

UCHWAŁA NR
RADY GMINY ŻARY

z dnia 14 lipca 2025 r.

**w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci
szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030**

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.) oraz art. 48 i art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się "Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030,, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Celem programu jest zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr
Rady Gminy Żary
z dnia 14 lipca 2025 r.

AKCEPTUJĘ

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



**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi
i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary
na lata 2026-2030**

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

Żary, 2025

Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

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

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT:

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

Kontynuacja/trwałość programu:

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

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Żary
Aleja Jana Pawła II 6, 68-200 Żary
tel. (68) 470 73 00
gminazary@gminazary.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	6
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
1. Cel główny	12
2. Cel szczegółowy	12
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	12
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji	13
1. Populacja docelowa.....	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ.....	14
3. Planowane interwencje.....	15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	22
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	23
2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ...	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	26
1. Monitorowanie	26
2. Ewaluacja	26
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	27
1. Koszty jednostkowe	27
2. Planowane koszty całkowite	29
Bibliografia.....	32
Załączniki.....	34

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to poszerzają one swoją objętość (oba te zjawiska występują w populacji uczniów równocześnie)¹. Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a jej powstawanie to zazwyczaj proces długotrwały, podczas którego na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że tylko 5% otyłości jest warunkowana genetycznie, a pozostałe przyczyny mają charakter pozagenowy i są to takie czynniki jak np.: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym, nawyki żywieniowe w późniejszym okresie oraz aktywność fizyczna dziecka i jego rodziny². Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u uczniów uważa się również występowanie otyłości u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)³, co ma związek z dietą realizowaną w gospodarstwie domowym oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców.

Zdecydowaną większość wszystkich przypadków otyłości u uczniów (90%) stanowi otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych (takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół Cushinga) lub chorób ośrodkowego układu nerwowego (np. ciężkiego uszkodzenia mózgu z brakiem aktywności ruchowej)⁴.

Wyróżnia się dwa typy otyłości, cechujące się odmiennym ryzykiem powikłań i zapadalności na choroby cywilizacyjne. Typ brzuszny (androidalny, centralny, wisceralny, tzw. typ „jabłko”) charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy zaotrzewnowej i związany jest z większym ryzykiem rozwoju powikłań naczyniowo-sercowych oraz zespołu metabolicznego i niektórych

¹ Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613

² Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005; 90: 1871–1887.

³ Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006; 52: 322–328.

⁴ Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit. str. 614.

nowotworów. Z kolei otyłość trzewną rozpoznaje się, jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90. centyl dla płci i wieku. Typ pośladkowo-udowy (gynoidalny, obwodowy, tzw. typ „gruszka”) wiąże się z lokalizacją tkanki tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków i występuje częściej u kobiet. Fizjologicznie, w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, dominuje obwodowy typ otluszczenia, który wraz z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku typu centralnego⁵. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu u uczniów i młodzieży ma związek z niekorzystnym profilem lipidowym i stężeniem lipoprotein, wyższym ciśnieniem tętniczym, miażdżycą, a także większą masą lewej komory serca. Krytycznym okresem dla rozwoju otluszczenia ogólnego i kształtowania się rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie jest dojrzewanie. Szybkość i sposób redystrybucji tkanki tłuszczowej różni się w zależności od płci, u dziewcząt tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest głównie w dolnej połowie ciała (biodra, pośladki) i jej masa rośnie z wiekiem aż do zakończenia okresu dojrzewania, natomiast u chłopców mamy do czynienia z bardziej centralnym typem otluszczenia (głównie górna połowa ciała: kark, ramiona, podbrzusze)⁶.

Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród uczniów to m.in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat zapowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w wieku 12 lat zapowiada aż w 75% otyłość w wieku dorosłym), nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)⁷.

Ocena stopnia otyłości u uczniów i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej⁸. Nadwagę i otyłość w tej grupie wiekowej diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała) w oparciu o siatki centylowe, umożliwiające ocenę rozwoju fizycznego uczniów i młodzieży od urodzenia do 19 r. ż. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach

⁵ Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.

⁶ Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku– epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.

⁷ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219.

⁸ Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69.

podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Zgodnie z rekomendacjami towarzystw naukowych w przypadku uczniów i młodzieży $BMI \geq 90$ oznacza nadwagę, a >97 - otyłość⁹. Otyłość stwierdza się często także na podstawie stopnia otłuszczenia, gdzie w przypadku dzieci w wieku szkolnym stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów¹⁰.

Profilaktyka otyłości u uczniów polega na realizacji zaleceń dotyczących równowagi pomiędzy spożyciem kalorii i ich wydatkowaniem oraz utrzymaniem prawidłowego tempa wzrastania, jak również promowaniu wysiłku fizycznego i ograniczania czasu spędzanego biernie. Niezmiernie ważnym czynnikiem jest również osiągnięcie trwałej zmiany nawyków żywieniowych u dziecka i jego rodziny, co gwarantuje długofalowy sukces w utrzymywaniu prawidłowej masy ciała.

2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Zgodnie z najnowszymi danymi, publikowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)¹¹, otyłość w populacji osób dorosłych na całym świecie wzrosła od roku 1990 ponad dwukrotnie, a wśród nastolatków - czterokrotnie. W 2022 roku 2,5 miliarda dorosłych miało nadwagę (43% populacji), w tym 890 milionów żyło z otyłością (16% populacji). Częstość występowania nadwagi różniła się w zależności od regionu, od 31% w regionie Azji Południowo-Wschodniej WHO i regionie afrykańskim do 67% w regionie obu Ameryk. W roku 2022 także ok. 37 milionów dzieci w wieku poniżej 5 lat miało nadwagę. Zaburzenie to, uważane do niedawna za problem krajów o wysokim dochodzie, występuje obecnie coraz częściej w krajach o niskim i średnim dochodzie. W Afryce liczba dzieci z nadwagą w wieku poniżej 5 lat wzrosła o prawie 23% od 2000 roku. Prawie połowa dzieci w wieku poniżej 5 lat z nadwagą lub otyłością w 2022 r. mieszkała w Azji. W roku 2022 także ponad 390 milionów dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat miało nadwagę. Rozpowszechnienie tego problemu wśród dzieci i młodzieży w omawianej grupie wiekowej dramatycznie wzrosło z zaledwie 8% w roku 1990 do 20% w roku 2022.

