- brak.

[34] Program będzie realizowany w ramach Działania FELB.06.13, Typ projektu V - Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027.

2. Etap III: Badanie przesiewowe

Kryteria włączenia:

- wiek 6–18 lat,
- pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na udział dziecka w PPZ.

Kryteria wyłączenia:

- leczenie z powodu otyłości w ramach świadczeń NFZ,
- niespełnienie któregokolwiek z kryteriów włączenia.

3. Etap IV: Interwencja multikomponentowa

Kryteria włączenia:

- wiek 6–18 lat,
- BMI ≥ 97. centyla dla płci i wieku,
- w przypadku dostępnych środków finansowych – BMI ≥ 90. centylu dla płci i wieku,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział w PPZ,
- udział rodziców/opiekunów prawnych dzieci zakwalifikowanych do interwencji (jako osoby towarzyszące).

Kryteria wyłączenia:

- leczenie z powodu otyłości w ramach świadczeń NFZ,
- opieka specjalistyczna z powodu choroby przewlekłej,
- indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji,

niespełnienie któregokolwiek z kryteriów włączenia.

1. Etap II: Edukacja

Kryteria włączenia:

- dzieci i młodzież w wieku 6–18 lat
- rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych PPZ
- przesłanki wykluczenia społecznego określone w Wytycznych dotyczących realizacji działań w obszarze włączenia społecznego oraz innych obowiązujących dokumentach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

Kryteria wyłączenia:

- brak.

2. Etap III: Badanie przesiewowe
Kryteria włączenia:

- wiek 6–18 lat,
- pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na udział dziecka w PPZ.

Kryteria wyłączenia:

- leczenie z powodu otyłości w ramach świadczeń NFZ,
- niespełnienie któregokolwiek z kryteriów włączenia.

3. Etap IV: Interwencja multikomponentowa
Kryteria włączenia:

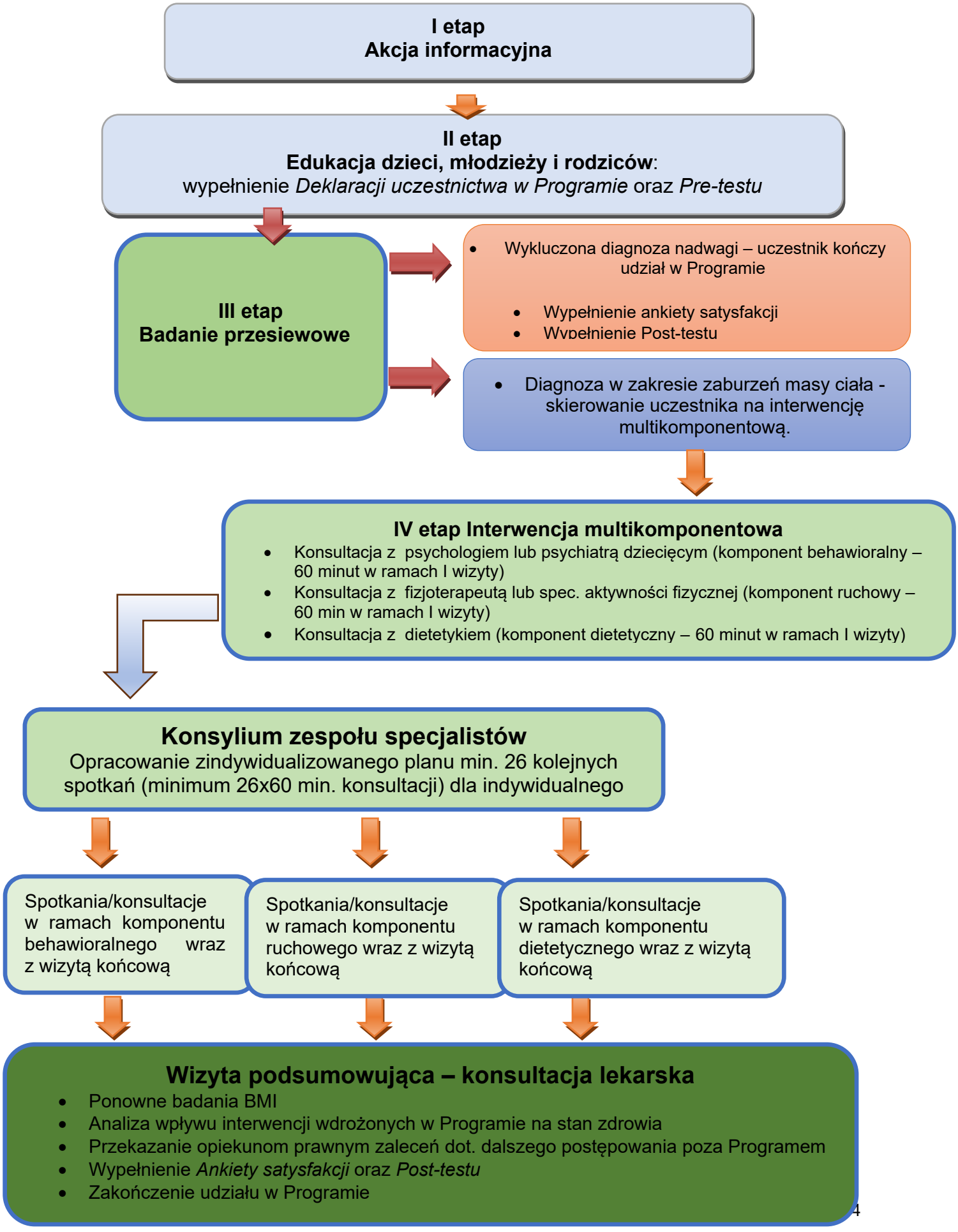
- wiek 6–18 lat,
- BMI ≥ 97. centyla dla płci i wieku,
- w przypadku dostępnych środków finansowych – BMI ≥ 90. centylu dla płci i wieku,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział w PPZ,
- udział rodziców/opiekunów prawnych dzieci zakwalifikowanych do interwencji (jako osoby towarzyszące).

Kryteria wyłączenia:

- leczenie z powodu otyłości w ramach świadczeń NFZ,
- opieka specjalistyczna z powodu choroby przewlekłej,
- indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji,

niespełnienie któregokolwiek z kryteriów włączenia.

III.3. Planowane interwencje



Etap I. Akcja informacyjna:
Cel: promocja Programu na terenie gmin i powiatów wśród mieszkańców.

Realizator samodzielnie dobiera narzędzia i metody prowadzenia kampanii informacyjnej dotyczącej Programu, przy czym zaleca się, aby działania te zapewniały mieszkańcom łatwy dostęp do kluczowych informacji o jego założeniach. W tym celu warto wykorzystywać dostępne lokalne nośniki, takie jak prezentacje wyświetlane w środkach komunikacji publicznej, publikacje w lokalnych portalach informacyjnych oraz w aplikacjach dla mieszkańców, a także oficjalne profile jednostek samorządu terytorialnego w mediach społecznościowych, strony internetowe czy biuletyny informacyjne.
Realizatorzy Programu są jednocześnie zobowiązani do aktywnej promocji wśród potencjalnych uczestników poprzez współpracę z placówkami oświatowymi (m.in. podczas zebrań szkolnych i spotkań z rodzicami lub nauczycielami) oraz przekazywanie szczegółowych informacji o zasadach uczestnictwa, organizacji Programu, jego korzyściach zdrowotnych i edukacyjnych oraz kryteriach kwalifikacji.

Etap II. Edukacja:
Cel: wzrost wiedzy nt. profilaktyki nadwagi i otyłości w populacji docelowej.

Działania edukacyjne powinny być dostosowane do potrzeb i możliwości grupy docelowej, tak aby przekaz był jasny i zrozumiały. Forma i treść zajęć realizowanych w ramach Programu muszą uwzględniać wiek rozwojowy dzieci, ich możliwości poznawcze oraz preferowane style uczenia się.

Edukacja powinna skupiać się na profilaktyce nadwagi i otyłości i obejmować m.in.:

- rozpoznanie czynników ryzyka nadwagi i otyłości,
- zagrożenia zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości,
- naukę prawidłowego odczytywania etykiet żywności,
- kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych (np.: Zasada 5-2-1-0, Talerz Zdrowego Żywienia),
- promocję aktywności fizycznej i wspieranie jej utrzymania na właściwym poziomie,
- promocję odpowiedniej dla wieku długości snu,
- informowanie o zaleceniach dotyczących czasu spędzanego przed urządzeniami elektronicznymi (telefony, telewizory, komputery).

