

Projekt

z dnia 16 kwietnia 2026 r.
Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY BIAŁE BŁOTA**

z dnia 2026 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie zatwierdzenia programów polityki zdrowotnej
na lata 2026 - 2029.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 i art. 48 ust. 1 i ust.5, art. 48a ust.1, ust. 2, art. 48aa ust. 5 i ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) uchwała co następuje:

§ 1. W uchwale Nr XXVI/162/2025 Rady Gminy Białe Błota z dnia 18 grudnia 2025 r. w sprawie zatwierdzenia programów polityki zdrowotnej na lata 2026 -2029 § 1 otrzymuje brzmienie: "§ 1. Przyjmuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Białe Błota na lata 2026 - 2029 następujące programy polityki zdrowotnej:

1. "Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku, wśród dzieci w wieku 5 lat, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2025 - 2029"

2. "Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2026 - 2029" - dodaje się załącznik nr 2 do uchwały nr XXVI/162/2025 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

3. "Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko - pomorskiego"."

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Gminy

Sławomir Ossowski

Załącznik do uchwały nr
Rady Gminy Białe Błota
z dnia 2026 r.

Urząd Gminy Białe Błota
ul. Szubińska 7
86-005 Białe Błota
woj. kujawsko-pomorskie



PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym,
mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2026-2029**

Podstawa prawna

1. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r., poz. 1153 t.j. z późniejszymi zmianami);
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 t.j. z późn. zm.).

Białe Błota 2026

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu	3
<i>I.1 Opis problemu zdrowotnego</i>	3
<i>I.2 Dane epidemiologiczne.....</i>	3
<i>I.3 Obecne postępowanie</i>	4
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	7
<i>II.1 Cel główny</i>	7
<i>II.2 Cele szczegółowe</i>	7
<i>II.3 Mierniki efektywności realizacji programu.....</i>	7
Cel główny:	7
Cele szczegółowe:.....	8
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji.....	9
<i>III.1 Populacja docelowa.....</i>	9
<i>III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu</i>	9
Kryteria włączenia do programu	9
Kryteria wyłączenia z programu:	10
<i>III.3 Planowane interwencje</i>	10
Etap I - działania organizacyjne	10
Etap II - badania przesiewowe oraz działania edukacyjne	11
Etap III - interwencja multikomponentowa.....	12
Etap IV - monitorowanie efektów oraz zakończenie udziału w programie.....	13
<i>III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu</i>	13
<i>III.5 Sposób zakończenia udziału w programie.....</i>	15
Udział uczestnika w programie kończy się w jednym z następujących przypadków:	15
IV. Organizacja programu	17
<i>IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów.....</i>	17
<i>IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....</i>	18
1. Warunki dotyczące personelu	19
2. Warunki dotyczące wyposażenia	19
3. Warunki dotyczące pomieszczeń.....	20
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu.....	21
<i>V.1 Monitorowanie.....</i>	21
<i>V.2 Ewaluacja</i>	23
VI. Budżet programu.....	25
<i>VI.1 Koszty jednostkowe</i>	25
<i>VI.2 Koszty całkowite.....</i>	29
<i>VI. 3 Źródła finansowania.....</i>	30
VII. Bibliografia.....	31
VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora	33
<i>ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór</i>	33
<i>ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór</i>	34
<i>ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne - wzór.....</i>	35
<i>ZAŁĄCZNIK 4. Test wiedzy uczniowie.....</i>	37
<i>ZAŁĄCZNIK 5. Test wiedzy rodzice/opiekunowie prawni.....</i>	38

I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Nadwaga i otyłość należą do najistotniejszych problemów zdrowia publicznego XXI wieku, obejmujących również populację dzieci i młodzieży. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) są to stany nieprawidłowej lub nadmiernej akumulacji tkanki tłuszczowej, które stanowią zagrożenie dla zdrowia. Otyłość jest przewlekłą chorobą metaboliczną, wynikającą z długotrwałego dodatniego bilansu energetycznego oraz zaburzeń regulacji mechanizmów metabolicznych.

W ostatnich dekadach obserwuje się istotne zmiany stylu życia, które sprzyjają rozwojowi nadmiernej masy ciała. Zwiększona dostępność żywności wysokoprzetworzonej, o wysokiej gęstości energetycznej, zmiany wzorców żywieniowych oraz ograniczenie spontanicznej aktywności fizycznej prowadzą do utrwalania nieprawidłowych nawyków zdrowotnych już od najmłodszych lat. Istotną rolę odgrywają czynniki środowiskowe i rodzinne, w tym sposób żywienia w gospodarstwie domowym, poziom aktywności fizycznej oraz styl życia rodziny.

Nadwaga i otyłość w wieku rozwojowym mają charakter wieloczynnikowy. Do najważniejszych determinant należą nieprawidłowe nawyki żywieniowe, niska aktywność fizyczna, nadmierne korzystanie z urządzeń elektronicznych, czynniki psychospołeczne oraz uwarunkowania środowiskowe. W zdecydowanej większości przypadków otyłość u dzieci ma charakter pierwotny i nie jest związana z chorobami somatycznymi.

Konsekwencje nadmiernej masy ciała u dzieci obejmują szerokie spektrum zaburzeń zdrowotnych. Do najczęstszych należą zaburzenia gospodarki lipidowej, insulinooporność, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, niealkoholowe stłuszczenie wątroby oraz zaburzenia układu kostno-stawowego. Nadwaga i otyłość wpływają również na funkcjonowanie psychospołeczne dzieci, obniżając samoocenę, sprzyjając izolacji rówieśniczej oraz zwiększając ryzyko występowania zaburzeń emocjonalnych.

Istotnym problemem jest utrzymywanie się nadmiernej masy ciała w kolejnych etapach życia. Dzieci z nadwagą i otyłością mają znacząco zwiększone ryzyko wystąpienia otyłości w wieku dorosłym, co przekłada się na wzrost częstości chorób przewlekłych oraz obciążenia systemu ochrony zdrowia.

Ocena stanu odżywienia dzieci opiera się na wskaźniku masy ciała (BMI) odnoszonym do siatek centylowych właściwych dla płci i wieku. Nadwagę rozpoznaje się przy wartościach BMI w zakresie 90.-97. centyla, natomiast otyłość przy wartościach powyżej 97. centyla. Wczesna identyfikacja dzieci z nieprawidłową masą ciała umożliwia wdrożenie działań profilaktycznych i interwencyjnych na etapie, w którym ich skuteczność jest najwyższa.

I.2 Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży stanowią narastający problem zdrowotny o charakterze globalnym. Według danych WHO oraz NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) z 2022 r., w populacji dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat nadwaga występuje u około 15,9%, natomiast otyłość u około 7,1%. W ostatnich dekadach obserwuje się systematyczny wzrost częstości występowania nadmiernej masy ciała w tej populacji.

W Polsce problem nadwagi i otyłości wśród dzieci ma istotne znaczenie epidemiologiczne. Dane za lata 2018-2020 wskazują, że około 32,3% dzieci w wieku 7-9 lat ma masę ciała powyżej normy, w tym 13,6% spełnia kryteria otyłości. Analizy wskazują, że nadmierna masa ciała częściej występuje u chłopców niż u dziewcząt.

Dane z badań populacyjnych, w tym HBSC oraz raportów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, wskazują na utrzymujący się wysoki odsetek dzieci z nieprawidłową masą ciała oraz brak trwałej poprawy w tym zakresie w ostatnich latach. W wybranych grupach wiekowych obserwuje się tendencję wzrostową, szczególnie wśród chłopców w wieku szkolnym.

Na poziomie regionalnym, zgodnie z analizami Map Potrzeb Zdrowotnych, czynniki ryzyka związane z nieprawidłowym żywieniem oraz niską aktywnością fizyczną istotnie wpływają na obciążenie zdrowotne populacji, mierzone m.in. wskaźnikiem DALY. Wskazuje to na konieczność podejmowania działań profilaktycznych ukierunkowanych na ograniczenie tych czynników już w wieku rozwojowym.

Dodatkowo wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli wskazują na niewystarczające wykorzystanie danych z badań przesiewowych oraz brak systematycznego monitorowania problemu nadmiernej masy ciała na poziomie lokalnym, co utrudnia planowanie i realizację skutecznych działań profilaktycznych.