⁹ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (2018). Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, <https://www.klrwp.pl>.

¹⁰ Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002; 1: 17.

¹¹ WHO, Obesity and overweight, 21.06.2025 r., www.who.int.

Według prognoz World Obesity Atlas 2023¹² liczba osób powyżej 5 r. ż. z nadwagą lub otyłością będzie w najbliższych latach stale wzrastać i w 2035 roku osiągnie wartość 4 mld. Będzie to stanowić 51% populacji świata. Blisko jedna czwarta populacji osób żyjących w 2035 roku (24%) będzie otyła. Należy w tym miejscu podkreślić, że dane te mają znaczenie nie tylko z punktu widzenia medycznego. Otyłość i nadwaga są chorobami, których skutki istotnie oddziałują na ekonomię. Szacuje się, że w roku 2020 utracono globalnie 1,96 biliona dolarów na skutek omawianych problemów zdrowotnych. Utracone środki wynikają nie tylko z kosztów leczenia otyłości i nadwagi oraz ich konsekwencji, ale także z wartości zmniejszonej produktywności osób z wysokim BMI (wynikającej z absenteizmu i prezenteizmu) oraz przedwczesnej rezygnacji z pracy, czy też śmierci. Prognozuje się, że w 2035 roku zostanie utraconych 4,32 biliona dolarów w wyniku występowania otyłości i nadwagi (2,9% światowego PKB).

W ostatnich latach, w większości państw świata notuje się wśród osób pełnoletnich wzrost liczby osób z otyłością. Według danych Eurostat w 2019 roku w Polsce odsetek osób z otyłością wśród osób pełnoletnich wynosił 19%. Był to wzrost o 1,8 p.p. w porównaniu z rokiem 2014. Wyższe odsetki osób z otyłością występowały w takich państwach jak Malta, Węgry, Chorwacja, Łotwa. W Rumuni w 2019 roku odsetek ten był najniższy (10,9%). Tylko w dwóch z analizowanych państw nastąpił spadek odsetka osób z otyłością w analizowanych latach. Była to Francja, gdzie w 2014 roku 15,3% społeczeństwa było otyłe, a w roku 2019 - 15,0%, oraz Bułgaria z odsetkiem osób z otyłością równym 14,8% w 2014 roku i 13,6% w 2019 roku¹³.

Lobstein et al. (2023) prognozuje, że w roku 2035 ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet w Polsce będzie otyłych (łącznie ok. 60% populacji). Otyłość wśród dzieci i młodzieży także będzie się pogłębiać się z roku na rok¹⁴. Według danych GUS odsetek osób z masą ciała w normie w latach 2014-2019 zmniejszył się o 3,4 p.p. Wzrósł natomiast odsetek osób z nadwagą (o 1,5 p.p.) i otyłością (o 1,8 p.p.)¹⁵.

W sierpniu 2022 roku Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH — Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH — PIB) przeprowadził Badanie Stanu Zdrowia i Czynników Ryzyka. Wyniki pokazują, że zbyt wysoką masę ciała (indeks BMI

¹² Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas 2023 .

¹³ Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.

¹⁴ Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas... op. cit.

¹⁵ Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, <https://stat.gov.pl>.

≥ 25) miało 52,2% Polaków w wieku 20 lat i więcej, a 13,6% cierpiało na otyłość (BMI ≥ 30). Odsetek mężczyzn z nadwagą i otyłością wynosił odpowiednio 62,1% oraz 15,7%, a w przypadku kobiet 42,6% oraz 11,7%¹⁶. W 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (BMI ≥ 25) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło już 64% dla mężczyzn i 48% dla kobiet, zaś otyłości (BMI ≥ 30) odpowiednio 15% i 13%. Problemy te znacznie częściej dotyczą mężczyzn, których połowa waży zbyt dużo już w wieku 20-39 lat, a w starszych kategoriach (60-84 lata) ich udział przekracza $\frac{3}{4}$ ¹⁷.

Sytuacja w zakresie nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży jest równie niepokojąca. Według danych publikowanych przez Narodowe Centrum Edukacji Żywniczej w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% małych dzieci (1-3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 22% młodzieży do 15 roku życia¹⁸. Najnowsze dane dotyczące rozpowszechnienia nadwagi i/lub otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce pochodzą z 2022 r. i publikowane są przez współpracującą z WHO organizacją NCD-RisC12 (NCD Risk Factor Collaboration). Według tych danych rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 5-9 lat w Polsce wynosi ok. 25,6%, natomiast w przypadku osób w wieku 10-19 lat – 21,8%¹⁹. Dane dotyczące starszej młodzieży szkolnej (11-13-15 lat) zostały także opublikowane w raporcie HSBC z 2024 r. Według danych zebranych w okresie od marca do lipca 2022 r. nadwaga lub otyłość występowała u 19% dziewcząt i 41% chłopców w wieku 11 lat oraz odpowiednio: 18% i 35% wśród 13 latków, oraz 13% i 28% wśród 15 latków²⁰. Lokalne dane statystyczne dotyczące rozpowszechnienia nadwagi i otyłości wśród dzieci w województwie lubuskim nie są dostępne w ramach statystyki publicznej.

¹⁶ Wojtyński, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB.

¹⁷ Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

¹⁸ Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży, <https://ncez.pzh.gov.pl>.

¹⁹ World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, www.who.int

²⁰ Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

3. Opis obecnego postępowania

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²¹ zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III, V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI). W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, w tym brak jest finansowania efektywnych działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 ujęty został cel operacyjny „profilaktyka nadwagi i otyłości”, w ramach którego zaplanowano wykaz zadań obejmujący realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających nadwadze i otyłości społeczeństwa (w tym dzieci i młodzieży). W wykazie tym znalazły się m.in.: prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej, kształtowanie postaw prozdrowotnych, promocja aktywności fizycznej, a także działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych²².