Edukacja kierowana do rodziców lub/i opiekunów prawnych dzieci powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, aktywność fizyczna) oraz kontroli rodzicielskiej. Rodzice/opiekunowie prawni powinni być poinformowani, że każde dziecko z BMI ≥85. centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi lub otyłości.

Edukacja w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości powinna integrować różnorodne metody i narzędzia przekazu, umożliwiające aktywne angażowanie uczniów oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.

W ramach Programu można zastosować następujące formy edukacji:

- zajęcia praktyczne – np. wspólne przygotowywanie zdrowych posiłków, lekcje gotowania, warsztaty kulinarne, przygotowanie tygodniowego jadłospisu dla całej rodziny, organizacja wspólnych ćwiczeń w przerwach szkolnych.
- grupowe spotkania edukacyjno-terapeutyczne z zakresu budowania kompetencji rodzicielskich, niezbędne do wprowadzania zmian prozdrowotnych w stylu życia, sposobów rozmowy z dzieckiem o nadmiarze masy ciała bez stygmatyzacji, budowaniu poczucia własnej wartości u dziecka w oparciu o inne wartości niż wygląd zewnętrzny, ale również zdrowy styl życia (odżywianie, aktywność fizyczna, sen, unikanie używek, ograniczanie czasu przed monitorem, zewnętrzne determinanty zdrowia np. foodmarketing),
- prelekcje ekspertów – spotkania z dietetykami, lekarzami,
- programy szkolne – włączanie treści o zdrowym żywieniu i aktywności fizycznej do zajęć lekcyjnych, projekty edukacyjne dla dzieci i młodzieży,
- pikniki rodzinne promujące aktywność fizyczną na świeżym powietrzu,
- gry edukacyjne i quizy w aplikacjach mobilnych – interaktywne narzędzia angażujące różne grupy wiekowe.

Edukacja powinna koncentrować się na motywacji dziecka do podjęcia próby redukcji masy ciała, ale także na zmianie nawyków żywieniowych całej rodziny. Promowanie zdrowego stylu życia poprzez edukację zdrowotną pożądane jest na każdym etapie realizacji Programu. Uczestnik kończący udział w Programie zobowiązany jest do wypełnienia Post-testu. Kampania informacyjno-edukacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej nt. profilaktyki nadwagi i otyłości z uwzględnieniem m.in. zdrowego żywienia, aktywności fizycznej, długości snu, szkodliwości konsumpcji produktów wysokoprzetworzonych itp.

W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy wykorzystać je w pierwszej kolejności (z uwzględnieniem praw autorskich) — dostęp z dnia 11.06.2025 r.:

Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, m.in.:

- https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-pandemia-wspolczesnych-czasow
- https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-u-dzieci-same-z-niej-nie-wyrosna
- https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/jesli-nie-kalorie-co
- https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zdrowe-zywienie-calej-rodziny
- https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/5-powodow-by-prowadzic-dzienniczek-zywieniowy
- https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/o-restrykcjach-w-diecie

Akademia NFZ, m.in.:

- https://akademia.nfz.gov.pl
- https://akademia.nfz.gov.pl/multimedia

Narodowy Fundusz Zdrowia:

- https://diety.nfz.gov.pl

Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej (NCEZ), m.in.:

- https://ncez.pzh.gov.pl
- https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia
- https://ncez.pzh.gov.pl/baza-wiedzy/?category=zdrowe-odchudzanie
- https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/12/Nadwaga-i-otylosc.-Malymi-Krokami-do-Zdrowia..pdf
- https://ncez.pzh.gov.pl/baza-wiedzy/?category=abc-zywienia
- https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/zasady-zdrowego-zywienia/normyzywieniowe-2024
- https://ncez.pzh.gov.pl/zdrowe-odchudzanie/jaka-dieta-w-otylosci-zalecenia-i-jadlospis-do-pobrania

---

Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne

- https://www.gov.pl/web/gis/stacje-sanitarno-epidemiologiczne

Efektywne programy edukacyjne przynoszą realne korzyści, poprawiają nawyki żywieniowe i zwiększają poziom aktywności fizycznej, co przekłada się na obniżenie ryzyka rozwoju otyłości. Dlatego edukacja zdrowotna powinna obejmować nie tylko osoby już zmagające się z tą chorobą, ale również całe otoczenie społeczne – rodziny, szkoły, miejsca pracy.[35]

Uczestnik przystępujący do Programu (w przypadku osoby niepełnoletniej – jej rodzic lub opiekun prawny) jest zobowiązany do wypełnienia Deklaracji uczestnictwa (Załącznik nr 1), w której m. in. oświadcza, iż *dziecko nie jest objęte specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń endokrynologicznych lub metabolicznych w ramach środków z Narodowego Funduszu Zdrowia*.

Warunkiem uczestnictwa w edukacji zdrowotnej jest wypełnienie pre-testu (Załącznik nr 2). Uczestnicy działań edukacyjnych, u których podczas I konsultacji lekarskiej wykluczono diagnozę nadwagi – kończący udział w Programie, zobowiązani są do wypełnienia post-testu (Załącznik nr 3). Celem testów jest ocena, czy realizowana edukacja zdrowotna doprowadziła do wzrostu lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy na temat zdrowego stylu życia. Każda prawidłowa odpowiedź będzie punktowana jako 1, natomiast odpowiedź nieprawidłowa – jako 0. Test będzie miał formę pytań jednokrotnego wyboru.

Uzyskanie powyżej 75% poprawnych odpowiedzi będzie oznaczało wysoki poziom wiedzy. Zakłada się, że u co najmniej 70% uczestników Programu nastąpi wzrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy.

Etap III. Badanie przesiewowe:
Cel: zidentyfikowanie uczestników z nadwagą lub otyłością.

Zakres działań:

1. Wizyta kwalifikacyjna (dziecko + rodzic/opiekun prawny):
   - przeprowadzenie krótkiego wywiadu z rodzicem/opiekunem prawnym dziecka ukierunkowanego m.in. na takie aspekty jak: historia rodziny,

[35] Kowalski, P., & Nowak, A. (2020). *Otyłość, zdrowie, zrównoważony rozwój.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

troska rodziców/opiekunów prawnych o masę ciała dziecka, choroby towarzyszące w tym metaboliczne, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, przyjmowane leki, ilość i jakość snu.

- przeprowadzenie badania przesiewowego –—zostanie oceniony stan ogólny dziecka, ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiarów antropometrycznych (masy ciała i wzrostu). Na ich podstawie zostanie obliczona wartość BMI, a uzyskane wyniki zostaną odniesione do obowiązujących siatek centylowych.

W przypadku wartości BMI w zakresie:

- 10.- 90. centyla dla wieku i płci wynik uznaje się za prawidłowy i oznacza to wykluczenie choroby.
- 90.- 97. centyla dla wieku i płci – jest to podstawa do rozpoznania nadwagi.
- > 97. centyla dla wieku i płci – jest podstawa do rozpoznania otyłości.

Na podstawie wyników badań przesiewowych zostanie wykluczona diagnoza nadwagi lub otyłości albo stwierdzone zaburzenie masy ciała u dziecka.

W przypadku dzieci, u których:

- wykluczona zostanie diagnoza nadwagi i otyłości – uczestnik otrzyma informacje o podstawowych metodach profilaktyki nadwagi i materiały edukacyjne. Ci uczestnicy kończą udział w Programie.
- zdiagnozowane zostaną zaburzenia masy ciała – uczestnik skierowany będzie na interwencję multikomponentową.

W celu wyeliminowania ryzyka podwójnego finansowania uczestnicy Programu, u których w okresie ostatniego miesiąca wykonano ocenę BMI w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa (NFZ), są zwolnieni z ponownego badania antropometrycznego. Warunkiem jest przedstawienie wyniku tego badania podczas wizyty kwalifikacyjnej.

Ponadto w celu uniknięcia podwójnego finansowania dzieci objęte specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń endokrynologicznych lub metabolicznych finansowaną ze środków NFZ również nie będą kwalifikowane do wsparcia w Programie (Załącznik nr 1, Deklaracja uczestnictwa – Oświadczenie rodzica). Jednocześnie, w procesie oceny stanu zdrowia dziecka w ramach

Programu należy mieć na uwadze obecność dodatkowych czynników ryzyka nadwagi i otyłości jak predyspozycje genetyczne, choroby współistniejące czy przyjmowanie leków wpływających na zwiększenie masy ciała (USPSTF 2024, RACGP 2024, AAP 2023, HAS 2023, NICE 2023, MQIC 2022a, MQIC 2022b, KSSO 2022, PTP/ PTOD/ PTEiD/ KLRwP/PTBnO 2022, ESPGHNCN 2021, UNICEF 2019, KSPGHAN 2019).