Powyższe dane potwierdzają zasadność prowadzenia zorganizowanych działań profilaktycznych ukierunkowanych na populację dzieci w wieku szkolnym.

Niniejszy program polityki zdrowotnej odpowiada na zidentyfikowany problem nadmiernej masy ciała wśród dzieci w wieku szkolnym na terenie gminy, wpisując się w kierunki rekomendowane przez krajowe instytucje.

1.3 Obecne postępowanie

Obecne postępowanie w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci obejmuje działania prowadzone na poziomie krajowym oraz lokalnym. Na poziomie systemowym problem ten został uwzględniony w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025, w ramach którego realizowane są działania z zakresu promocji zdrowego stylu życia, w tym prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej.

W praktyce klinicznej identyfikacja nadwagi i otyłości u dzieci odbywa się głównie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, podczas bilansów zdrowia oraz wizyt lekarskich. W przypadku rozpoznania nieprawidłowej masy ciała zalecane jest wdrożenie postępowania obejmującego modyfikację stylu życia, w tym zmianę nawyków żywieniowych oraz zwiększenie aktywności fizycznej.

Zgodnie z zapisami wytycznych praktyki klinicznej oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych profilaktyka nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej powinna być realizowana z wykorzystaniem interwencji obejmujących badania przesiewowe, działania informacyjno-edukacyjne, działania z zakresu modyfikacji stylu życia oraz wsparcie psychologiczne.

W rekomendacjach wskazuje się, że badania przesiewowe powinny być prowadzone poprzez regularne pomiary antropometryczne, a podstawowym narzędziem oceny pozostaje pomiar wartości BMI z zastosowaniem siatek centylowych dostosowanych do wieku i płci. W części wytycznych wskazuje się

również na zasadność uzupełniania oceny o dodatkowe parametry, takie jak obwód talii czy procentowa zawartość tkanki tłuszczowej.

Kluczową metodą zapobiegania nadmiernej masie ciała jest kompleksowa modyfikacja stylu życia dziecka, obejmująca w szczególności zmianę sposobu odżywiania, zwiększenie poziomu aktywności fizycznej oraz ograniczenie czynników ryzyka związanych ze stylem życia. Istotnym elementem skutecznych działań profilaktycznych jest również edukacja zdrowotna, która powinna być prowadzona zarówno wśród dzieci, jak i ich rodziców lub opiekunów prawnych, ze względu na ich kluczową rolę w kształtowaniu nawyków zdrowotnych.

Część wytycznych klinicznych wskazuje również na zasadność uwzględnienia wsparcia psychologicznego, którego celem jest wzmacnianie motywacji do zmiany zachowań zdrowotnych oraz wspieranie trwałości podejmowanych działań.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.), ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży obejmuje kompleksowe świadczenia profilaktyczne realizowane od urodzenia do ukończenia 19. roku życia, w tym porady patronażowe oraz badania bilansowe zawierające elementy badań przesiewowych.

Świadczenia te realizowane są przez:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - w ramach porad patronażowych i badań bilansowych, w tym badań przesiewowych,
- pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej - w ramach wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych,
- położną podstawowej opieki zdrowotnej - w ramach wizyt patronażowych,
- pielęgniarkę lub higienistkę szkolną - w ramach wykonywania i interpretacji testów przesiewowych.

W większości świadczeń profilaktycznych uwzględnione są pomiary antropometryczne, takie jak wysokość lub długość ciała, masa ciała oraz wyliczenie wskaźnika BMI, co umożliwia monitorowanie rozwoju dziecka i wczesne wykrywanie nieprawidłowości.

Działania profilaktyczne realizowane są również w środowisku szkolnym, jednak ich zakres i intensywność są zróżnicowane, a interwencje często mają charakter jednorazowy lub ograniczony do edukacji zdrowotnej, bez zapewnienia kompleksowego wsparcia dla dzieci z rozpoznaną nadwagą lub otyłością.

Na poziomie lokalnym działania w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości często nie mają charakteru systemowego, a dostęp do kompleksowych interwencji, obejmujących zarówno diagnozę, jak i działania edukacyjne oraz terapeutyczne, jest ograniczony.

W związku z powyższym istnieje potrzeba wdrożenia programu polityki zdrowotnej, który w sposób kompleksowy obejmie działania przesiewowe, edukacyjne oraz interwencyjne, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami, zapewniając jednocześnie ich dostępność dla populacji dzieci w wieku szkolnym.

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym. Projekt wpisuje się w priorytet „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”, który należy do priorytetów zdrowotnych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 469), zmienionym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. (Dz.U. 2021 poz. 2144):

- priorytet 1.ppkt d: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy;
- priorytet 3: Przeciwdziałanie występowaniu otyłości.

W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 8 kwietnia 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642) została opisana lista zadań służących realizacji celu operacyjnego numer 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości, w tym zadanie 14 - Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym zamieszkałych na terenie Gminy Białe Błota, objętych programem w latach 2026-2029, poprzez wczesną identyfikację nieprawidłowej masy ciała oraz wdrożenie interwencji multikomponentowej, mierzone osiągnięciem poprawy stanu odżywienia u co najmniej 25% uczestników interwencji.

Poprawa stanu odżywienia definiowana jest jako:

- obniżenie wartości BMI o co najmniej 1 kg/m² względem wartości wyjściowej lub
- spadek wartości BMI o co najmniej 0,25 odchylenia standardowego (BMI SDS) lub
- przejście z wartości ≥ 90 . centyla do wartości < 90 . centyla dla wieku i płci lub
- utrzymanie stabilnej masy ciała przy jednoczesnym wzroście wysokości ciała (brak progresji do wyższych centyli BMI) w okresie obserwacji.

II.2 Cele szczegółowe

1. Zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 40% uczestników działań edukacyjnych, mierzone uzyskaniem wysokiego poziomu wiedzy w teście końcowym ($\geq 75\%$ poprawnych odpowiedzi).
2. Poprawa nawyków żywieniowych u co najmniej 30% uczestników interwencji multikomponentowej, oceniana na podstawie standaryzowanego kwestionariusza żywieniowego (np. KomPAN, HBSC lub równoważnego), poprzez zmianę co najmniej jednego istotnego parametru żywieniowego w kierunku prozdrowotnym.
3. Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej u co najmniej 30% uczestników interwencji multikomponentowej, oceniane na podstawie standaryzowanego kwestionariusza aktywności fizycznej (np. IPAQ lub HBSC), poprzez wzrost deklarowanego poziomu aktywności fizycznej względem pomiaru początkowego.
4. Przeprowadzenie badań przesiewowych w zakresie pomiarów antropometrycznych u co najmniej 80% populacji dzieci w wieku szkolnym objętych programem.
5. Objęcie interwencją multikomponentową co najmniej 90% dzieci, u których w badaniu przesiewowym stwierdzono BMI ≥ 90 . centyla dla wieku i płci, z uwzględnieniem możliwości etapowego włączania uczestników w przypadku ograniczeń organizacyjnych.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu

Cel główny:

Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których w pomiarze końcowym uzyskano poprawę stanu odżywienia zgodnie z definicją wskazaną w celu głównym, w stosunku do wszystkich uczestników, którzy rozpoczęli interwencję.

Wartość oczekiwana: $\geq 25\%$.

Cele szczegółowe:

1. Odsetek uczestników działań edukacyjnych, którzy uzyskali $\geq 75\%$ poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy po zakończeniu interwencji, w stosunku do liczby uczestników, którzy wypełnili test początkowy.
Wartość oczekiwana: $\geq 40\%$.
2. Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których stwierdzono poprawę w zakresie nawyków żywieniowych w pomiarze końcowym względem pomiaru początkowego (na podstawie standaryzowanego kwestionariusza).
Wartość oczekiwana: $\geq 30\%$.
3. Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których stwierdzono wzrost poziomu aktywności fizycznej w pomiarze końcowym względem pomiaru początkowego (na podstawie standaryzowanego kwestionariusza).
Wartość oczekiwana: $\geq 30\%$.
4. Odsetek dzieci w wieku szkolnym objętych badaniami przesiewowymi w stosunku do populacji kwalifikującej się do udziału w programie.
Wartość oczekiwana: $\geq 80\%$.
5. Odsetek dzieci, u których w badaniu przesiewowym stwierdzono BMI $\geq 90.$ centyla dla wieku i płci, które zostały zakwalifikowane i rozpoczęły udział w interwencji multikomponentowej.
Wartość oczekiwana: $\geq 90\%$.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

III.1 Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci w wieku szkolnym zamieszkałe na terenie Gminy Białe Błota oraz ich rodzice lub opiekunowie prawni.