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026²³ wyraźnie wskazuje, że w ostatnich latach w województwie lubuskim ryzyka żywieniowe oraz wysokie BMI, obok palenia tytoniu oraz wysokiego ciśnienia krwi, znajdują się wśród głównych czynników ryzyka mających największy udział w liczbie zgonów mieszkańców województwa. Należy zatem podejmować działania mające na celu propagowanie

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].

²² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania profilaktyczne, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

Wdrożenie programu profilaktyki nadwagi i otyłości w środowisku dzieci w gminie Żary jest działaniem istotnym, ponieważ nadmierna masa ciała w młodym wieku znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie czy schorzenia układu krążenia. Wczesna profilaktyka pozwala ograniczyć przyszłe koszty leczenia ww. schorzeń, co przynosi wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Dodatkowo warto podkreślić, że dzieci o prawidłowej masie ciała charakteryzują się lepszym samopoczuciem, a także większą energią i sprawnością psychofizyczną, co pozytywnie wpływa na ich rozwój i funkcjonowanie społeczne. Edukacja żywieniowa i promocja aktywności fizycznej pomagają kształtować zdrowe nawyki, które dzieci mogą kontynuować przez całe życie. Dodatkowo, programy profilaktyczne integrują lokalną społeczność, wzmacniając więzi rodzinne i środowiskowe oraz wspierając tworzenie sprzyjającego zdrowiu otoczenia wychowawczego.

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

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁴: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁵: Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości;

²⁴ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].

²⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁶: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubuskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 3.1: Podejmowanie działań profilaktycznych ukierunkowanych na czynniki ryzyka, które najbardziej obciążają populację;
4. Wojewódzki Plan Transformacji dla obszaru województwa lubuskiego²⁷: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 3.1, Działanie 1: Opracowanie i wdrożenie programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na czynniki ryzyka chorobowego i rozpoznane potrzeby zdrowotne.

²⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

²⁷ Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie zaktualizowanego Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022 -2026, DZ. URZ. WOJ. LUB 2024.3166, <https://dzienniki.luw.pl/legalact/2024/3166/> [dostęp: 13.06.2025 r.].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 20%* dzieci i młodzieży uczestniczących w interwencji multikomponentowej w programie.

2. Cel szczegółowy

- 1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki otyłości, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych – rodziców/opiekunów prawnych dzieci w wieku szkolnym.
- 2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.
- 3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.

* wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń w zakresie działań realizowanych w latach poprzednich

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	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) – na podstawie pomiaru wykonanego na pierwszej konsultacji dietetycznej i wizycie podsumowującej
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych (rodziców/opiekunów prawnych dzieci w wieku szkolnym), które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych na pierwszej i końcowej konsultacji dietetycznej
Szczegółowy 3	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej na pierwszej i końcowej konsultacji z zakresu aktywności fizycznej

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji

1. Populacja docelowa

Populację docelową w zakresie działań edukacyjnych będą stanowić dzieci w wieku 7-10 lat, uczęszczające do klas I-III szkół podstawowych na terenie gminy Żary, a także ich rodzice/opiekunowie prawni. Zgodnie z danymi GUS²⁸ w całym okresie realizacji programu działania edukacyjne mogą objąć ok. 860 dzieci w tej grupie wiekowej. Program w zakresie badań przesiewowych będzie skierowany do dzieci 10-letnich, uczęszczających w momencie badania do klas III szkół podstawowych, zamieszkujących gminę Żary, a więc łącznie ok. 650 dzieci urodzonych w latach 2016-2020 (100% populacji docelowej), zgodnie z tabelą II. Badania te pozwolą na wyłonienie corocznie ok. 15 uczestników interwencji multikomponentowej (75 osób w całym okresie realizacji programu). Będą to dzieci zmagające się z otyłością. Populację tę wybrano kierując się chęcią objęcia działaniami PPZ osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, co pozwoli na maksymalizację efektu zdrowotnego możliwego do uzyskania przy posiadanych zasobach finansowych. W przypadku niższej, w stosunku do założonego budżetu, zgłaszalności do PPZ dzieci 10-letnich z diagnozą otyłości, do programu będą włączane także dzieci 10-letnie z diagnozą nadwagi lub, w dalszej kolejności, dzieci 9-letnie z diagnozą otyłości lub nadwagi. Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem danych epidemiologicznych oraz możliwości finansowych gminy Żary.

Tab. II. Populacja docelowa

Populacja dzieci 10-letnich w okresie realizacji programu						
Rok realizacji PPZ	2026	2027	2028	2029	2030	2026-2030
Rok urodzenia	2016	2017	2018	2019	2020	2016-2020
Liczba dzieci	155	138	115	120	120	648

Źródło: Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl (stan na 13.06.2025 r.).

²⁸ Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 23.06.2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.

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

1) Działania edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- dziecko w wieku 7-10 lat
- rodzic/opiekun prawny dziecka w wieku 7-10 lat
- rodzic/opiekun prawny dziecka zamieszkującego na terenie Gminy Żary
- dobrowolna zgoda na udział w Programie

b) Kryteria wyłączenia: brak

2) Badania przesiewowe

a) Kryteria włączenia:

- wiek 10 lat lub pozostawanie uczniem klasy III szkoły podstawowej²⁹
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Żary
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- leczenie otyłości poza programem

3) Interwencja multikomponentowa

a) Kryteria włączenia:

- wiek 10 lat lub pozostawanie uczniem klasy III szkoły podstawowej³⁰
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Żary
- diagnoza otyłości na podstawie wyników badania przesiewowego (wartość BMI w co najmniej 97. centylu dla płci i wieku) lub diagnoza nadwagi na podstawie wyników badania przesiewowego (wartość BMI w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku) – wyłącznie w przypadku niskiej zgłaszalności dzieci z problemem otyłości i pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu

²⁹ W przypadku niskiej zgłaszalności do programu dzieci 10-letnich, zmagających się z otyłością lub nadwagą, dopuszcza się włączenie do programu dzieci 9-letnich, zmagających się z otyłością lub nadwagą (z klas II szkół podstawowych).