W sytuacji zakwalifikowania dziecka do udziału w Programie ustalane są terminy pierwszych trzech wizyt realizowanych w ramach interwencji multikomponentowej: behawioralnej, ruchowej i dietetycznej (każda wizyta trwa 60 minut).

Etap IV. Interwencja multikomponentowa:
Cel: spotkania (konsultacje) ze specjalistami w ramach trzech komponentów: behawioralnego, ruchowego i dietetycznego.
Specjaliści z ww. dziedzin tworzą zespół, w ramach którego po pierwszych konsultacjach z dzieckiem i jego rodzicem/opiekunem prawnym wspólnie ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań, który powinien obejmować co najmniej 26 godzin zegarowych konsultacji.
Po zakończeniu wszystkich konsultacji na podstawie indywidualnego planu spotkań u każdego uczestnika w ramach interwencji multikomponentowej realizowana jest wizyta podsumowująca wyniki przeprowadzonych działań.

1. Komponent behawioralny:
Cel: identyfikacja zaburzeń takich jak depresja, lęki, zaburzenia odżywiania, problemy z postrzeganiem własnego ciała, ocena przyczyn podjadania (np. nuda, stres, samotność), ocena nasilenia zachowań społecznych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza np. HBSC) , nauka technik ustanawiania celów, samokontroli, kontroli bodźców, pozytywne wzmocnienie, restrukturyzacja poznawcza, nauka asertywności, zdolności regulowania emocji, rozwiązywania problemów, kształtowania siły woli i odporności na stres.

Zakres działań:
1. Indywidualna konsultacja z psychologiem – pierwsza wizyta (dziecko +rodzic/opiekun prawny):

- wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie zachowań społecznych (na podstawie formularza np. HBSC),
- identyfikacja zaburzeń.

2. Opracowanie indywidualnego planu interwencji dla uczestnika tj. liczby godzin, formy i zakresu tematycznego (po konsultacjach zespołu ekspertów uczestniczących w interwencji multikomponentowej: psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk).
3. Kolejne indywidualne spotkania z psychologiem:
   - edukacja w obszarze psychologicznych aspektów otyłości, wpływu otyłości na funkcjonowanie somatyczne, roli rodzica/opiekuna prawnego w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia), oraz kontroli rodzicielskiej.
   - monitorowanie dziecka pod kątem problemów psychologicznych,
   - motywowanie dziecka i rodziców/opiekunów prawnych do pozostania w Programie,
   - docenianie starań dziecka i zachęcanie rodziców/opiekunów prawnych do dalszego kształtowania pożądanych wzorców zachowań.
4. Wizyta końcowa:
   - ponowne wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie zachowań społecznych (na podstawie formularza np. HBSC).
   - ocena efektów zdrowotnych (m.in. w zakresie wzmocnienia poczucia własnej wartości, siły woli, odporności na stres oraz radzenia z negatywnymi emocjami) i omówienie wyników kwestionariusza.
   - przekazanie dalszego sposobu postępowania oraz informacji o bezpłatnych formach wsparcia psychicznego dostępnych dla uczestnika poza Programem (w ramach NFZ).

2. Komponent ruchowy:

Cel: poprawa kondycji fizycznej, utrwalenie aktywnego stylu życia.

Zakres działań:

1. Indywidualna konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej – pierwsza wizyta (dziecko + rodzic/opiekun prawny):
   - przeprowadzenie krótkiego wywiadu na temat aktywności fizycznej, ze zwróceniem uwagi na: uczestnictwo dziecka w podejmowaniu tej aktywności

poza szkołą/zajęcia sportowe, codzienny minimalny czas poświęcony na aktywność ruchową, metody dotarcia do szkoły (pieszo, rower, hulajnoga, komunikacja miejska, samochód), czas spędzany na aktywnościach sedentarnych (TV, komputer, tablet itp.),

- wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej – Załącznik nr 5 (opracowanego na bazie pytań ze zwalidowanych formularzy takich jak HBSC, IPAQ),
- edukacja w zakresie codziennej aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz zachęcanie do aktywnego przemieszczania się pieszo lub na rowerze.
- poinstruowanie o sposobach wdrażania, początkowo 10 minut ćwiczeń aerobowych dziennie i stopniowego zwiększania czasu poświęcanego na ćwiczenia z tygodnia na tydzień (np. w formie jazdy na deskorolce, zajęć tanecznych, biegania, jazdy na rowerze, szybkiego chodu) lub dzielenia podejmowanej aktywności na mniejsze składowe trwające łącznie co najmniej 60 minut dziennie (np. chodzenie przez 10 minut, wchodzenie po schodach, gry sportowe, zabawy, prace domowe),
- informowanie, że docelowa pojedyncza sesja aktywności powinna trwać co najmniej 60 minut,
- przekazanie zaleceń dotyczących codziennych ćwiczeń , uwzględniając przy tym aktywności, które łatwo wdrożyć do życia codziennego, a także preferencje i możliwości dziecka.

2. Opracowanie indywidualnego planu interwencji dla uczestnika tj. liczby godzin, formy i zakresu tematycznego (po konsultacjach zespołu ekspertów uczestniczących w interwencji multikomponentowej: psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk).

3. Kolejne indywidualne spotkania ze specjalistą aktywności fizycznej mogą uwzględniać np.:

- przypisanie dziecka do ćwiczeń indywidualnych lub zajęć grupowych (w grupach jednorodnych pod względem poziomu wydolności, stopnia otyłości i stanu zdrowia dziecka zgodnie z ustaleniami w ramach zespołu specjalistów),
- monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości,

- równoległe prowadzenie instruktażu dziecka i rodziców w zakresie ćwiczeń możliwych do wykonania w warunkach domowych oraz omówienie sposobu kontroli postępów (aktywność dopasowana do możliwości uczestnika, optymalnie 5 razy w tygodniu),

- omawianie z rodzicami/opiekunami prawnymi efektów prowadzonych ćwiczeń, identyfikacja popełnianych błędów w tym zakresie oraz ich korekta.

4. Wizyta końcowa:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie aktywności fizycznej Załącznik nr 5 (opracowanego na bazie pytań ze zwalidowanych formularzy takich jak HBSC, IPAQ),
- ocena efektów zdrowotnych i omówienie wyników kwestionariusza,
- przekazanie dzieciom i rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń w zakresie aktywności fizycznej.

3. Komponent dietetyczny:

Cel: poprawa sposobu odżywiania i redukcja nadwagi.

Zakres działań:

1. Indywidualna konsultacja z dietetykiem – pierwsza wizyta (dziecko + rodzice/opiekunowie prawni):

   - przeprowadzenie wywiadu zdrowotnego i żywieniowego uwzględniającego między innymi: choroby towarzyszące, alergie pokarmowe, przyjmowane leki i suplementy, diety, wzorce żywieniowe, dotychczasowy sposób odżywiania (częstość spożywanych posiłków, jedzenie śniadań, spożywanie warzyw i owoców, wielkość porcji, dzienną ilość i rodzaj spożywanych płynów, częstość spożywania słodyczy, czy dziecko podjada między posiłkami), a także poziom aktywności fizycznej,
   - wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych – Załącznik nr 6 (opracowanego na bazie pytań ze zwalidowanych formularzy takich jak: HBSC, QEB, KomPAN),
   - ocena nawyków żywieniowych dziecka i rodziny, poprzez ocenę składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji żywieniowych, stosowania przypraw, metod gotowania i sposobu prezentacji żywności gotowej

do spożycia. Zwrócenie uwagi przez dietetyka na błędy żywieniowe dziecka i jego rodziny,

- przedstawienie konsekwencji zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości,
- omówienie zasad diety w oparciu o talerz zdrowego żywienia NCEŻ[36],
- nauka wyznaczania kaloryczności posiłków oraz zawartości poszczególnych makroskładników. Indywidualne wyznaczanie zapotrzebowania energetycznego, z uwzględnieniem metabolizmu podstawowego wyliczonego dla maksymalnej prawidłowej masy ciała (dla wieku i płci). Obliczenie ilości energii, która powinna być dostarczana przez każdy z makroskładników: węglowodany, białka i tłuszcze,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym dzienniczka żywieniowego, w celu zapisywania przez nich informacji o rodzaju i ilości spożywanych produktów przez ich dziecko w określonym czasie,
- wyznaczenie przez dietetyka realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnego planu dietetycznego – do weryfikacji podczas kolejnego spotkania.