Liczba uczniów szkół podstawowych na terenie Gminy Białe Błota wynosi 2926 osób (dane na dzień 06.01.2026 r., źródło: COEIS).

Program obejmuje trzy poziomy oddziaływań:

1. Populacja ogólna (przesiewowa) - wszystkie dzieci w wieku szkolnym uczęszczające do szkół podstawowych na terenie gminy, objęte badaniami przesiewowymi w zakresie pomiarów antropometrycznych.
2. Populacja edukacyjna - dzieci w wieku szkolnym oraz ich rodzice lub opiekunowie prawni uczestniczący w działaniach informacyjno-edukacyjnych realizowanych w ramach programu.
3. Populacja interwencyjna - dzieci, u których w wyniku badań przesiewowych stwierdzono nieprawidłową masę ciała, tj. wartość BMI ≥ 90 . centyla dla wieku i płci, zakwalifikowane do udziału w interwencji multikomponentowej wraz z rodzicami lub opiekunami prawnymi.

W przypadku ograniczonych możliwości organizacyjnych lub finansowych dopuszcza się etapowe włączanie uczestników do interwencji multikomponentowej, przy czym w pierwszej kolejności obejmowane są dzieci z wartością BMI ≥ 97 . centyla dla wieku i płci. Ograniczenie to nie zmienia zasad kwalifikacji do programu, a jedynie kolejność udzielania świadczeń.

Rodzice lub opiekunowie prawni dzieci zakwalifikowanych do interwencji multikomponentowej stanowią integralną część populacji objętej programem i uczestniczą w działaniach edukacyjnych oraz elementach interwencji ukierunkowanych na zmianę nawyków zdrowotnych.

III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kwalifikacja do programu odbywa się na podstawie wyników badań przesiewowych oraz spełnienia określonych kryteriów włączenia, z uwzględnieniem podziału na poszczególne etapy programu.

Kryteria włączenia do programu

Kryteria włączenia do części przesiewowej:

- zamieszkanie na terenie Gminy Białe Błota,
- uczęszczanie do szkoły podstawowej na terenie gminy,
- zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie.

Kryteria włączenia do części edukacyjnej:

- spełnienie kryteriów udziału w części przesiewowej lub zgłoszenie udziału przez rodzica/opiekuna prawnego,
- wyrażenie zgody na udział w działaniach edukacyjnych.

Kryteria włączenia do interwencji multikomponentowej:

- udział w badaniu przesiewowym realizowanym w ramach programu,

- stwierdzenie wartości BMI ≥ 90 . centyla dla wieku i płci na podstawie siatek centylowych,
- wyrażenie zgody rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w interwencji,
- gotowość do udziału w zaplanowanych działaniach programu (dziecko oraz rodzic/opiekun prawny).

Kwalifikacji do interwencji dokonuje realizator programu na podstawie wyników pomiarów antropometrycznych oraz dokumentacji programowej.

Kryteria wyłączenia z programu:

- brak zgody rodzica lub opiekuna prawnego na udział w programie,
- brak możliwości udziału w zaplanowanych działaniach programu,
- uczestnictwo dziecka w innym programie o analogicznym zakresie interwencji,
- rozpoznana choroba wymagająca specjalistycznego leczenia otyłości lub pozostawanie pod stałą opieką specjalistyczną w tym zakresie (np. leczenie w poradni specjalistycznej),
- przeciwwskazania medyczne do udziału w działaniach programu, stwierdzone przez lekarza lub innego uprawnionego specjalistę.

Uczestnictwo w programie ma charakter dobrowolny i wymaga uzyskania świadomej zgody rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.

III.3 Planowane interwencje

Interwencje realizowane w ramach programu mają charakter kompleksowy i obejmują działania organizacyjne, badania przesiewowe, działania edukacyjne oraz interwencję multikomponentową skierowaną do dzieci z rozpoznaną nadwagą lub otyłością.

Realizacja programu przebiega etapowo.

Etap I - działania organizacyjne

Etap obejmuje przygotowanie programu do realizacji oraz zapewnienie warunków organizacyjnych umożliwiających jego wdrożenie.

W ramach etapu realizowane są następujące działania:

- wybór realizatora programu,
- opracowanie szczegółowego harmonogramu realizacji programu,
- przygotowanie dokumentacji programowej oraz narzędzi wykorzystywanych w trakcie realizacji programu,
- przeprowadzenie szkolenia dla personelu realizującego program w zakresie zasad jego realizacji, sposobu kwalifikacji uczestników oraz prowadzenia dokumentacji,
- nawiązanie współpracy ze szkołami podstawowymi z terenu gminy,
- przeprowadzenie działań informacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych.

Dodatkowo w ramach etapu realizowane są:

- przygotowanie i przeprowadzenie działań informacyjno-promocyjnych programu,
- przygotowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych,

- organizacja i przeprowadzenie szkolenia dla personelu realizującego program, obejmującego zasady realizacji programu, sposób kwalifikacji uczestników oraz prowadzenie dokumentacji.

Etap II - badania przesiewowe oraz działania edukacyjne

Badania przesiewowe realizowane są w populacji dzieci w wieku szkolnym uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Białe Błota.

Badania prowadzone są na terenie szkół lub w innych wskazanych przez realizatora miejscach, przez wykwalifikowany personel medyczny.

Zakres badań obejmuje:

- pomiar masy ciała,
- pomiar wysokości ciała,
- wyliczenie wskaźnika BMI,
- odniesienie wartości BMI do siatek centylowych właściwych dla wieku i płci.

Zakres badań obejmuje również analizę składu ciała metodą bioimpedancji, w szczególności w przypadku uczestników wymagających pogłębionej oceny stanu odżywienia.

W ramach etapu wykorzystywane są również materiały jednorazowe oraz dokumentacja programowa, w tym formularze zgód i karty uczestnika.

Na podstawie wyników badań przesiewowych dokonywana jest kwalifikacja uczestników do interwencji multikomponentowej.

Działania edukacyjne

Realizowane są w formie warsztatów lub spotkań edukacyjnych:

- dla dzieci - w wymiarze co najmniej 1 spotkania edukacyjnego na grupę,
- dla rodziców/opiekunów prawnych - w wymiarze co najmniej 1 spotkania edukacyjnego.

Czas trwania pojedynczego spotkania edukacyjnego wynosi nie mniej niż 45 minut.

Zakres tematyczny obejmuje:

- zasady prawidłowego żywienia,
- znaczenie aktywności fizycznej,
- ograniczanie czynników ryzyka nadwagi i otyłości,
- kształtowanie prawidłowych nawyków zdrowotnych w środowisku domowym.

W ramach realizacji działań edukacyjnych wykorzystywane są materiały edukacyjne dostosowane do wieku uczestników, wspierające utrwalanie przekazywanej wiedzy oraz zmianę zachowań zdrowotnych.

Działania edukacyjne obejmują również szkolenia dla osób zaangażowanych w realizację programu, w szczególności kadry szkolnej i personelu wspierającego.

W ramach działań edukacyjnych przeprowadzany jest test wiedzy w formie pomiaru początkowego (przed rozpoczęciem edukacji) oraz pomiaru końcowego (po jej zakończeniu), umożliwiający ocenę przyrostu wiedzy uczestników.

Treść i forma (np. obrazkowy dla najmłodszych) testu wiedzy dostosowywana jest do wieku uczestników.

Etap III - interwencja multikomponentowa

Interwencja multikomponentowa skierowana jest do dzieci zakwalifikowanych do programu na podstawie kryteriów określonych w rozdziale III.2 oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.

Interwencja realizowana jest w okresie od 3 do 6 miesięcy i obejmuje co najmniej 6 spotkań interwencyjnych.