³⁰ jw.

- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- leczenie otyłości poza programem
- pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z chorobą przewlekłą
- indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji multikomponentowej

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, placówkami oświatowymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Żary (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.1. Działania edukacyjne

- działania kierowane do dzieci - realizowane w szkołach podstawowych na terenie Gminy Żary przez nauczycieli na podstawie przygotowanych przez realizatora scenariuszy zajęć i wzorów prezentacji do wykorzystania na zajęciach w klasach I-III szkół podstawowych (4 zajęcia 45-minutowe),
- działania kierowane do rodziców – zaplanowane i prowadzone przez dietetyka, pielęgniarkę, edukatora zdrowia, profilaktyka lub specjalistę ds. zdrowia publicznego z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, prowadzone w formie trwającego min. 90 minut spotkania dla rodziców na terenie wybranej szkoły podstawowej z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy rodziców przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji (wzór –

załącznik 4), zrealizowane z założeniem nagrania wykładu celem umożliwienia wielokrotnego odtwarzania i tym samym zapoznania z przekazywanymi treściami szerszego grona odbiorców, w tym rodziców, którzy z różnych przyczyn nie mogli we wskazanym terminie i miejscu uczestniczyć w działaniach edukacyjnych,

- obejmujące następujące tematy:
 - zmiana nawyków zdrowotnych oraz motywacja do podjęcia próby redukcji masy ciała,
 - promowanie zdrowej diety oraz stylu życia, z zachowaniem zasady 5-2-1-0 (≥ 5 porcji warzyw i owoców, ≤ 2 godzin czasu wolnego spędzanego przed ekranami, >1 godziny aktywności fizycznej, 0 dziennego spożycia napojów słodzonych cukrem),
 - czynniki ryzyka nadwagi i otyłości (w tym m.in. czas spędzany w pozycji siedzącej, higiena snu, regulacja liczby spożywanych kalorii, czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi),
 - potencjalne zagrożenia zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości,
 - czytanie etykiet umieszczonych na produktach spożywczych,
 - zasady zdrowego żywienia (m.in. optymalne pory spożywania posiłków, ograniczenie konsumpcji produktów wysokoprzetworzonych, mięsa i produktów mięsnych, stosowanie wzoru „Talerza Zdrowego Żywienia”, dostosowanie energetyczności i wielkości posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku, unikanie używania ekranów podczas posiłków, ryzyko wynikające ze stosowania radykalnych diet),
 - zwiększenie bądź utrzymanie poziomu aktywności fizycznej (m.in. optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną w ciągu dnia, zalecane formy ruchu, zabawy ruchowe i ćwiczenia dostosowane do wieku i możliwości, promowanie udziału w zajęciach sportowych, bilansowanie wydłużającego się czasu spędzanego przez dzieci i młodzież przed urządzeniami elektronicznymi zwiększoną aktywnością fizyczną),
 - promowanie odpowiedniej dla wieku długości snu,
 - informowanie o zaleceniach dotyczących czasu spędzanego przed urządzeniami elektronicznymi – nie powinien on przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2 r. ż;

- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu (wieku oraz stylów uczenia się uczestników),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej).

3.2. Badania przesiewowe

- realizowane przez pielęgniarki/higienistki szkolne lub personel medyczny realizatora,
- realizowane z przeprowadzeniem badania przedmiotowego dziecka, obejmującego przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych,
- realizowane z założeniem diagnozy nadwagi/otyłości, zgodnie z poniższymi wartościami wskaźnika BMI:
 - >97. centyla dla wieku i płci – rozpoznanie otyłości (skierowanie dziecka do programu),
 - 90.-97. centyla dla wieku i płci – rozpoznanie nadwagi (skierowanie dziecka do programu – wyłącznie w przypadku niskiej zgłaszalności dzieci z problemem otyłości i pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu, na podstawie informacji uzyskanych od realizatora),
 - <90. centyla dla wieku i płci – wykluczenie choroby (poinformowanie dziecka o podstawowych metodach profilaktyki nadwagi i otyłości),
- realizowane z założeniem przekazania rodzicowi/opiekunowi prawnemu wyniku badania przesiewowego z zaleceniem zgłoszenia się do programu.

3.3. Interwencja multikomponentowa

Rodzice/opiekunowie prawni dziecka z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego będą zgłaszać się do programu, zgodnie z zaleceniem przekazanym przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną lub personel medyczny zatrudniany przez realizatora. Po zgłoszeniu się do programu nastąpi ustalenie terminu pierwszych trzech konsultacji – dietetycznej, psychologicznej i z zakresu aktywności fizycznej.

Interwencja multikomponentowa składa się z trzech komponentów: dietetycznego, behawioralnego i ruchowego. Każdy z nich prowadzony jest przez specjalistę posiadającego stosowne kompetencje. Specjaliści tworzą zespół, w ramach którego po pierwszych konsultacjach z dzieckiem i rodzicami/opiekunami prawnymi, wymieniają się informacjami na temat uczestników oraz wspólnie ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań. Łączny plan wszystkich spotkań zapewnianych dziecku powinien obejmować co najmniej 26 godzin zegarowych konsultacji. Po zakończeniu wszystkich spotkań realizowana jest wizyta podsumowująca wyniki przeprowadzonych działań w ramach tej interwencji. Ścieżka pacjenta w programie jest następująca:

1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna obejmująca:

- potwierdzenie pozytywnego wyniku badania przesiewowego,
- 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 słodczy, czy dziecko podjada między posiłkami), a także poziom aktywności fizycznej,
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN - wzór w załączniku 5),
- ocenę 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 na błędy żywieniowe dziecka i jego rodziny,
- przedstawienie konsekwencji zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości,
- omówienie zasad diety w oparciu o piramidę zdrowego żywienia IŻŻ,
- naukę wyznaczania kaloryczności posiłków oraz zawartości poszczególnych makroskładników,
- 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) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna obejmująca:

- identyfikację zaburzeń zdrowia psychicznego (takich jak np. depresja, lęki, zaburzenia odżywiania, problemy z postrzeganiem własnego ciała), ocenę przyczyn podjadania (jeżeli występuje), ocenę zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC - wzór w załączniku 6),
- zwiększenie wiedzy i kompetencji uczestnika w zakresie ustanawiania celów, samokontroli, trenowania uważności, kontrolowania bodźców, stosowania pozytywnych wzmocnień, restrukturyzacji poznawczej, asertywności, zdolności regulowania emocji, rozwiązywania problemów, kształtowania siły woli i odporności na stres;

3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej/fizjoterapeutą obejmująca:

- przeprowadzenie krótkiego wywiadu nt. aktywności fizycznej, ze zwróceniem uwagi na uczestnictwo dziecka w podejmowaniu tej aktywności poza szkołą (np. zajęcia sportowe), sposób docierania do szkoły (pieszo, rower, komunikacja miejska, samochód), czas spędzany na aktywnościach sedentarnych (np. TV, komputer, tablet),
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC lub IPAQ - wzór w załączniku 7),
- edukację w zakresie codziennej aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz zachęcanie do aktywnego przemieszczania się pieszo lub na rowerze (m.in. do i ze szkoły),
- 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 ruchowej 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;

4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej

- określony przez zespół specjalistów (psycholog, specjalista aktywności fizycznej/fizjoterapeuta, dietetyk) zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika, zdiagnozowanymi na podstawie trzech pierwszych konsultacji,
- obejmujący 22 godziny działań spośród przedstawionych w tabeli II;

Tab. II. Działania możliwe do zaplanowania w zindywidualizowanym planie działań w ramach interwencji multikomponentowej

Działanie	Opis działania
Indywidualna konsultacja psychologiczna	Działanie obejmujące monitorowanie dziecka pod kątem problemów psychologicznych, motywowanie dziecka oraz rodziców/opiekunów prawnych do kontynuowania udziału w programie zgodnie z założonym planem, zachęcanie do dalszego kształtowania pożądanых wzorców zachowania już poza programem, a także zwiększanie wiedzy w zakresie psychologicznych aspektów otyłości, wpływu otyłości na funkcjonowanie somatyczne, roli rodzica/opiekuna prawnego w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej.
Indywidualna konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej /fizjoterapeutą	Działanie obejmujące monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości, prowadzenie instruktażu dziecka i rodziców w zakresie ćwiczeń możliwych do wykonywania w warunkach domowych oraz omawianie sposobów kontroli postępów, a także omawianie z rodzicami/opiekunami prawnymi efektów prowadzonych ćwiczeń, identyfikacja popełnianych w tym zakresie błędów oraz ich korekta.
Indywidualna konsultacja dietetyczna	Działanie obejmujące weryfikację prowadzenia kontroli spożywanych posiłków oraz ocenę stopnia realizacji założonego planu (ustalonego podczas pierwszej konsultacji dietetycznej), monitorowanie wskaźnika BMI, analizę dzienniczka żywieniowego uczestnika, identyfikację popełnianych błędów żywieniowych, wprowadzenie ewentualnych zmian w planie dietetycznym, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości odnośnie diety, monitorowanie możliwego wystąpienia zaburzeń odżywiania
Warsztaty grupowe dietetyczne	Działania edukacyjne mogące dotyczyć np. zapoznawania uczestników ze sposobami przygotowywania zdrowych posiłków i jadłospisu dla całej rodziny. Zajęcia łączące elementy teoretyczne z praktycznymi, angażujące dzieci w różnorodne aktywności, takie jak gotowanie, degustacje i zabawy, mające na celu kształtowanie świadomości żywieniowej, uczenie zasad zdrowego odżywiania i zachęcanie do wyboru zdrowych produktów.

Zajęcia grupowe z zakresu aktywności fizycznej	Zajęcia grupowe realizowane w grupach jednorodnych pod względem poziomu wydolności, stopnia otyłości i stanu zdrowia dziecka zgodnie z ustaleniami zespołu specjalistów. Zajęcia mogą być zorganizowane przez realizatora lub inny podmiot organizujący zajęcia sportowe dla dzieci (wówczas zajęcia są dofinansowane na zasadzie zwrotu kosztów poniesionych przez rodzica)
--	--

5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna obejmująca:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN - wzór w załączniku 5) i omówienie jego wyników,
- przeanalizowanie 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;

6) Komponent behawioralny - konsultacja końcowa psychologiczna obejmująca:

- ponowną ocenę zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC - wzór w załączniku 6) i omówienie wyników kwestionariusza,
- ocenę efektów zdrowotnych prowadzonych interwencji (m.in. w zakresie wzmocnienia poczucia własnej wartości, siły woli, odporności na stres oraz radzenia z negatywnymi emocjami),
- przekazanie dalszego sposobu postępowania oraz informacji o bezpłatnych formach wsparcia psychicznego dostępnych dla uczestnika poza programem (np. w ramach finansowania NFZ);

7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności fizycznej/fizjoterapeuty obejmująca:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC lub IPAQ - wzór w załączniku 7) i omówienie jego wyników,
- ocenę efektów zdrowotnych prowadzonych interwencji,
- przekazanie dzieciom i rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń w zakresie aktywności fizycznej;

8) Wizyta lekarska podsumowująca wyniki interwencji obejmująca:

- ocenę rozwoju somatycznego dziecka, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych,
- analizę wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach programu na stan zdrowia dziecka,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń odnośnie dalszego postępowania poza programem.

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

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także z oceną technologii medycznych zawartą w Rekomendacji nr 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 szkolnym³¹.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- w przypadku osób, które nie kwalifikują się do badania przesiewowego – udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych,

³¹ Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bip.aotm.gov.pl.