2. Opracowanie indywidualnego planu interwencji dla uczestnika tj. liczby godzin, formy i zakresu tematycznego (po konsultacjach zespołu ekspertów uczestniczących w interwencji multikomponentowej: psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk).

3. Kolejne indywidualne spotkania z dietetykiem uwzględniają np.:

- weryfikacje prowadzenia kontroli spożywanych posiłków oraz ocenę stopnia realizacji założonego planu (ustalonego podczas pierwszej konsultacji dietetycznej)
- monitorowanie skuteczności prowadzonego leczenia poprzez pomiar wzrostu i masy ciała wraz z określeniem BMI,
- analiza dzienniczka żywieniowego uczestnika, identyfikacja popełnianych błędów żywieniowych, wprowadzenie ewentualnych zmian w planie dietetycznym, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości odnośnie diety,
- monitorowanie możliwego wystąpienia zaburzeń odżywiania, zwłaszcza gdy utrata masy ciała jest szybka,
- zapoznanie rodziców ze sposobami przygotowywania zdrowych posiłków (m.in. rezygnacja z żywności wysoko przetworzonej, niedosalanie potraw, niesłodzenie

[36] https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia/

napojów, ograniczenie stosowania tłuszczów zwierzęcych, wskazanie zdrowszych zamienników, zaprezentowanie rodzicom portalu NFZ dot. diet, przygotowywania posiłków),

- kolejne wizyty powinny kończyć się podsumowaniem efektów dotychczasowego leczenia dietetycznego i przekazaniem uczestnikowi indywidualnych zaleceń żywieniowych.

4. Realizacja zajęć w grupach (zgodnie z ustaleniami w ramach zespołu specjalistów):

- warsztaty obejmujące przygotowanie jadłospisu dla całej rodziny (praca w grupach max. 6 dzieci wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi), zdrowych śniadań, testy smaków zdrowych produktów mogących stanowić zamienniki, zmianę przeświadczeń, że zdrowe produkty są bardziej kosztowne i mniej smaczne.

5. Wizyta końcowa:

- analiza i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego, w tym korekta ewentualnych błędów żywieniowych stwierdzonych w dzienniczku żywieniowym dziecka,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym na piśmie zaleceń żywieniowych,
- poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o możliwości bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza Programem np. w Narodowym Centrum Edukacji żywieniowej (bezpłatne konsultacje on line, https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia,
- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych – Załącznik nr 6 (opracowanego na bazie pytań ze zwalidowanych formularzy takich jak HBSC, QEB, KomPAN).

4. Wizyta podsumowująca

Cel: ocena wyników interwencji i przekazanie zaleceń końcowych.

Zakres działań:

1. Ocena rozwoju somatycznego dziecka tj. pomiaru antropometrycznego (pomiar masy ciała i wzrostu).
2. Obliczenie wartości BMI oraz ocena uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych.
3. Analiza skuteczności wpływu przeprowadzonych w ramach Programu interwencji na stan zdrowia dziecka.

4. Przekazanie zaleceń dalszego postępowania poza Programem rodzicom/opiekunom prawnym.
5. Wypełnienie ankiety satysfakcji przez uczestnika/rodzica/opiekuna prawnego (Załącznik nr 4).

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu Polityki Zdrowotnej

Działania w ramach Programu będą realizowane przez podmiot lub podmioty wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert, zgodnie z przepisami, o których mowa w art. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program może być realizowany m.in. przez jednostki samorządu terytorialnego w partnerstwie z organizacjami pozarządowymi, jednostkami organizacyjnymi działającymi w imieniu jednostek samorządu terytorialnego, placówkami oświatowymi, podmiotami leczniczymi, MŚP (zgodnie z regulaminem konkursu).

Wszystkie interwencje przewidziane w Programie będą bezpłatne dla uczestników oraz realizowane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe i doświadczenie.

W celu zapewnienia wysokiej jakości oraz bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, realizatorzy Programu są zobowiązani do prowadzenia działań zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz praw pacjenta.

Program zapewnia wielospecjalistyczną opiekę (lekarz, dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta) i długookresowe wsparcie.

III.5. Sposób zakończenia udziału w Programie Polityki Zdrowotnej

1. Rodzice/opiekunowie prawni dzieci, które nie kwalifikują się do badania przesiewowego, kończą udział w Programie wraz z zakończeniem działań edukacyjnych. Na tym etapie rodzice/opiekunowie prawni są zobowiązani do wypełnienia post-testu oraz ankiety satysfakcji. Na zakończenie uczestnicy otrzymują zindywidualizowane zalecenia dalszego postępowania.
2. Uczestnicy, którzy na podstawie badania przesiewowego nie zostali zakwalifikowani do kolejnego etapu – interwencji multikomponentowej, kończą

udział w Programie na etapie badania przesiewowego po otrzymaniu informacji o podstawowych metodach profilaktyki nadwagi i otyłości.

3. Uczestnicy objęci interwencjami multikomponentowymi kończą udział w Programie dopiero po wykonaniu oceny rozwoju somatycznego dziecka w ramach komponentu podsumowującego wyniki interwencji. Oznacza to, że ich udział trwa do momentu pełnego zakończenia przewidzianych działań interwencyjnych.
   Każdy uczestnik ma prawo w dowolnym momencie zrezygnować z dalszego udziału w Programie. W takim przypadku w to miejsce może zostać zakwalifikowany inny uczestnik.
4. Ostateczne zakończenie Programu następuje wraz z formalnym zakończeniem wszystkich działań przewidzianych w Programie. Każdy uczestnik, niezależnie od sposobu zakończenia udziału, otrzymuje zindywidualizowane zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Zobowiązany jest on również do wypełnienia Załączników nr 3,4,5,6 do Programu (Załącznik nr 5 i 6 wypełniają tylko osoby objęte interwencją multikomponentową).

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

IV.1. Etapy Programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.

Program zostanie wdrożony w ramach projektów wybranych do realizacji przez Instytucję Zarządzającą. Projekty Realizatorów będą wdrażane zgodnie z warunkami określonymi w regulaminie konkursu ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą Programem Regionalnym Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, zgodnie z harmonogramem naborów wniosków o dofinansowanie przyjętym uchwałą przez Zarząd Województwa Lubuskiego. Projekty mogą być realizowane w partnerstwie.

Świadczenia realizowane w Programie są bezpłatne oraz dobrowolne i będą odbywać się po wyrażeniu zgody na uczestnictwo przez potencjalnego uczestnika oraz/lub rodzica/opiekuna prawnego dziecka.

Ważne jest bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie Programu i jego późniejszą ewaluację – raport okresowy z realizacji działań (Załącznik nr 7).

Zgodnie z zapisami wytycznych praktyki klinicznej oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych profilaktyka nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej powinna być realizowania poprzez wdrożenie interwencji multikomponentowej:

- Konsultacja z psychologiem lub psychiatrą dziecięcym – komponent behawioralny.
- Konsultacja z fizjoterapeutą lub spec. aktywności fizycznej – komponent ruchowy.
- Konsultacja z dietetykiem - komponent dietetyczny.

Przy zachowaniu pełnej ścieżki dla każdego uczestnika zakwalifikowanego do etapu IV Programu zaplanowano uczestnictwo w multikomponentowych interwencjach w wymiarze 26 godzin kontraktowych.

W rekomendacji AOTMiT[37] wskazuje się, że badania przesiewowe powinny być prowadzone poprzez regularne pomiary antropometryczne, a podstawowym narzędziem pozostaje dalej pomiar wartości BMI przy jednoczesnym zastosowaniu siatek centylowych dostosowanych do wieku i płci. Kluczową metodą zapobiegania nadmiernej masie ciała jest gruntowna modyfikacja stylu życia dziecka poprzez m.in. modyfikację sposobu odżywiania, zwiększenie poziomu aktywności fizycznej oraz eliminację istotnych czynników ryzyka nadwagi i otyłości. Ponadto wytyczne zwracają uwagę na znaczenie edukacji w profilaktyce nadwagi i otyłości, która będzie prowadzona nie tylko wśród dzieci, ale także ich rodziców i opiekunów prawnych, z uwagi na fakt, że odgrywają oni kluczową rolę w procesie kształtowania nawyków zdrowotnych swoich dzieci, a także mogą mieć wpływ na szanse powodzenia interwencji profilaktycznych i leczniczych.

Stopień przyswojenia zdobytej wiedzy, zmiana nawyków żywieniowych oraz wdrożenie prozdrowotnego stylu życia zostaną zweryfikowane po zakończeniu uczestnictwa w Programie na podstawie testów wiedzy stanowiących Załączniki nr 3,5,6. Ankieta satysfakcji (Załącznik nr 4), również wypełniana na zakończenie, posłuży jako narzędzie do przeprowadzenia ewaluacji jakościowej Programu. Ostatnim etapem jest opracowanie zbiorczego raportu końcowego z realizacji Programu (na podstawie szczegółowych Raportów końcowych każdego z realizatorów) przez Instytucję Zarządzającą i przesłanie go do AOTMiT (patrz punkt ewaluacja).