Pojedyncze spotkanie trwa nie mniej niż 60 minut.

Interwencja obejmuje następujące komponenty:

1. Komponent dietetyczny:

- minimum 2 konsultacje indywidualne z dietetykiem,
- ocena sposobu żywienia,
- identyfikacja błędów żywieniowych,
- opracowanie zaleceń dietetycznych dostosowanych do wieku i potrzeb uczestnika.

Interwencja obejmuje również wizyty kontrolne mające na celu ocenę postępów oraz modyfikację zaleceń żywieniowych.

2. Komponent aktywności fizycznej:

- minimum 2 spotkania z zakresu aktywności fizycznej (indywidualne lub grupowe),
- opracowanie zaleceń dotyczących zwiększenia poziomu aktywności fizycznej,
- dostosowanie form aktywności do możliwości dziecka.

3. Komponent behawioralny / wsparcie psychologiczne:

- minimum 2 spotkania ukierunkowane na zmianę zachowań zdrowotnych,
- wzmacnianie motywacji do zmiany stylu życia,
- identyfikacja barier oraz wsparcie w ich przezwyciężaniu.

Spotkania mogą mieć charakter indywidualny lub grupowy, w zależności od organizacji programu.

Rodzice lub opiekunowie prawni uczestniczą w co najmniej części spotkań interwencyjnych.

4. Komponent medyczny (lekarski):

- obejmuje konsultacje lekarskie (np. pediatryczne) mające na celu ocenę stanu zdrowia uczestnika, kwalifikację do interwencji oraz monitorowanie przebiegu procesu terapeutycznego,
- w uzasadnionych przypadkach obejmuje wizyty kontrolne.

Etap IV - monitorowanie efektów oraz zakończenie udziału w programie

Po zakończeniu interwencji przeprowadzane są pomiary końcowe obejmujące:

- pomiar masy ciała,
- pomiar wysokości ciała,
- wyliczenie BMI oraz jego interpretację względem siatek centylowych.

Dodatkowo przeprowadzana jest:

- ocena poziomu wiedzy (w przypadku działań edukacyjnych),
- ocena zmian w zakresie nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej (na podstawie zastosowanych kwestionariuszy).

Pomiar końcowy wykonywany jest nie wcześniej niż po zakończeniu pełnego cyklu interwencji.

Udział uczestnika w programie kończy się po wykonaniu pomiaru końcowego lub w przypadku rezygnacji z udziału.

Dane zbierane w trakcie realizacji programu obejmują również informacje niezbędne do oceny jakości świadczeń oraz analizy efektywności programu, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale V.

III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w ramach programu udzielane są w sposób zorganizowany, etapowy, z zapewnieniem równego dostępu dla populacji docelowej oraz zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym programie.

Udział w programie ma charakter dobrowolny i wymaga uzyskania świadomej zgody rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.

Świadczenia realizowane są w następujący sposób:

1. Etap kwalifikacji i badań przesiewowych

Świadczenia w zakresie badań przesiewowych realizowane są w populacji dzieci w wieku szkolnym uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Białe Błota.

Badania prowadzone są na terenie szkół lub w innych miejscach wskazanych przez realizatora programu, przez wykwalifikowany personel medyczny, w warunkach zapewniających poufność oraz prawidłowość i powtarzalność pomiarów.

Zakres świadczeń obejmuje pomiar masy ciała, wysokości ciała oraz wyliczenie wskaźnika BMI i jego interpretację na podstawie siatek centylowych właściwych dla wieku i płci.

Kwalifikacji uczestników do dalszych etapów programu dokonuje realizator programu na podstawie wyników pomiarów antropometrycznych oraz kryteriów określonych w rozdziale III.2.

2. Etap działań edukacyjnych

Świadczenia edukacyjne realizowane są w formie spotkań grupowych lub warsztatów skierowanych do dzieci oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.

Zajęcia realizowane są w wymiarze co najmniej jednego spotkania dla dzieci oraz jednego spotkania dla rodziców/opiekunów prawnych, przy czym czas trwania pojedynczego spotkania wynosi nie mniej niż 45 minut.

Zajęcia prowadzone są przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje w zakresie edukacji zdrowotnej, dietetyki lub promocji zdrowia.

3. Etap interwencji multikomponentowej

Świadczenia w ramach interwencji multikomponentowej udzielane są dzieciom zakwalifikowanym do programu na podstawie wyników badań przesiewowych oraz spełnienia kryteriów określonych w rozdziale III.2.

Interwencja realizowana jest w okresie od 3 do 6 miesięcy i obejmuje co najmniej 6 spotkań interwencyjnych, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez realizatora programu.

Pojedyncze spotkanie trwa nie mniej niż 60 minut.

Świadczenia udzielane są przez zespół specjalistów, w skład którego wchodzi w szczególności:

- dietetyk,
- specjalista z zakresu aktywności fizycznej (np. fizjoterapeuta, trener),
- specjalista w zakresie wsparcia behawioralnego lub psychologicznego.

Zakres świadczeń obejmuje działania dietetyczne, aktywność fizyczną oraz wsparcie behawioralne, zgodnie z opisem interwencji zawartym w rozdziale III.3.

W procesie interwencji uczestniczą również rodzice lub opiekunowie prawni, jako integralny element wsparcia zmiany nawyków zdrowotnych.

4. Zapewnienie dostępności świadczeń

Świadczenia w ramach programu udzielane są w sposób zapewniający dostępność dla uczestników, w szczególności poprzez organizację zajęć w godzinach umożliwiającym udział dzieci oraz ich opiekunów.

Informacje o możliwości udziału w programie przekazywane są za pośrednictwem szkół, placówek oświatowych oraz innych kanałów komunikacji lokalnej.

W przypadku ograniczonych możliwości organizacyjnych dopuszcza się etapowe włączanie uczestników do interwencji, z zachowaniem zasad kwalifikacji określonych w programie.

5. Zasady dokumentowania świadczeń

Każde świadczenie realizowane w ramach programu podlega dokumentowaniu przez realizatora.

Dokumentacja prowadzona jest w formie elektronicznej lub papierowej i obejmuje w szczególności:

- dane identyfikacyjne uczestnika, w tym umożliwiające jego jednoznaczną identyfikację (np. PESEL lub równoważny identyfikator),

- pisemną zgodę rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych i kontakt w związku z realizacją programu,
- wyniki badań przesiewowych i pomiarów kontrolnych,
- informacje o udziale w poszczególnych etapach programu,
- wyniki oceny efektów interwencji.

Dokumentacja prowadzona jest w sposób umożliwiający bieżące monitorowanie przebiegu programu oraz ocenę jego efektywności, w tym ocenę osiągnięcia efektów zdrowotnych zgodnie z miernikami określonymi w rozdziale II.

Świadczenia realizowane w ramach programu nie zastępują świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, lecz stanowią ich uzupełnienie w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie

Zakończenie udziału uczestnika w programie następuje w sposób uporządkowany i udokumentowany, zgodnie z przebiegiem interwencji oraz zasadami określonymi w programie.

Udział uczestnika w programie kończy się w jednym z następujących przypadków:

1. Zakończenie pełnego cyklu interwencji
Uczestnik zrealizował wszystkie zaplanowane elementy programu, w tym udział w interwencji multikomponentowej, oraz wykonano pomiar końcowy obejmujący ocenę stanu odżywienia.
2. Rezygnacja z udziału w programie
Rodzic lub opiekun prawny złożył rezygnację z udziału dziecka w programie na dowolnym etapie jego realizacji.
3. Brak możliwości kontynuacji udziału
Uczestnik nie bierze udziału w zaplanowanych działaniach programu pomimo podjętych prób kontaktu lub występują okoliczności uniemożliwiające dalszy udział w programie.
4. Wyłączenie z programu z przyczyn medycznych lub organizacyjnych
W trakcie realizacji programu stwierdzono przeciwwskazania do dalszego udziału w programie lub inne okoliczności uzasadniające zakończenie udziału uczestnika.

Zakończenie udziału uczestnika w programie wiąże się z przeprowadzeniem końcowej oceny efektów, obejmującej:

- pomiar masy ciała i wysokości ciała,
- wyliczenie wskaźnika BMI oraz jego interpretację względem siatek centylowych,
- ocenę zmian w zakresie nawyków żywieniowych i poziomu aktywności fizycznej (jeżeli dotyczy),
- ocenę poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości (jeżeli uczestnik brał udział w działaniach edukacyjnych).