- w przypadku osób, które podczas badania przesiewowego nie zostaną zakwalifikowane do interwencji multikomponentowej – udział w programie kończy się na etapie badania przesiewowego,
- w przypadku osób zakwalifikowanych do interwencji multikomponentowej – udział w programie kończy się wraz z wykonaniem oceny rozwoju somatycznego dziecka w ramach wizyty podsumowującej wyniki tej interwencji,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2025);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z rekomendacją nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. oraz zaopiniowanie programu Wojewodę Lubuskiego (III kwartał 2025)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030);
 - realizacja działań edukacyjnych,
 - realizacja badań przesiewowych,
 - realizacja działań w ramach interwencji multikomponentowej,
 - bieżący monitoring;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (I kwartał 2031 r.);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (I kwartał 2031 r.);

9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2031 r.).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Żary. Realizatorem Programu może być:

- 1) przedsiębiorca, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2024 r. poz. 236 z późn. zm.) lub
- 2) podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) lub
- 3) prowadząca działalność statutową w zakresie zadań wymienionych w ogłoszeniu konkursowym organizacja pozarządowa, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2024 r. poz. 1491 z późn. zm.).

Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności w obszarze udzielania usług zdrowotnych i/lub dietetycznych/psychologicznych,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 236 z późn. zm.) – dotyczy wszystkich podmiotów,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) – dotyczy wyłącznie podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- zapewnienie realizacji działań edukacyjnych przez pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w przeprowadzeniu zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości,
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu dietetycznego interwencji multikomponentowej przez dietetyka (optymalnie

z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),

- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu behawioralnego interwencji multikomponentowej przez psychologa lub psychiatrę dziecięcego (optymalnie z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu ruchowego interwencji multikomponentowej przez specjalistę aktywności ruchowej lub fizjoterapeutę (optymalnie z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie organizacji grupowych zajęć z zakresu aktywności fizycznej lub dofinansowania zajęć organizowanych przez inny podmiot organizujący zajęcia sportowe dla dzieci (na zasadzie zwrotu kosztów poniesionych przez rodzica),
- zapewnienie realizacji wizyty podsumowującej przez lekarza lub lekarza pediatrę,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

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

Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 302], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe 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

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

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

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- 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 z nadwagą 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),
- odsetek osób z otyłością 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.-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
- odsetek osób, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych (rodziców/opiekunów prawnych dzieci w wieku szkolnym), które wypełniły pre-test,
- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych
- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej na pierwszej i końcowej konsultacji z zakresu aktywności fizycznej

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w ramach PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży w szkołach - przygotowanie przez realizatora scenariuszy zajęć i wzoru prezentacji do wykorzystania dla nauczycieli (4 zajęcia 45-minutowe)	2 500,00

2. Działania edukacyjne dla rodziców - spotkanie 90-minutowe z założeniem nagrania wykładu	800,00
3. Badania przesiewowe	30,00
4. Interwencja multikomponentowa	--
1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna	150,00
2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna	150,00
3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności ruchowej/fizjoterapeutą	150,00
4) Indywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej –	--
– konsultacja indywidualna ze specjalistą (dietetyk, psycholog, specjalista z zakresu aktywności fizycznej/fizjoterapeuta)	120,00
– warsztaty grupowe dietetyczne	100,00
– zajęcia grupowe z zakresu aktywności fizycznej	50,00
5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna	150,00
6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna	150,00
7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności ruchowej/fizjoterapeuty	150,00
8) Wizyta lekarska podsumowująca wyniki interwencji	200,00

2. Planowane koszty całkowite

Działania w ramach interwencji multikomponentowej zostaną sfinansowane łącznie dla 75 dzieci. Celem przedstawienia szacunkowych kosztów realizacji programu założono, że każde dziecko w zakresie zindywidualizowanego planu działań w ramach interwencji multikomponentowej odbędzie 6 konsultacji indywidualnych ze specjalistą, weźmie udział w 6 warsztatach grupowych dietetycznych oraz w 10 zajęciach grupowych z zakresu aktywności fizycznej. W praktyce plan ten będzie zindywidualizowany i dostosowany do potrzeb każdego uczestnika.

Tab. IV. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży w szkołach - przygotowanie przez realizatora scenariuszy zajęć i wzoru prezentacji do wykorzystania dla nauczycieli (4 zajęcia 45-minutowe)	1	zadanie	2 500,00	2 500,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców - spotkanie 90-minutowe z założeniem nagrania wykładu	5	rok	800,00	4 000,00
3. Badania przesiewowe	650	osoba	30,00	19 500,00
4. Interwencja multikomponentowa	--	--	--	--
1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna	75	osoba	150,00	11 250,00
2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna	75	osoba	150,00	11 250,00
3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności ruchowej/fizjoterapeutą	75	osoba	150,00	11 250,00
4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej (6 indywidualnych konsultacji – 720 zł, 6 warsztatów grupowych dietetycznych – 600 zł, 10 zajęć grupowych z zakresu aktywności fizycznej – 500 zł)	75	osoba	1 820,00	136 500,00
5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna	75	osoba	150,00	11 250,00
6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna	75	osoba	150,00	11 250,00
7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności ruchowej/fizjoterapeuty	75	osoba	150,00	11 250,00
8) Wizyta lekarska podsumowująca wyniki interwencji	75	osoba	200,00	15 000,00
Koszty Programu				245 000,00

Tab. V. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży w szkołach	1	2 500,00	2 500,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	800,00	800,00
3. Badania przesiewowe	155	30,00	4 650,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 920,00	43 800,00
Razem w roku 2026			51 750,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	800,00	800,00
3. Badania przesiewowe	140	30,00	4 200,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 920,00	43 800,00
Razem w roku 2027			48 800,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	800,00	800,00
3. Badania przesiewowe	115	30,00	3 450,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 920,00	43 800,00
Razem w roku 2028			48 050,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	800,00	800,00
3. Badania przesiewowe	120	30,00	3 600,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 920,00	43 800,00
Razem w roku 2029			48 200,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	800,00	800,00
3. Badania przesiewowe	120	30,00	3 600,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 920,00	43 800,00
Razem w roku 2030			48 200,00
Razem w latach 2026-2030			245 000,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Żary. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Żary oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS oraz placówkami oświatowymi na terenie Gminy.