[37] Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym.

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

Działania edukacyjne zaplanowane w Programie będą realizowane na terenie placówek szkolnych oraz na terenie POZ deklarujących chęć współpracy z realizatorem Programu. Edukacja powinna być prowadzona przez wykwalifikowany personel: pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości.

W projekcie przewiduje się współpracę ze szkołami oraz pielęgniarkami szkolnymi, a także lekarzami POZ. W Programie zakłada się możliwość dokonania analizy stanu zdrowia uczniów na podstawie bilansów szkolnych. Będą one pobierane za zgodą rodziców od pielęgniarek szkolnych. Placówki POZ zostaną poproszone o udzielenie informacji dotyczących stanu zdrowia dzieci.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podmiot realizujący Program będzie zobowiązany do:

- przeprowadzenia akcji informacyjnej na temat Programu,
- przeprowadzenia kompleksowych działań edukacyjnych realizowanych w grupach przed badaniami przesiewowymi, opartych na aktualnej wiedzy naukowej, umożliwiających aktywne angażowanie uczniów oraz ich rodziców/opiekunów prawnych,
- realizacji wszystkich interwencji przewidzianych w Programie, zgodnie z ich celami, zakresem działań,
- zapewnienia monitorowania i dokumentowania realizacji Programu, w tym oceny jego przebiegu i efektów, zgodnie z założeniami ewaluacyjnymi,
- organizacji i realizacji Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych,
- zapewnienia odpowiedniej kadry oraz infrastruktury, w tym pomieszczeń i sprzętu komputerowego, niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.

Podmiotami realizującymi Program mogą być:

- jednostki samorządu terytorialnego
- podmioty lecznicze
- szkoły

Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ośrodki Pomocy Społecznej, organizacje samorządowe), które są już zaangażowane w profilaktykę nadwagi i otyłości na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej.

Główne założenia organizacyjne:

1. O włączeniu do Programu decyduje poziom BMI. Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do wsparcia. Do Programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.
2. Uczestnicy będą włączani do Programu do momentu osiągnięcia limitu osób zgodnie z dostępnością środków finansowych.
3. Realizator w trakcie realizacji Programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
4. Realizator musi wykonywać interwencje w ramach Programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w Programie.
5. Wszystkie interwencje w ramach Programu muszą być udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
6. Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych.
7. Realizator musi posiadać odpowiednie instrumenty diagnostyczne stosowane w ramach Programu zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz z przyjętymi normami i rekomendacjami.
8. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją Programu musi być prowadzona, przechowywana i udostępniana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych, tj.:
    - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
    - Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta,
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja ta zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji Programu nie będące dokumentacją medyczną: m.in.: listy obecności, ankiety satysfakcji.

Wymagania dotyczące personelu:

Edukacja:

Pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości.

Badania przesiewowe:

Osoby wykonujące zawód medyczny np.: lekarz, lekarz pediatra, pielęgniarka, dietetyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doś wiadczenie do prowadzenia badania przesiewowego.

Komponent behawioralny:

Psycholog lub psychiatra dziecięcy.

Komponent ruchowy:

Specjalista aktywności fizycznej lub fizjoterapeuta.

Komponent dietetyczny:

Dietetyk.

Wizyta podsumowująca:
Lekarz lub lekarz pediatra

Zaleca się, aby personel posiadał doświadczenie w zakresie leczenia nadwagi i otyłości u dzieci.

Warunki lokalowe:

Pomieszczenia muszą spełniać wymogi ogólne i BHP oraz być odpowiednio wyposażone:

- gabinet lekarski – w sprzęt medyczny (m.in. ciśnieniomierz, waga, miarka wzrostu),
- pomieszczenie do zajęć ruchowych – w sprzęt do ćwiczeń (maty, piłki, rowerki stacjonarne),

- gabinet dietetyczny – w biurko, krzesła, wagę do pomiaru masy ciała i miarkę wzrostu,
- gabinet psychologiczny – dostosowany do indywidualnych konsultacji, przestrzeń przystosowana dla praktyki medycznej i zapewniająca prywatność pacjentom.

Program zostanie przeprowadzony z zachowaniem wszelkich wymogów wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa ustalonych dla odpowiednich procedur medycznych. Personel będzie spełniał wymogi gwarantujące fachowość i bezpieczeństwo wszystkich działań.[38]

Realizatorzy są zobowiązani do zapewnienia bezpieczeństwa planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy medycznej. Interwencje będą zgodne z aktualną wiedzą naukową, sprawdzone klinicznie. Prowadzone w Programie działania muszą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

Świadczenia Programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia edukacyjne, które mogą być udzielane poza pomieszczeniami podmiotu leczniczego. Na realizatorze ciąży zapewnienie bezpieczeństwa uczestnikom Programu przez cały czas realizacji interwencji, bez względu na ich charakter i miejsce realizacji. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia tych świadczeń będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.[39]

---

[38] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r.w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, (Dz. U. z 2023 r. poz. 991).

[39] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r. poz. 402 z późn. zmianami).

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

V.II. Monitorowanie

Monitorowanie to systematyczny, ciągły proces zbierania, analizowania i interpretowania danych dotyczących realizacji Programu, którego celem jest ocena postępu, jakości i skuteczności podejmowanych działań. Polega ono na regularnym śledzeniu wskaźników efektywności.

Realizator Programu ma obowiązek prowadzenia monitoringu na bieżąco poprzez ciągły nadzór nad prawidłowością działań wykonywanych w ramach Programu. Monitorowanie kończy się wraz z końcem realizacji Programu polityki zdrowotnej.

Raport okresowy (Załącznik nr 7), będzie sporządzany i przekazywany przez realizatora do Instytucji Zarządzającej programem FEWL 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Lubuskiego raz na kwartał (zgodnie z zapisami *umowy o dofinansowanie)* – musi odpowiadać pełnemu cyklowi udzielanych interwencji.

Raport końcowy (Załącznik nr 8), stanowi podsumowanie analizy mierników efektywności z całego okresu realizacji Programu. Powinien być przekazany przez każdego Realizatora do Instytucji Zarządzającej w terminie 30 dni od zakończenia Programu.

Monitoring Programu w praktyce będzie polegał na analizie dwóch kluczowych obszarów: oceny zgłaszalności do Programu polityki zdrowotnej oraz oceny jakości udzielanych świadczeń.

1). Ocena zgłaszalności do Programu; prowadzona jest na podstawie następujących mierników:

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób, u których wykonano badanie przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości,
- liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej,
- liczba osób, które nie zostały objęte Programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie, ze wskazaniem przyczyn.

Zalecane jest bieżące uzupełnianie informacji o każdym z uczestników Programu w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

a) data wyrażenia zgody na uczestnictwo w Programie (uczestnika i/lub rodzica/opiekuna prawnego), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e -mail),
b) numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych Programu,
c) data zakończenia udziału w Programie wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji Programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w Programu).

Przetwarzanie danych zebranych w trakcie udzielania świadczeń musi odbywać się z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych i danych wrażliwych. Na tym etapie dane są gromadzone, przechowywane i przetwarzane przez osobę koordynującą projekt z ramienia realizatora.

2). Ocena jakości świadczeń udzielanych w Programie; prowadzona jest na podstawie ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń.

Ankieta satysfakcji (Załącznik nr 4) zostanie udostępniona wszystkim uczestnikom/opiekunom prawnym, którzy skorzystali z interwencji zastosowanych w Programie *i będzie miała charakter anonimowy.* Ankieta będzie *oceniana pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia z jakości udzielanych świadczeń. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.*

V.II. Ewaluacja

Ewaluacja polega na analizie efektywności realizacji Programu polityki zdrowotnej. Za ewaluację odpowiedzialna jest Instytucja Zarządzająca Programem – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego (FEWL 2021-2027).

Ewaluację prowadzi się po zakończeniu realizacji Programu w oparciu o dane (raporty) przekazane przez realizatora/ów do Instytucji Zarządzającej. Zebrane dane służą do opracowania wyniku ewaluacji w postaci zbiorczego raportu końcowego z realizacji Programu do AOTMiT.[40] Polega ona na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu i stanu po jego zakończeniu

[40] https://www.aotm.gov.pl/informacje-dla-jst/schemat-ppz/

z wykorzystaniem określonych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom Programu polityki zdrowotnej.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów Programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

Ewaluacja Programu będzie odbywać się z uwzględnieniem wymogów tj. zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru Programu polityki zdrowotnej*, *wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*[41] oraz zaleceń AOTMiT.

Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego jako jednostka opracowująca *Program polityki zdrowotnej profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym dla mieszkańców województwa lubuskiego* przekazuje raport do AOTMiT w terminie trzech miesięcy od zakończenia realizacji Programu.

W raporcie końcowym należy uwzględnić wartości liczbowe dotyczące danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się:
  - < 90. centyla (dla płci i wieku) lub
  - w przedziale od 90. do 97. centyla (dla płci i wieku),
- średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach Programu,
- odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej,

[41] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

- odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w zakresie prozdrowotnych zachowań żywieniowych – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (np. na podstawie HBSC) – Załącznik nr 6,
- odsetek uczestników, u których wzrósł poziom aktywności fizycznej – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (np. na podstawie HBSC) – Załącznik nr 5,
- odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących nadwagi i otyłości – Załącznik nr 2, 3.

Zaleca się przyjmowanie w pierwszej kolejności dzieci z BMI powyżej 97. centyla – otyłość. W przypadku braku zgłaszalności, oszczędności lub przyznania dodatkowej puli środków na realizację Programu przyjmowane będą dzieci znajdujące się w zakresie 90. – 97. centyla – podstawa do rozpoznania nadwagi.

Wówczas dla celów monitorowania i ewaluacji należy podać również niżej wymienione wartości liczbowe:

- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się < 90. centyla (dla płci i wieku),
- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90. – 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się < 90. centyla (dla płci i wieku),

Dane liczbowe dotyczące poszczególnych etapów Programu, objęte monitorowaniem, stanowią użyteczny element oceny jego skuteczności, a wnioski z tej oceny zostają ujęte w raporcie końcowym. Program może zostać przedłużony w przypadku zabezpieczenia przez Samorząd Województwa Lubuskiego dodatkowych środków finansowych.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

VI.1. Koszty jednostkowe

Budżet został oszacowany na podstawie aktualnych cen rynkowych. Koszty określono w przeliczeniu na jednego uczestnika Programu. Koszt jednostkowy został uśredniony, ponieważ dokładny koszt wsparcia danego uczestnika Programu będzie można określić dopiero po Konsylium zespołu specjalistów. To Konsylium ustali, jaki będzie podział godzinowy poszczególnych konsultacji: dietetycznych, fizjoterapeutycznych, behawioralnych w ramach 26 godzin zegarowych wsparcia przysługujących każdemu uczestnikowi.

Podane poniżej koszty, to koszty szacunkowe, na podstawie których realizator będzie mógł określić we wniosku o dofinansowanie szczegółowy budżet dla określonej przez siebie liczby uczestników – według własnych możliwości lokalowych, kadrowych i logistycznych. Zakłada się, że realizatorów Programu może być więcej niż jeden.[42]

Realizator na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowuje szczegółowy budżet projektu. Ich szczegółowa weryfikacja nastąpi podczas oceny wniosku o dofinansowanie – zgodnie z Regulaminem Konkursu.

Zasady wydatkowania środków UE określone zostały w *Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027*[43] oraz *Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027.*[44]

---

[42] Niniejszy Program będzie wdrażany przez Realizatorów wyłonionych w konkursie zgodnie z *Ustawą z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych,*[42] *art. 48b ust. 2* oraz według warunków określonych w Programie – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego (FEWL 2021-2027) – zgodnie z regulaminem konkursu.

[43] https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/wytyczne-dotyczace-realizacji-projektow-z-udzialem-srodkow-europejskiego-funduszu-spolecznego-plus-w-regionalnych-programach-na-lata-2021-2027/

[44] https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/wytyczne-dotyczace-kwalifikowalnosci-2021-2027/

VI.2. Szacunkowe koszty jednostkowe – dwa warianty

Lp.	Wykaz świadczeń	Stawka jednostkowa	Liczba *	Łączny koszt minimalny	Liczba *	Łączny koszt maksymalny
1.	Badanie przesiewowe wraz z kwalifikacją	260,00 zł	1	260,00 zł	1	260,00 zł
2.	Konsultacje z psychologiem (zawierające elementy edukacji indywidualnej)	240,00 zł	2	480,00 zł	2	480,00 zł
3.	Konsultacje z psychologiem	220,00 zł	1	220,00 zł	10	2 200,00 zł
4.	Konsultacje z dietetykiem uwzględniające indywidualną edukację uczestnika	200,00 zł	2	400,00 zł	2	400,00 zł
5.	Konsultacje z dietetykiem - indywidualny plan żywieniowy	400,00 zł	1	400,00 zł	1	400,00 zł
6.	Konsultacje z dietetykiem	120,00 zł	9	1 080,00 zł	4	480,00 zł
7.	Konsultacje z fizjoterapeutą uwzględniające indywidualną edukację uczestnika	200,00 zł	2	400,00 zł	2	400,00 zł
8.	Indywidualne zajęcia aktywności fizycznej	170,00 zł	9	1 530,00 zł	5	850,00 zł
9.	Wizyta podsumowująca	260,00 zł	1	260,00 zł	1	260,00 zł
			suma	5 030,00 zł	suma	5 730,00 zł
	Uśredniony koszt jednostkowy przypadający na jednego uczestnika					5 380,00 zł

*Ostateczny koszt przypadający na jednego uczestnika będzie zależał od liczby poszczególnych świadczeń udzielonych w ramach interwencji multikomponentowej.

VI.3. Koszty całkowite

Całkowita liczba osób objętych wsparciem: 402 osoby

Planowana liczba uczestników: 402 osób – grupa docelowa Programu	
	koszt jednostkowy:
Koszty szacunkowe (lp.1-9)	5 380,00 zł
Koszt	5 380,00 zł x 402 osób
suma	**2 162 760,00 zł**
suma + około 15% kosztów pośrednich*, tj. administracyjnych (na podstawie konkursów ogłaszanych przez IZ FEWL 2021-2027). Koszty pośrednie zależą od kwoty kosztów bezpośrednich.	**2 487 174,00 zł**

Koszty pośrednie *(m.in. administracyjne)* – zgodnie z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027* stanowić będą 15% kosztów bezpośrednich (merytorycznych), tj. 324 414,00 zł.

Wartość kosztów pośrednich zależy od wartości kosztów bezpośrednich w danym projekcie.

VI.4. Źródła finansowania

Program współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027.
Alokacja na realizację Programu w ramach Działania FELB.06.13 Usługi społeczne i zdrowotne, Typ projektu XIII. Programy profilaktyczne chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu w oparciu o dane z map potrzeb zdrowotnych.
Wkład własny Realizatora stanowi 5% wartości kosztów kwalifikowalnych.

Podział źródeł finansowania:

- Europejskie Fundusz Społeczny (85%) – 2 114 097,90 zł
- Budżet Państwa (10%) – 248 717,40 zł
- Wkład własny (5 %) – 124 358,70 zł

Suma: 2 487 174,00 zł

Obowiązkiem realizatora jest poinformowanie uczestnika rozpoczynającego udział w Programie o źródłach finansowania Programu, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Koszty administracyjne – dotyczące m.in. kosztów wynagrodzeń osób nieujętych w kosztach merytorycznych, koszty wynajmu pomieszczeń, materiały biurowe, koszty działań promocyjnych, itp. – stanowią tzw. koszty pośrednie. Szczegółowy katalog kosztów pośrednich określa właściwa Instytucja Zarządzająca na podstawie *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027.*

BIBLIOGRAFIA

1. Fijałkowska A, Oblacińska A, Stalmach M. Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych. Raport z międzynarodowych badań WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). IMiDz, Warszawa, 2017 [dostęp z dn.: 16.12.2024]. Dostępny w: https://imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/Raport%20COSI_kwiecie%C5%84.pdf
2. Fijałkowska A., Dzielska A. (red.): Zdrowie dzieci we wczesnym wieku szkolnym. Raport z badań 2022-2023. IMiDz, Warszawa, 2024 [dostęp z dn.: 13.12.2024]. Dostępny w: https://drive.google.com/file/d/1Ir6RoM7UdZMvhA8-DK6vAqSPaKhTU7AY/view
3. Kowalski, P., & Nowak, A. (2020). *Otyłość, zdrowie, zrównoważony rozwój.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
4. Magdaleny Pycińskiej, Piotra Albrechta pt. *Otyłość u dzieci*, zamieszczonego w książce *Gastroenterologia dziecięca*, pod red. Piotra Albrechta, opublikowanej przez Wydawnictwo Czelej w 2014 roku.
5. Mazur, Joanna, i Zbigniew Izdebski, red. 2025. *Jak żyje i co myśli o swoim zdrowiu młodzież szkolna? : Badanie lubuskie 2024*, 2025. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski. ISBN 9788378425731.
6. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.
7. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV.
8. *Podsumowaniu mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa lubuskiego w zakresie 30 grup chorób,* Efektywne działanie przez mapowanie, Ministerstwo Zdrowia, 2019.
9. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), Epub 2019 May 8, PMID: **31068725,** PMCID: PMC6784868 DOI: 10.1038/s41586-019-1171-x .
10. Wagner, K. H. & Brath, H. A global view on the development of non communicable diseases. Prev. Med. 54, S38–S41 (2012). – PubMed.
11. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). A brief review of results from round 6 of COSI (2022-2024). [dostęp: 13.12.2024]. Dostępny w: https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi).
12. Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, wydanie specjalne 3/2017, https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-wnadwadze-i-otylosci-2017/pl (dostęp z dnia 4.09.2019 r.).
13. *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, pod redakcją Joanny Mazur i Agnieszki Małkowskiej-Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018.