W przypadku rezygnacji lub braku możliwości kontynuacji udziału w programie podejmuje się próbę wykonania pomiaru końcowego, o ile jest to możliwe.

Informacja o zakończeniu udziału uczestnika w programie wraz z przyczyną zakończenia odnotowywana jest w dokumentacji programu.

Brak uzyskania danych końcowych, w szczególności brak pomiaru końcowego, traktowany jest jako brak osiągnięcia efektu w odniesieniu do mierników efektywności programu.

Po zakończeniu udziału w programie uczestnik oraz jego rodzic lub opiekun prawny otrzymują zalecenia dotyczące dalszego postępowania w zakresie utrzymania lub poprawy stanu zdrowia, w szczególności w obszarze żywienia i aktywności fizycznej.

W przypadku potrzeby dalszej diagnostyki lub leczenia uczestnik może zostać skierowany do właściwego świadczeniodawcy w ramach systemu ochrony zdrowia.

IV. Organizacja programu

Organizacja programu polityki zdrowotnej obejmuje działania przygotowawcze, wdrożeniowe oraz realizacyjne, prowadzone w sposób zapewniający zgodność z obowiązującymi przepisami prawa, rekomendacjami oraz założeniami niniejszego programu.

Program realizowany jest przez podmiot wyłoniony zgodnie z obowiązującymi przepisami, posiadający odpowiednie zasoby kadrowe, organizacyjne i techniczne, umożliwiające realizację wszystkich etapów programu.

Za nadzór nad realizacją programu odpowiada Gmina Białe Błota, która zapewnia jego finansowanie, kontrolę zgodności realizacji z przyjętymi założeniami oraz ocenę efektów programu.

Realizacja programu odbywa się etapowo i obejmuje działania organizacyjne, badania przesiewowe, działania edukacyjne, interwencję multikomponentową oraz monitorowanie i ewaluację efektów.

Szczegółowy opis działań realizowanych w poszczególnych etapach programu przedstawiono w rozdziale III.3, natomiast w niniejszym rozdziale wskazano kolejność i organizację ich realizacji”

IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

Realizacja programu przebiega etapowo i obejmuje działania przygotowawcze, wdrożeniowe oraz realizacyjne, prowadzone w sposób zapewniający ciągłość i spójność podejmowanych działań.

Etap 1 - opracowanie programu polityki zdrowotnej

- przygotowanie projektu programu zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz rekomendacjami,
- przekazanie informacji do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- przyjęcie programu do realizacji przez Radę Gminy Białe Błota w drodze uchwały.

Etap 2 - wybór realizatora programu

- przygotowanie i przeprowadzenie procedury wyboru realizatora programu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- ocena ofert i wybór podmiotu spełniającego wymagania określone w programie,
- zawarcie umowy z realizatorem programu.

Etap 3 - przygotowanie do realizacji programu (działania organizacyjne)

- opracowanie szczegółowego harmonogramu realizacji programu,
- przygotowanie zaplecza organizacyjnego i kadrowego,
- przygotowanie materiałów edukacyjnych oraz dokumentacji programowej,
- nawiązanie współpracy ze szkołami z terenu gminy,
- przeprowadzenie działań informacyjnych i rekrutacyjnych.

Szczegółowy zakres działań w tym etapie opisano w rozdziale III.3 (Etap I - działania organizacyjne).

Etap 4 - realizacja badań przesiewowych oraz działań edukacyjnych

- przeprowadzenie badań przesiewowych w populacji dzieci objętych programem,
- kwalifikacja uczestników do dalszych etapów programu,

- realizacja działań edukacyjnych skierowanych do dzieci oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.

Szczegółowy zakres działań w tym etapie opisano w rozdziale III.3 (Etap II - badania przesiewowe oraz działania edukacyjne).

Etap 5 - realizacja interwencji multikomponentowej

- objęcie interwencją dzieci zakwalifikowanych do programu,
- realizacja świadczeń zgodnie z harmonogramem ustalonym przez realizatora programu,
- bieżące monitorowanie udziału uczestników w programie.

Szczegółowy zakres działań w tym etapie opisano w rozdziale III.3 (Etap III - interwencja multikomponentowa).

Etap 6 - monitorowanie realizacji programu

- bieżące monitorowanie przebiegu programu,
- gromadzenie danych dotyczących realizacji świadczeń,
- kontrola zgodności realizacji programu z jego założeniami.

Szczegółowy zakres działań w tym etapie wynika z zasad określonych w rozdziałach III.3 oraz III.4.

Etap 7 - ewaluacja programu i sprawozdawczość

- analiza osiągniętych efektów zdrowotnych i organizacyjnych programu,
- ocena stopnia realizacji celów i mierników efektywności,
- przygotowanie sprawozdań z realizacji programu.

Ewaluacja programu prowadzona jest na podstawie danych zgromadzonych w trakcie jego realizacji, zgodnie z zasadami określonymi w dalszych częściach dokumentu.

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

Realizacja programu wymaga zapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych, sprzętowych oraz warunków lokalowych, a także spełnienia wymogów formalno-prawnych umożliwiających prawidłowe i bezpieczne przeprowadzenie wszystkich etapów programu.

Program realizowany jest przez podmiot wyłoniony w drodze konkursu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Realizator programu zobowiązany jest do prowadzenia działalności leczniczej zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz posiadania aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w zakresie odpowiadającym realizowanym świadczeniom.

Realizator programu zobowiązany jest do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

1. Warunki dotyczące personelu

Personel realizujący program musi być przypisany do poszczególnych etapów i interwencji zgodnie z ich zakresem.

a) Badania przesiewowe (Etap II - III.3)

Badania przesiewowe wykonywane są przez osoby wykonujące zawód medyczny (np. pielęgniarka, lekarz lub inny uprawniony personel medyczny), posiadające kwalifikacje do wykonywania pomiarów antropometrycznych oraz ich interpretacji.

b) Działania edukacyjne (Etap II - III.3)

Działania edukacyjne prowadzone są przez osoby posiadające kwalifikacje w zakresie edukacji zdrowotnej, dietetyki, zdrowia publicznego lub pokrewnych dziedzin, z doświadczeniem w pracy z dziećmi i/lub rodzicami.

c) Interwencja multikomponentowa (Etap III - III.3)

Interwencja realizowana jest przez zespół specjalistów obejmujący co najmniej:

- dietetyka - odpowiedzialnego za komponent żywieniowy,
- specjalistę z zakresu aktywności fizycznej (np. fizjoterapeuta, trener, nauczyciel wychowania fizycznego) - odpowiedzialnego za komponent ruchowy,
- psychologa lub osobę posiadającą kompetencje w zakresie wsparcia behawioralnego - odpowiedzialną za komponent zmiany zachowań zdrowotnych.

Każdy z członków zespołu realizuje działania w zakresie swoich kompetencji, zgodnie z opisem interwencji zawartym w rozdziale III.3.

Personel realizujący program powinien posiadać:

- kwalifikacje zawodowe zgodne z obowiązującymi przepisami prawa,
- doświadczenie w pracy z dziećmi lub w zakresie promocji zdrowia,
- przeszkolenie w zakresie realizacji programu przed jego rozpoczęciem.

Realizator programu zobowiązany jest do zapewnienia odpowiedniej liczby personelu, umożliwiającej realizację programu zgodnie z harmonogramem oraz zapewniającej ciągłość udzielanych świadczeń.

2. Warunki dotyczące wyposażenia

Realizator programu zobowiązany jest do zapewnienia wyposażenia niezbędnego do przeprowadzenia badań przesiewowych oraz realizacji interwencji.

Wyposażenie obejmuje w szczególności:

- wagę medyczną do pomiaru masy ciała,
- stadiometr do pomiaru wysokości ciała,
- narzędzia umożliwiające wyliczenie i interpretację BMI, w tym dostęp do aktualnych siatek centylowych,
- materiały edukacyjne wykorzystywane w trakcie realizacji programu,
- narzędzia do zbierania i przetwarzania danych (system informatyczny lub dokumentacja papierowa).