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 245 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Żary, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Żary. Gmina w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], oraz innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 23.06.2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.
2. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613
4. Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69.
5. Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2002; 1: 17.
6. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219.
7. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (2018). Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, <https://www.klrwp.pl>.
8. Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., *World Obesity Atlas* 2023 .
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
10. Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie zaktualizowanego Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022 -2026, DZ. URZ. WOJ. LUB 2024.3166, <https://dzienniki.luw.pl/legalact/2024/3166/> [dostęp: 13.06.2025 r.].
11. Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.
12. Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.
13. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician*. 2006; 52: 322–328.
14. Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia

- and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
15. Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bip.aotm.gov.pl.
 16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].
 17. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
 18. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005; 90: 1871–1887.
 19. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, <https://stat.gov.pl>.
 20. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.
 21. Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
 22. Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży, <https://ncez.pzh.gov.pl>.
 23. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].
 24. WHO, Obesity and overweight, 21.06.2025 r., www.who.int.
 25. Wojtyniak, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB.
 26. World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, www.who.int.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030” (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Szkoła	
Klasa	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy	
Adres e-mail	

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

2. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział dziecka w programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt telefoniczny lub drogą elektroniczną, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń.

.....
(data i podpis rodzica uczestnika Programu)

3. Badanie przesiewowe

Data badania	
Masa ciała	
Wzrost	

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

4. Interwencja multikomponentowa

1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna

Data konsultacji	
Masa ciała	
Wzrost	
Wynik badania - centyl BMI (dla płci i wieku)	
Wynik badania - diagnoza	☐ masa ciała w normie (<90. centyla) ☐ nadwaga (90.-97. centyla) ☐ otyłość (>97. centyla)
Kwalifikacja do interwencji multikomponentowej	☐ tak ☐ nie
Wynik kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych	
Przeciwwskazania do udziału w programie	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna

Data konsultacji	
Wynik kwestionariusza w zakresie oceny zachowań społecznych	
Przeciwwskazania do udziału w programie	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

3)) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej

Data konsultacji	
Wynik kwestionariusza w zakresie poziomu aktywności fizycznej	
Przeciwwskazania do udziału w programie	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej

Lp.	Nazwa działania	Data działania
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna

Data konsultacji	
Wynik kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych	
Zmiana pozytywna w zakresie nawyków żywieniowych	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna

Data konsultacji	
Ponowny wynik kwestionariusza w zakresie oceny zachowań społecznych	
Zmiana pozytywna w zakresie zachowań społecznych	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności fizycznej

Data konsultacji	
Wynik kwestionariusza w zakresie poziomu aktywności fizycznej	
Zmiana pozytywna w zakresie poziomu aktywności fizycznej	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

8) Wizyta lekarska podsumowująca wyniki interwencji

Data wizyty	
Masa ciała	
Wzrost	
Wynik badania - centyl BMI (dla płci i wieku)	
Wynik badania - diagnoza	☐ masa ciała w normie (<90. centyla) ☐ nadwaga (90.-97. centyla) ☐ otyłość (>97. centyla)
Zmiana w zakresie diagnozy	☐ odnotowanie masy ciała w normie (<90. centyla) po uprzedniej diagnozie otyłości (>97. centyla) ☐ odnotowanie diagnozy nadwagi (90.-97. centyla) po uprzedniej diagnozie otyłości (>97. centyla) ☐ brak zmiany w zakresie diagnozy otyłości ☐ odnotowanie masy ciała w normie (<90. centyla) po uprzedniej diagnozie nadwagi (90.-97. centyla) ☐ brak zmiany w zakresie diagnozy nadwagi ☐ odnotowanie diagnozy otyłości (>97. centyla) po uprzedniej diagnozie nadwagi (90.-97. centyla)

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

5. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy)

Data rezygnacji	
Przyczyna rezygnacji	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	Dane
liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym	
liczba osób, u których wykonano badania 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	
Wyniki ankiety satysfakcji* (krótki opis)	
Ewaluacja*	
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 z nadwagą 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)	
odsetek osób z otyłością 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.-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	
odsetek osób, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych (rodziców/opiekunów prawnych), które wypełniły pre-test	

odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych	
odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej	

* wyłącznie w sprawozdaniu końcowym po zakończeniu realizacji PPZ

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030” (wzór)

(5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

(5 - zdecydowanie przydatne, 4 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nieprzydatne, 1 - zdecydowanie nieprzydatne)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

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

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

(5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Strona 40

Test wiedzy dla uczestnika działań edukacyjnych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030” (wzór)

1) Do oceny prawidłowej masy ciała u dzieci i młodzieży stosuje się:

- a) BMI
- b) wartości centylowe współczynnika stosunku wagi do wzrostu
- c) wartości centylowe współczynnika stosunku masy mięśniowej do wzrostu
- d) odpowiedzi a i b są prawidłowe

2) Kryterium diagnostyczne nadwagi u dzieci i młodzieży jest następujące:

- a) ≥ 80 centyla dla wieku i płci
- b) ≥ 85 centyla dla wieku i płci
- c) ≥ 90 centyla dla wieku i płci
- d) ≥ 95 centyla dla wieku i płci

3) Rekomendacje naukowe wskazują, że aktywność fizyczna powinna być podejmowana przez dziecko codziennie lub niemal codziennie. Jaki jest optymalny czas jej trwania?