STRONY INTERNETOWE

1. https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/
2. https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/
3. https://mamaginekolog.pl/dziecko/zdrowie-dziecka/nadwaga-i-otylosc-u-dzieci-w-polsce-statystki-konsekwencje-i-choroby/
4. https://nauka.czd.pl/wp-content/uploads/2024/02/Zespol_metaboliczny_rozpoznawanie_Litwin.pdf
5. https://ncez.pzh.gov.pl
6. https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/nadwaga-i-otylosc-wsrod-dzieci-i-mlodziezy/
7. https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/piramida-zdrowego-zywienia-i-stylu-zycia-dzieci-i-mlodziezy
8. https://onkokurier.pl/rok-2026-rok-profilaktyki-zdrowotnej-w-polsce/
9. https://onkologia.org.pl
10. https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-pandemia-wspolczesnych-czasow
11. https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zdrowe-zywienie-calej-rodziny
12. https://przegladpediatryczny.pl/a1352/Otylosc-u-dzieci-.html
13. https://terminyleczenia.nfz.gov.pl
14. https://www.mp.pl/pacjent/nadwaga-i-otylosc/wprowadzenie/290855,otylosc-przyczyny-i-konsekwencje
15. https://www.nfzzielonagora.pl/PL,kontrast/1051/9197/Podsumowanie_debaty_Waga_nadWagi__Otylosc_jest_choroba__oraz_rozstrzygniecie_konkursu_dla_dziennikarzy/
16. https://www.planujedlugiezycie.pl
17. https://www.who.int
18. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Załącznik nr 1

……
Miejscowość, data

Deklaracja uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym dla mieszkańców województwa lubuskiego *w ramach Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027*

Wyrażam zgodę na udział w Programie.

Imię i nazwisko: ……..
PESEL …….
Adres zamieszkania: …….
Płeć: …….
Wiek: …….
Tel. Kontaktowy: ……

- ☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w *Programie polityki zdrowotnej profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym dla mieszkańców województwa lubuskiego* do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.
- ☐ Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych we wniosku o włączenie do Programu.
- ☐ Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w *Programie polityki zdrowotnej profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym dla mieszkańców województwa lubuskiego.*
- ☐ Oświadczam, że jestem osobą z terenu województwa lubuskiego, kwalifikującą się do objęcia Programem polityki zdrowotnej.
- ☐ Oświadczam, iż dziecko nie jest objęte specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń endokrynologicznych lub metabolicznych w ramach środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Programu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 (FEWL 2021-2027), Działania FELB.06.13 Usługi społeczne i zdrowotne, Typ projektu XIII. Programy profilaktyczne chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu w oparciu o dane z map potrzeb zdrowotnych.
- ☐ Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Programu.
- ☐ Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.

…… ……
Data i miejsce Czytelny podpis osoby wnioskującej

Załącznik 2

……
Miejscowość, data

TEST POZIOMU WIEDZY
PRZED SPOTKANIAMI EDUKACYJNYMI (PRE-TEST)

Imię i nazwisko: ……
PESEL: ……
Proszę przeczytać uważnie pytania i udzielić odpowiedzi.

1. **Czy wiesz co to jest BMI?**

   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

2. **Czy posiadasz wiedzę dotyczącą sposobu wyliczania BMI oraz bezpiecznego poziomu tego wskaźnika?**

   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

3. **Czy znasz zasady zdrowego odżywiania się?**

   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

4. **Czy Twoim zdaniem leczenie otyłości jest ważne, by być zdrowym w życiu dorosłym?**

   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

5. **Czy znasz główne przyczyny nadwagi i otyłości?**

   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

6. **Czy znasz zalecenia dotyczące zmiany stylu życia w celu redukcji masy ciała?**

   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

7. **Czy fosfor jest składnikiem tkanki nerwowej.**

   - Tak
   - Nie

8. **Czy spacery są aktywnością fizyczną wpływającą na utrzymanie prawidłowej masy ciała?**

   - Tak
   - Nie

9. **Czy stres wpływa na ryzyko rozwoju otyłości?**

   - Tak
   - Nie

10. **Czy wiesz, gdzie można uzyskać pomoc lub poradę w przypadku problemów z masą ciała?**

    - Tak
    - Nie

Załącznik 3

……
Miejscowość, data

TEST POZIOMU WIEDZY
PO SPOTKANIACH EDUKACYJNCH (POST-TEST)

Imię i nazwisko: …….

PESEL: ……

1. Czy wiesz co to jest BMI?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

2. Czy posiadasz wiedzę dotyczącą sposobu wyliczania BMI oraz bezpiecznego poziomu tego wskaźnika?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

1. Czy znasz zasady zdrowego odżywiania się?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

2. Czy Twoim zdaniem leczenie otyłości jest ważne, by być zdrowym w życiu dorosłym?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

3. Czy znasz główne przyczyny nadwagi i otyłości?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

4. Czy znasz zalecenia dotyczące zmiany stylu życia w celu redukcji masy ciała?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

5. **Czy fosfor jest składnikiem tkanki nerwowej?**

   - Tak
   - Nie

6. **Czy spacery są aktywnością fizyczną wpływającą na utrzymanie prawidłowej masy ciała?**

   - Tak
   - Nie

7. **Czy stres wpływa na ryzyko rozwoju otyłości?**

   - Tak
   - Nie

8. **Czy wiesz, gdzie można uzyskać pomoc lub poradę w przypadku problemów z masą ciała?**

   - Tak
   - Nie

Załącznik nr 4

.....
Miejscowość, data

ANKIETA SATYSFAKCJI Z PRZEBIEGU PROGRAMU

w ramach realizacji

Programu polityki zdrowotnej profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym dla mieszkańców województwa lubuskiego.

I. Ocena doboru interwencji oferowanych w Programie
Bardzo źle Źle Przeciętnie Dobrze Bardzo dobrze
II. Ocena sposobu przekazywania informacji dotyczących głównych przyczyn występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży podczas modułów edukacyjnych?
Bardzo źle Źle Przeciętnie Dobrze Bardzo dobrze
III. Ocena zrozumiałości i przystępności wskazówek przekazanych przez specjalistów trzech komponentów.
Bardzo źle Źle Przeciętnie Dobrze Bardzo dobrze
Jak Pan(i) ocenia (proszę zakreślić) :
• Wartość merytoryczną przekazywanych informacji.
Bardzo źle Źle Przeciętnie Dobrze Bardzo dobrze
• Komunikatywność - wyczerpujące i zrozumiałe przekazanie informacji dotyczących problemu nadwagi i otyłości.
Bardzo źle Źle Przeciętnie Dobrze Bardzo dobrze
• Przydatność pozyskanych informacji w procesie dalszego postępowania/leczenia dziecka.
Bardzo źle Źle Przeciętnie Dobrze Bardzo dobrze
IV. Dodatkowe uwagi i opinie dotyczące Programu:

Bardzo dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.

Załącznik nr 5

……
Miejscowość, data

Badanie poziomu wiedzy na temat aktywności fizycznej.

(pre-test oraz post-test)

Szanowni Państwo,
Prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza w oparciu o swoją wiedzę i przekonania. Kwestionariusz dotyczy zagadnień związanych z aktywnością fizyczną. Przy odpowiedzi, która najbardziej odpowiada Państwa przekonaniom, proszę postawić znak X.

Imię i nazwisko ……..