Sprzęt wykorzystywany w programie powinien być sprawny technicznie oraz spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach.

3. Warunki dotyczące pomieszczeń

Świadczenia w ramach programu realizowane są w pomieszczeniach zapewniających odpowiednie warunki do prowadzenia badań przesiewowych, działań edukacyjnych oraz interwencji.

Pomieszczenia powinny:

- umożliwiać przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych w sposób zapewniający dokładność i powtarzalność wyników,
- zapewniać warunki do prowadzenia zajęć indywidualnych i grupowych,
- gwarantować poszanowanie prywatności uczestników,
- spełniać wymagania sanitarne i bezpieczeństwa określone w przepisach prawa.

Świadczenia mogą być realizowane na terenie szkół, w placówkach ochrony zdrowia lub w innych miejscach wskazanych przez realizatora programu, pod warunkiem spełnienia powyższych wymagań.

Realizator programu zobowiązany jest do zapewnienia warunków organizacyjnych, kadrowych, technicznych oraz formalno-prawnych umożliwiających realizację programu zgodnie z jego założeniami oraz obowiązującymi przepisami prawa.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

Monitoring i ewaluacja programu obejmują systematyczne zbieranie i analizę danych dotyczących przebiegu realizacji programu, jakości udzielanych świadczeń oraz osiągniętych efektów zdrowotnych.

Ocena programu prowadzona jest w sposób ciągły oraz okresowy i obejmuje trzy podstawowe obszary:

1. zgłaszalność i udział uczestników w programie - obejmująca analizę liczby osób objętych poszczególnymi etapami programu w stosunku do populacji docelowej;
2. jakość realizowanych świadczeń - obejmująca ocenę zgodności realizacji programu z jego założeniami, w tym harmonogramem, zakresem świadczeń oraz kwalifikacjami personelu;
3. efektywność realizacji programu - obejmująca ocenę stopnia osiągnięcia celów programu na podstawie mierników określonych w rozdziale II, w tym zmian w zakresie stanu odżywienia, nawyków żywieniowych oraz poziomu aktywności fizycznej uczestników.

Ocena trwałości efektów programu ma charakter długofalowy i może być prowadzona w oparciu o dostępne dane oraz decyzje organizatora programu.

Kontynuacja i trwałość programu

Program zaplanowany jest do realizacji w latach 2026-2029, z możliwością jego kontynuacji w kolejnych latach, w zależności od decyzji organów Gminy Białe Błota oraz dostępności środków finansowych.

V.1 Monitorowanie

Monitoring programu prowadzony jest na bieżąco przez realizatora programu oraz organizatora programu i obejmuje ocenę przebiegu realizacji programu, zgodności z założeniami oraz stopnia wykonania poszczególnych działań.

Monitoring opiera się na danych gromadzonych w trakcie realizacji programu, w szczególności na podstawie:

- rejestru uczestników programu,
- harmonogramu realizacji świadczeń,
- dokumentacji medycznej i programowej,
- ewidencji udzielonych świadczeń.

Monitoring obejmuje następujące obszary:

1. Zgłaszalność do programu

- liczba dzieci objętych badaniami przesiewowymi,
- odsetek dzieci objętych badaniami przesiewowymi w stosunku do populacji kwalifikującej się do udziału w programie,
- liczba dzieci zakwalifikowanych do interwencji multikomponentowej,
- liczba dzieci, które rozpoczęły udział w interwencji.

W przypadku stwierdzenia istotnych odstępstw od zakładanego poziomu zgłaszalności realizator programu zobowiązany jest do podjęcia działań naprawczych, w szczególności w zakresie działań informacyjnych i organizacyjnych.

2. Realizacja poszczególnych etapów programu

- liczba przeprowadzonych badań przesiewowych,
- liczba zrealizowanych spotkań edukacyjnych (dla dzieci oraz dla rodziców/opiekunów),
- liczba zrealizowanych spotkań w ramach interwencji multikomponentowej,
- liczba uczestników w poszczególnych etapach programu.

3. Przebieg interwencji

- liczba uczestników, którzy ukończyli pełny cykl interwencji,
- liczba uczestników, którzy przerwali udział w programie,
- przyczyny zakończenia udziału w programie, w tym rezygnacji uczestników.

Szczegółnej analizie podlega populacja uczestników, którzy nie przystąpili do programu pomimo wyrażenia zgody lub zrezygnowali z udziału w jego trakcie.

Przeprowadzona analiza przyczyn rezygnacji wykorzystywana jest do identyfikacji barier udziału w programie oraz wprowadzania działań korygujących w kolejnych etapach jego realizacji.

4. Jakość realizacji programu

- zgodność realizacji świadczeń z harmonogramem,
- zgodność realizacji programu z jego założeniami,
- kompletność i poprawność prowadzonej dokumentacji.

Ocena jakości świadczeń prowadzona jest na bieżąco przez realizatora programu, a także może być uzupełniona o ocenę zewnętrzną, dokonaną przez eksperta posiadającego doświadczenie w zakresie zdrowia dzieci lub chorób metabolicznych.

Dodatkowo jakość świadczeń monitorowana jest z wykorzystaniem anonimowych ankiet kierowanych do uczestników programu (rodziców/opiekunów prawnych).

Kwestionariusze ankietowe udostępniane są uczestnikom programu w trakcie jego realizacji, a ich wyniki podlegają analizie pod kątem poziomu satysfakcji oraz zgłaszanych uwag.

Wnioski z analizy ankiet wykorzystywane są do bieżącego doskonalenia jakości realizowanych świadczeń.

Dane zbierane w ramach monitoringu są analizowane na bieżąco przez realizatora programu i przekazywane organizatorowi programu w formie okresowych sprawozdań.

Monitoring służy identyfikacji problemów organizacyjnych, ocenie przebiegu programu oraz umożliwia podejmowanie działań korygujących w trakcie jego realizacji.

Zbiornicze wyniki oceny jakości świadczeń, w tym m.in. udział opinii pozytywnych w ogólnej liczbie zebranych ankiet, przedstawiane są w raporcie końcowym z realizacji programu.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja programu ma na celu ocenę stopnia osiągnięcia celów programu oraz skuteczności zastosowanych interwencji, w oparciu o mierniki efektywności określone w rozdziale II.3.

Ewaluacja prowadzona jest na podstawie danych zgromadzonych w trakcie realizacji programu, w szczególności wyników pomiarów antropometrycznych, testów wiedzy oraz standaryzowanych kwestionariuszy dotyczących nawyków żywieniowych i poziomu aktywności fizycznej.

Ocena efektów programu dokonywana jest poprzez porównanie stanu wyjściowego uczestników (przed rozpoczęciem udziału w programie) ze stanem po zakończeniu interwencji.

Należy zaznaczyć, że rzeczywisty wymiar efektów programu, w szczególności w zakresie trwałości uzyskanych zmian zdrowotnych, może być oceniony dopiero w dłuższym okresie po zakończeniu udziału uczestników w programie i jest uzależniony od utrzymania osiągniętych efektów.

W celu uzyskania możliwie pełnej i obiektywnej oceny programu dopuszcza się możliwość przeprowadzenia ewaluacji przez niezależnego eksperta zewnętrznego posiadającego doświadczenie w zakresie zdrowia publicznego lub zdrowia dzieci.