- a) 15 minut
- b) 30 minut
- c) 60 minut
- d) 90 minut

4) Rekomendacje naukowe wskazują na konieczność zbilansowania związanego z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież. W odniesieniu do dzieci w wieku szkolnym czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać:

- a) 30 minut dziennie
- b) 60 minut dziennie
- c) 90 minut dziennie
- d) 120 minut dziennie

5) Jedna porcja warzyw i owoców to na przykład 1 marchewka, 1 jabłko, miseczka sałatki warzywnej lub garść borówek. Ile takich porcji powinno zjadać dziecko każdego dnia?

- a) 2
- b) 3
- c) 4
- d) 5

Kwestionariusz oceny nawyków żywieniowych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

1. Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w dniach, w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu

W dniach szkolnych	W dniach weekendu
☐ nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły	☐ nigdy nie jem śniadania w dniach weekendu
☐ jem jednego dnia	☐ zwykle jem śniadanie w jednym dniu weekendu (w sobotę lub w niedzielę)
☐ dwa dni	☐ zwykle jem śniadanie w obu dniach weekendu (w sobotę i w niedzielę)
☐ trzy dni	
☐ cztery dni	
☐ pięć dni	

2. Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty?

Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu

	nigdy	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	codziennie, 1 raz	codziennie częściej niż 1 raz
Owoce	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Warzywa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Słodycze (cukierki, czekolada)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Coca-cola lub inne napoje z dodatkiem cukru	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jak często Ty i Twoja rodzina zazwyczaj jecie razem posiłki?

- ☐ codziennie
☐ w większość dni
☐ około 1 raz w tygodniu
☐ rzadko
☐ nigdy

Kwestionariusz oceny zachowań społecznych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

1. Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś:

- ☐ zdecydowanie za szczupła/y
☐ trochę za szczupła/y
☐ w sam raz
☐ trochę za gruba/y
☐ zdecydowanie za gruba/y

2. Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, aby schudnąć?

- ☐ nie, bo ważę tyle ile trzeba
☐ nie, ale powinnam/powinienem trochę schudnąć
☐ nie, bo powinnam/powinienem przytyć
☐ tak

3. Co sądzisz obecnie o swojej szkole?

- ☐ bardzo ją lubię
☐ trochę ją lubię
☐ niezbyt ją lubię
☐ nie lubię jej wcale

4. Przeczytaj uważnie i zaznacz w skali od 1 do 7, na ile zgadzasz się z podanymi niżej stwierdzeniami. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie nie zgadzam się (1)	2	3	4	5	6	całkowicie zgadzam się (7)
Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomagać	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mogę liczyć na moich kolegów i koleżanki, kiedy coś idzie nie tak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mam kolegów i koleżanki, z którymi mogę dzielić moje radości i troski	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mogę rozmawiać z kolegami i koleżankami o moich problemach	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jak rozmawia Ci się z niżej wymienionymi osobami o sprawach, które Cię naprawdę niepokoją? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	bardzo łatwo (1)	łatwo (2)	trudno (3)	bardzo trudno (4)	nie mam lub nie widuję tej osoby (5)
Tatą	☐	☐	☐	☐	☐
Ojczymem (lub partnerem mamy)	☐	☐	☐	☐	☐
Mamą	☐	☐	☐	☐	☐
Macochą (lub partnerką taty)	☐	☐	☐	☐	☐

6. Interesuje nas Twój stosunek do poniższych stwierdzeń. Uważnie przeczytaj każde stwierdzenie, a następnie określ w skali od 1 d 7 swoje odczucia wobec każdego z nich. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie nie zgadzam się (1)	2	3	4	5	6	całkowicie zgadzam się (7)
Moja rodzina bardzo stara się mi pomagać	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moja rodzina daje mi potrzebną emocjonalną pomoc i wsparcie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mogę rozmawiać o moich problemach z rodziną	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu własnych decyzji	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kwestionariusz oceny poziomu aktywności fizycznej w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia, w czasie których praca Twojego serca przyspiesza, masz poczucie, że „brak Ci tchu” (szybciej oddychasz). Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, zabawami ruchowymi z kolegami, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w piłkę. Odpowiadając na następne pytanie oblicz, ile czasu łącznie przeznaczyłeś każdego dnia na aktywność fizyczną.

1. W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0 dni	1	2	3	4	5	6	7 dni

2. Jak często, w czasie wolnym POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

- ☐ codziennie
- ☐ 4 – 6 razy w tygodniu
- ☐ 2 – 3 razy w tygodniu
- ☐ 1 raz w tygodniu
- ☐ 1 raz w miesiącu
- ☐ mniej niż 1 raz w miesiącu
- ☐ nigdy

Uzasadnienie

Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. Zdecydowaną większość wszystkich przypadków otyłości u uczniów (90%) stanowi otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń lub chorób ośrodkowego układu nerwowego.

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wyraźnie wskazuje, że w ostatnich latach w województwie lubuskim ryzyka żywieniowe oraz wysokie BMI, obok palenia tytoniu oraz wysokiego ciśnienia krwi, znajdują się wśród głównych czynników ryzyka mających największy udział w liczbie zgonów mieszkańców województwa. Należy zatem podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania profilaktyczne, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

Wdrożenie programu profilaktyki nadwagi i otyłości w środowisku dzieci w gminie Żary jest działaniem istotnym, ponieważ nadmierna masa ciała w młodym wieku znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie czy schorzenia układu krążenia. Wczesna profilaktyka pozwala ograniczyć przyszłe koszty leczenia ww. schorzeń, co przynosi wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Dodatkowo warto podkreślić, że dzieci o prawidłowej masie ciała charakteryzują się lepszym samopoczuciem, a także większą energią i sprawnością psychofizyczną, co pozytywnie wpływa na ich rozwój i funkcjonowanie społeczne. Edukacja żywieniowa i promocja aktywności fizycznej pomagają kształtować zdrowe nawyki, które dzieci mogą kontynuować przez całe życie. Dodatkowo, programy profilaktyczne integrują lokalną społeczność, wzmacniając więzi rodzinne i środowiskowe oraz wspierając tworzenie sprzyjającego zdrowiu otoczenia wychowawczego.