1. Dlaczego ważne jest, aby dzieci miały zróżnicowane formy aktywności fizycznej?
- A. Aby się nie nudziły
- B. Aby rozwijały różne umiejętności motoryczne
- C. Aby mogły unikać aktywności fizycznej
- D. Aby spędzały więcej czasu przed ekranem

2. Które z poniższych ćwiczeń jest przykładem ćwiczenia aerobowego?
- A. Podnoszenie ciężarów
- B. Joga
- C. Bieganie
- D. Stretching

3. Jakie korzyści zdrowotne niesie regularna aktywność fizyczna?
- A. Zwiększenie ryzyka chorób serca
- B. Poprawa jakości snu
- C. Zmniejszenie masy mięśniowej
- D. Zwiększenie poziomu stresu

4. Które z poniższych ćwiczeń jest najbardziej efektywne dla poprawy elastyczności?
- A. Sprinty
- B. Podnoszenie ciężarów
- C. Stretching
- D. Skakanie na skakance

5. Jakie są zalety ćwiczeń równowagi?
- A. Zwiększenie masy mięśniowej
- B. Poprawa stabilności i redukcja ryzyka upadków
- C. Poprawa wydolności sercowo-naczyniowej
- D. Redukcja tkanki tłuszczowej

6. Jakie znaczenie ma rozgrzewka przed ćwiczeniami?
- A. Zwiększa ryzyko kontuzji
- B. Zmniejsza przepływ krwi do mięśni
- C. Przygotowuje mięśnie i stawy do wysiłku, zmniejszając ryzyko kontuzji
- D. Spowalnia metabolizm

7. Jakie korzyści niesie regularna aktywność fizyczna dla zdrowia psychicznego?

- A. Zwiększenie poziomu stresu
- B. Zmniejszenie ryzyka depresji i lęku
- C. Zmniejszenie poziomu endorfin
- D. Pogorszenie koncentracji

8. Jaki jest najlepszy sposób na zapobieganie odwodnieniu podczas ćwiczeń?

- A. Picie tylko wtedy, gdy jest się spragnionym
- B. Picie napojów gazowanych
- C. Regularne picie wody przed, w trakcie i po ćwiczeniach
- D. Unikanie picia jakichkolwiek płynów

9. Co jest najważniejsze dla utrzymania długoterminowych korzyści z aktywności fizycznej?

- A. Intensywność ćwiczeń
- B. Regularność i konsekwencja
- C. Rodzaj ćwiczeń
- D. Czas trwania każdej sesji ćwiczeń

10. Które z poniższych stwierdzeń jest prawdziwe na temat regeneracji po ćwiczeniach?

- A. Regeneracja jest mniej ważna niż same ćwiczenia
- B. Regeneracja pomaga mięśniom rosnąć i naprawiać się
- C. Można całkowicie pominąć regenerację, jeśli ćwiczy się regularnie
- D. Regeneracja powoduje spadek formy fizycznej

11. Ile minut dziennie dzieci w wieku 6-17 lat powinny poświęcać na aktywność fizyczną?

- A. 30 minut
- B. 45 minut
- C. 60 minut
- D. 90 minut

12. Które z poniższych ćwiczeń jest odpowiednie dla najmłodszych dzieci?

- A. Podnoszenie ciężarów
- B. Zabawy na placu zabaw
- C. Joga
- D. Aerobik

13. Jakie są korzyści z regularnej aktywności fizycznej u dzieci?

- A. Zwiększone ryzyko nadwagi
- B. Poprawa koncentracji i wyników w nauce
- C. Zmniejszona wydolność sercowo-naczyniowa
- D. Zwiększenie poziomu stresu

14. Jakie są zalecenia dotyczące czasu spędzanego przed ekranem dla dzieci w wieku szkolnym?

- A. Brak limitów
- B. Maksymalnie 2 godziny dziennie
- C. Maksymalnie 4 godziny dziennie
- D. Co najmniej 5 godzin dziennie

Klucz: 1.B,2.C,3.B,4.C,5.B,6.C,7.B,8.C,9.B,10.B,11.C,12.B,13.B,14.B.

Załącznik nr 6

.....
Miejscowość, data

Kwestionariusz do badania zachowań żywieniowych i opinii na temat żywności i żywienia.

(pre-test oraz post-test)

Pytania z Kwestionariusza QEB opracowany przez Zespół Behawioralnych Uwarunkowań Żywienia, Komitet Nauki o Żywieniu Człowieka, PAN.
Proszę o udzielenie odpowiedzi na pytania zamieszczone w kwestionariuszu, poprzez zakreślenie odpowiedniego pola znakiem X. Odpowiadając na pytania dotyczące zachowań żywieniowych, proszę uwzględnić żywność jadaną w domu i poza domem.

1. **Czy w diecie rodziny ogranicza się spożywanie słodyczy i słodzonych napojów?**
   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

2. **Czy znasz zdrowe produkty mogące stanowić zamiennik popularnych niezdrowych przekąsek?**
   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

3. **Czy produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie?**
   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

4. **Czy tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko?**
   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

5. **Czy w domu codziennie dodawany jest owoc lub warzywo do minimum jednego posiłku dziennie?**
   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

6. **Czy pieczywo razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne?**
   - ☐ Tak
   - ☐ Nie

7. **Czy ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia?**
   - Tak
   - Nie

8. **Czy rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej?**
   - Tak
   - Nie

9. **Czy spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza?**
   - Tak
   - Nie

10. **Czy unikanie śniadań jest zaleceniem dla osób chcących uniknąć otyłości?**
    - Tak
    - Nie

Załącznik nr 7

.....
Miejscowość, data

RAPORT OKRESOWY *)

Częstotliwość składania raportów określona jest w umowie o dofinansowanie – najczęściej raport wymagany jest minimum raz na 3 miesiące.
Realizator przekazuje raport okresowy do Instytucji Zarządzającej programem – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027.

..... Data złożenia raportu
..... Podpis osoby przyjmującej raport

I. DANE REALIZATORA

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko koordynatora Programu	
Tel. kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od… do….)	

*)Wzór

II. RAPORT Z PRZEPROWADZONYCH INTERWENCJI

Krótki opis działań podjętych w ramach akacji informacyjno-edukacyjnej		
Monitoring		
1. *Liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym.*		
2. *Liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi otyłości.*		
3. *Liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej.*		
4. *Liczba osób, które nie zostały objęte Programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów.*		
5. *Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie, ze wskazaniem przyczyn.*		
Ewaluacja		
1. *Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku).*		
2. *Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90. – 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku).*		
3. *Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się:*		
a.	*<90. centyla (dla płci i wieku)*	
b.	*w przedziale od 90. do 97. centyla (dla płci i wieku),*	

4. *Średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach Programu.*	
5. *Odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej.*	
6. *Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w zakresie prozdrowotnych zachowań żywieniowych – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (Załącznik nr 6).*	
7. *Odsetek uczestników, u których wzrósł poziom aktywności fizycznej – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (Załącznik nr 5)).*	
8. *Odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących nadwagi i otyłości (Załącznik nr 2, 3).*	

…… ……

Data i miejscowość Czytelny podpis koordynatora Programu

Załącznik nr 8

.....
Miejscowość, data

RAPORT KOŃCOWY *)

Realizator przekazuje raport końcowy do Instytucji Zarządzającej programem – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 w terminie do 30 dni od zakończenia Programu.

..... Data złożenia raportu
..... Podpis osoby przyjmującej raport

I. DANE REALIZATORA

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko koordynatora Programu	
Tel. kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od… do….)	

*)Wzór

II. RAPORT Z PRZEPROWADZONYCH INTERWENCJI

Krótki opis działań podjętych w ramach akacji informacyjno-edukacyjnej	
Monitoring	
1. *Liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym.*	
2. *Liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości.*	
3. *Liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej.*	
4. *Liczba osób, które nie zostały objęte Programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów.*	
5. *Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie, ze wskazaniem przyczyn.*	
Ewaluacja	
1. *Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku).*	
2. *Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90. – 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku).*	
3. *Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się:*	
a. *<90. centyla (dla płci i wieku)*	
b. *w przedziale od 90. do 97. centyla (dla płci i wieku),*	
4. *Średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach*	

Programu.	
5. *Odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej.*	
6. *Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w zakresie prozdrowotnych zachowań żywieniowych – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (Załącznik nr 6).*	
7. *Odsetek uczestników, u których wzrósł poziom aktywności fizycznej – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (Załącznik nr 5).*	
8. *Odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących nadwagi i otyłości (Załącznik nr 2, 3).*	

…… ……

Data i miejscowość Czytelny podpis koordynatora Programu