Ewaluacja obejmuje następujące wskaźniki:

1. Cel główny

- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których uzyskano poprawę stanu odżywienia zgodnie z definicją określoną w rozdziale II.1, w stosunku do wszystkich uczestników, którzy rozpoczęli interwencję

wartość oczekiwana: $\geq 25\%$

2. Cele szczegółowe

a) poziom wiedzy

- odsetek uczestników działań edukacyjnych, którzy uzyskali $\geq 75\%$ poprawnych odpowiedzi w teście końcowym

Test wiedzy przeprowadzany jest dwukrotnie: przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (pomiar początkowy) oraz po ich zakończeniu (pomiar końcowy). Test wypełniany jest przez uczestników działań edukacyjnych, w szczególności dzieci oraz - w przypadku przewidzianych działań - rodziców lub opiekunów prawnych.

wartość oczekiwana: $\geq 40\%$

b) nawyki żywieniowe

- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których stwierdzono poprawę nawyków żywieniowych w pomiarze końcowym względem pomiaru początkowego

wartość oczekiwana: $\geq 30\%$

c) aktywność fizyczna

- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których stwierdzono wzrost poziomu aktywności fizycznej w pomiarze końcowym względem pomiaru początkowego

wartość oczekiwana: $\geq 30\%$

d) zgłaszalność do badań przesiewowych

- odsetek dzieci objętych badaniami przesiewowymi w stosunku do populacji kwalifikującej się do udziału w programie

wartość oczekiwana: $\geq 80\%$

e) objęcie interwencją

- odsetek dzieci z BMI ≥ 90 . centyla dla wieku i płci, które rozpoczęły udział w interwencji multikomponentowej

wartość oczekiwana: $\geq 90\%$

Wyniki ewaluacji przedstawiane są w raporcie końcowym z realizacji programu i stanowią podstawę do podejmowania decyzji dotyczących kontynuacji, modyfikacji lub zakończenia programu.

VI. Budżet programu

Na realizację programu polityki zdrowotnej Gmina Białe Błota przeznaczy środki finansowe w łącznej wysokości około 237 000 zł w okresie realizacji programu w latach 2026-2029, w tym:

- w 2026 r. – 42 000 zł, z uwagi na planowane rozpoczęcie realizacji programu od września 2026 r.,
- w latach 2027 – 2029 – 65 000 zł rocznie.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się metodą polegającą na określeniu kosztów jednostkowych poszczególnych działań wchodzących w skład programu, a następnie odniesieniu ich do planowanej liczby świadczeń oraz liczby uczestników programu.

Uwzględniono zarówno koszty bezpośrednie, związane z realizacją świadczeń zdrowotnych (badania przesiewowe, działania edukacyjne, interwencja multikomponentowa), jak i koszty pośrednie, obejmujące w szczególności koszty organizacyjne, administracyjne oraz działania informacyjno-promocyjne.

Przedstawione poniżej wyliczenia mają charakter szacunkowy i służą określeniu planowanego budżetu programu. Ostateczne koszty realizacji programu zostaną określone na podstawie ofert złożonych przez podmioty ubiegające się o realizację programu w drodze konkursu ofert.

W przypadku zmiany poziomu finansowania programu lub zmiany kosztów jednostkowych poszczególnych świadczeń, możliwa będzie odpowiednia modyfikacja liczby uczestników objętych programem.

W pierwszym roku realizacji programu zakres rzeczowy oraz liczba świadczeń zostaną dostosowane do skróconego okresu realizacji, obejmującego miesiące od września do grudnia 2026 r., co znajduje odzwierciedlenie w niższej wysokości środków zaplanowanych na ten rok.

VI.1 Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe programu zostały określone na podstawie zakresu planowanych interwencji oraz liczby świadczeń przewidzianych do realizacji w ramach programu.

Koszt jednostkowy obejmuje w szczególności:

- koszt badań przesiewowych wraz z oceną stanu odżywienia,
- koszt działań edukacyjnych,
- koszt interwencji multikomponentowej, w tym konsultacji dietetycznych, psychologicznych, zajęć ruchowych oraz konsultacji lekarskich,
- koszty materiałów edukacyjnych i materiałów wykorzystywanych w trakcie realizacji programu,
- koszty organizacyjne, administracyjne oraz informacyjno-promocyjne.

Szczegółowe zestawienie kosztów jednostkowych programu przedstawiono w tabeli poniżej.

Przyjęte wartości kosztów mają charakter szacunkowy i odpowiadają aktualnym warunkom rynkowym. Ostateczne wartości kosztów zostaną określone na etapie wyboru realizatora programu.

Jednocześnie należy wskazać, że w 2026 r., z uwagi na rozpoczęcie realizacji programu od września, rzeczywiste wydatki poniesione w pierwszym roku będą niższe niż w pełnym roku realizacji i wyniosą około 42 000 zł. W latach 2027 – 2029, t. w pełnych latach realizacji programu, roczny koszt programu szacuje się na około 65 000 zł.

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie projektu	Koordinacja PPZ: 36 godz./rok Ryczałt administracyjny (materiały biurowe, tel.): 1 kpl.	75,00 zł/godz. 450,00 zł/kpl.	2 700,00 zł 450,00 zł Razem: 3 150,00 zł
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	Obsługa księgowo/rozliczeniowa: 4 mies. Obsługa kadrowo-administracyjna: 2 godz.	300,00 zł/mies. 150,00 zł/godz.	1 200,00 zł 300,00 zł Razem: 1 500,00 zł
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	Dystrybucja i materiały pomocnicze: 1 kpl.	1 000,00 zł/kpl.	1 000,00 zł Razem: 1 000,00 zł
Koszty bezpośrednie				

1	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja”	Prelekcje/warsztaty dla uczniów: 18 spotkań Warsztaty dla rodziców: 4 spotkania Szkolenie kadry: 2 spotkania Materiały edukacyjne: 1 kpl.	350,00 zł/godz. 600,00 zł/spotk. 600,00 zł/spotk. 1 300,00 zł/kpl.	6 300,00 zł 2 400,00 zł 1 200,00 zł 1 300,00 zł Razem: 11 200,00 zł
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Badanie przesiewowe”	Pomiary antropometryczne + kwestionariusz: 1360 ucz. Analiza składu ciała (bioimpedancja): 128 bad. Materiały do pomiarów i druk zgód: 1 kpl.	8,50 zł/ucz. 30,00 zł/bad. 400,00 zł/kpl.	11 560,00 zł 3 840,00 zł 400,00 zł Razem: 15 800,00 zł
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja multikomponentowa”	Dietetyk - konsultacja 60 min: 26 wiz. Dietetyk - wizyta kontrolna 30 min: 7 wiz. Psycholog - konsultacja 50 min: 5 wiz. Zajęcia ruchowe 60 min: 12 spotkań Pediatria - konsultacja: 4 wiz. Materiały do zajęć: 1 kpl.	200,00 zł/wizyta 150,00 zł/wizyta 190,00 zł/wizyta 100,00 zł/spotk. 200,00 zł/wizyta 150,00 zł/kpl.	5 200,00 zł 1 050,00 zł 950,00 zł 1 200,00 zł 800,00 zł 150,00 zł Razem: 9 350,00 zł
SUMA w 2026 roku				42 000,00 zł

W latach 2027 – 2029, tj. w pełnych latach realizacji programu, planowany koszt roczny programu wynosi około 65 000,00 zł

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności	Koordinacja PPZ: 60 godz./rok Ryczałt administracyjny (materiały biurowe, tel.): 1 kpl.	75,00 zł/godz. 450,00 zł/kpl.	4 500,00 zł 450,00 zł Razem: 4 950,00 zł

	koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	Obsługa księgowo/rozliczeniowa: 12 mies. Obsługa kadrowo-administracyjna: 2 godz.	300,00 zł/mies. 150,00 zł/godz.	3 600,00 zł 300,00 zł Razem: 3 900,00 zł
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	Dystrybucja i materiały pomocnicze: 1 kpl.	1 000,00 zł/kpl.	1 000,00 zł Razem: 1 000,00 zł
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja”	Prelekcje/warsztaty dla uczniów: 30 spotkań Warsztaty dla rodziców: 8 spotkań Szkolenie kadry: 4 spotkania Materiały edukacyjne: 1 kpl.	350,00 zł/godz. 600,00 zł/spotk. 600,00 zł/spotk. 1 300,00 zł/kpl.	10 500,00 zł 4 800,00 zł 2 400,00 zł 1 300,00 zł Razem: 19 000,00 zł
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Badanie przesiewowe”	Pomiary antropometryczne + kwestionariusz: 2340 ucz. (80% z 2926) Analiza składu ciała (bioimpedancja): 162 bad. Materiały do pomiarów i druk zgód: 1 kpl.	8,50 zł/ucz. 30,00 zł/bad. 400,00 zł/kpl.	19 890,00 zł 4 860,00 zł 400,00 zł Razem: 25 150,00 zł
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja multikomponentowa”	Dietetyk - konsultacja 60 min: 15 wiz. Dietetyk - wizyta kontrolna 30 min: 30 wiz. Psycholog - konsultacja 50 min: 5 wiz. Zajęcia ruchowe 60 min: 16 spotkań	200,00 zł/wizyta 150,00 zł/wizyta 190,00 zł/wizyta 100,00 zł/spotk. 200,00 zł/wizyta 150,00 zł/kpl.	3 000,00 zł 4 500,00 zł 950,00 zł 1 600,00 zł 800,00 zł 150,00 zł Razem: 11 000,00 zł

		Pediatra - konsultacja: 4 wiz. Materiały do zajęć: 1 kpl.		
SUMA				65 000,00 zł

VI.2 Koszty całkowite

Na całkowity budżet programu składają się koszty bezpośrednie oraz koszty pośrednie.

1. Koszty pośrednie

Obejmują koszty związane z organizacją i zarządzaniem programem, w szczególności:

- koszty administracyjne i koordynacyjne,
- koszty obsługi księgowej i kadrowej,
- koszty działań informacyjno-promocyjnych,
- koszty monitorowania i ewaluacji programu.

2. Koszty bezpośrednie

Obejmują koszty realizacji świadczeń zdrowotnych, w tym:

- działania edukacyjne,
- badania przesiewowe (w tym pomiary antropometryczne oraz analizę składu ciała),
- interwencję multikomponentową (konsultacje dietetyczne, psychologiczne, zajęcia ruchowe, konsultacje lekarskie).

Całkowity koszt realizacji programu w ujęciu rocznym wynosi około 65 000 zł, przy czym ostateczna liczba uczestników programu uzależniona będzie od kosztów jednostkowych świadczeń oraz dostępnych środków finansowych.

Przyjęte założenia budżetowe pozwalają na objęcie programem określonej liczby uczestników, przy czym w przypadku zmiany poziomu finansowania możliwe będzie odpowiednie zwiększenie lub zmniejszenie liczby osób objętych programem.

Ostateczny szczegółowy budżet programu zostanie określony przez realizatora na etapie składania oferty i podlegać będzie weryfikacji przez Gminę Białe Błota.

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
2026 r	42 000,00 zł
2027 r	65 000,00 zł
2028 r	65 000,00 zł
2029 r	65 000,00 zł
Koszt całkowity	237 000,00 zł

VI. 3 Źródła finansowania

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Białe Błota zostanie sfinansowany ze środków budżetu Gminy Białe Błota w ramach funduszy przeznaczonych na realizację programów polityki zdrowotnej.

Środki finansowe na realizację programu zabezpieczane będą corocznie w uchwale budżetowej Gminy Białe Błota.

Ze względu na fakt, iż jednostki samorządu terytorialnego funkcjonują w oparciu o roczny cykl budżetowy, w przypadku programów wieloletnich konieczne jest coroczne planowanie i zabezpieczanie środków finansowych na realizację programu w kolejnych latach jego obowiązywania.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość uzyskania dofinansowania realizacji programu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z późn. zm.) oraz przepisami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie.

W przypadku uzyskania dofinansowania, środki te mogą stanowić do 40% kosztów realizacji programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz warunkami określonymi przez właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.

VII. Bibliografia

1. 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.
2. Raport UNICEF. Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwijających się.
3. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński
4. World Health Organization, Healthy diet, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
5. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012; 345: e7666.
6. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
7. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010.
8. Nishida C, Uauy R. WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. *Eur J Clin Nutr*. 2009; 63 Suppl 2: S1-4
9. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015
10. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
11. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014
12. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
13. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014
14. UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013
15. <http://www.who.int/en/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
16. NCD Risk Factor Collaboration: Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adult. *Lancet* 2017, 390: 2627-42.
17. <https://dietetycy.org.pl/ogolnoswiatowe-dane-o-otylosci-wsrod-dzieci/>
18. Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 - 2016, Warszawa 2017 <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14601,vp,17066.pdf>
19. <http://www.izz.waw.pl/pl/>
20. Guideline: Potassium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
21. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014; 371(7):624-634.
22. UNICEF: „Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych”, <https://www.unicef.pl/Co-robimy/Publicacje/Warunki-i-jakosc-zycia-dzieci-w-krajach-rozwinietych>
23. MałECKA-Tendera E, Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y. On behalf of the Polish Childhood Obesity Study Group: Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children. *Obes Res* 2005, 13: 964-968;
24. Ośrodek Rozwoju edukacji: „Wady postawy u dzieci i młodzieży”, Warszawa 2014;
25. Górecki A. i inni: „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania”, Warszawa 2009, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/zdrowie-uczni/aktywnosc-fizyczna-i-sport/>

26. Informacje o kampanii „Rodzina w Formie”, <http://www.rodzinawformie.pl/>
27. Olszanecka-Glinianowicz i inni: 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;
28. Informacje o projekcie „Zachowaj równowagę”, <http://www.zachowajrownowage.pl/>
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
30. Najwyższa Izba Kontroli (NIK): „NIK o otyłości wśród uczniów”, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-otylosci-u-uczniow.html>
31. Oblacińska A.: „Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej”, Warszawa 2013, ISBN 978-83-62360-47-5;
32. Małkowska-Szkućnik M.: „Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny”, Studia BAS Nr 2(38) 2014, s. 89-112;
33. Kerney Alicja i inni: „Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców.”, Instytut Matki i Dziecka, ISBN: 978-83-88767-70-8;
34. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: „Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej”, Hygeia Public Health 2012, 47(1): 28-35;
35. World Health Organization: „Nutrition, Physical Activity and Obesity Poland”, 2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/243317/Poland-WHO-Countryhttp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/243317/Poland-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1Profile.pdf?ua=1,
36. Kołodziej W., Galeja K.: „Problem otyłości wśród populacji trzynastolatków na przykładzie uczniów Miejskiego Zespołu Szkół nr 2 w Będzinie”, Nowa Pediatria 2013;
37. Woynarowska B., Oblacińska A.: „Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce”, Warszawa 2014, ISSN 1896 6659;
38. Małecka-Tendera E, Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y. On behalf of the Polish Childhood Obesity Study Group: Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children. *Obes Res* 2005, 13: 964-968;
39. Olszanecka-Glinianowicz i inni: 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;
40. Oblacińska A.: „Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej”, Warszawa 2013, ISBN 978-83-62360-47-5;
41. Instytut żywności i żywienia: „Należy zatrzymać epidemię otyłości”, <http://www.izz.waw.pl/pl/stronahttp://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otyloscigowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otylosci>,
42. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
43. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne;
44. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych;
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami;
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
48. Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;

VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW

Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2026-2029

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne uwagi

--

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2026-2029

Ja niżej podpisany(a)
oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części Programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

Uczestnik programu:

.....
Imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu rodzica

Oświadczam, że omówiłem(-am) ww. Program z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(-am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez (REALIZATOR) jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

Dziecko biorące udział w programie:

.....
Imię i nazwisko **dziecka** (drukowanymi literami)

.....
podpis rodzica

ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2026-2029

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
?	?	?	?	?	?

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
?	?	?	?	?	?

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

ZAŁĄCZNIK 4. Test wiedzy uczniowie

TEST WIEDZY DLA UCZNIÓW

Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2026-2029

Zaznacz jedną odpowiedź:

	Treść stwierdzenia	(1) TAK	(2) NIE	(3) NIE WIEM
1.	Czy produkty zbożowe tzn. pieczywo, makaron, ryż, kasza, wystarczy spożywać raz dziennie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy pieczywo ciemne/razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser biały/twarogowy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy w podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Woda służy do gaszenia pragnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZAŁĄCZNIK 5. Test wiedzy rodzice/opiekunowie prawni

TEST WIEDZY DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2026-2029

Treść stwierdzenia	Prawda	Falsz	Trudno powiedzieć
Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie.			
Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko.			
Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.			
Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.			
Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.			
Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy.			
Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory.			
Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe.			
Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.			
Pieczywo razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.			
Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”.			
Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D.			
Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy.			
W podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.			
Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi.			
Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.			
Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie.			
Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza.			
Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej.			

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Programy polityki zdrowotnej stanowią zaplanowane i zamierzone działania z zakresu opieki zdrowotnej, oceniane jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, a ich przedmiot dotyczy w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych oraz istotnych problemów zdrowotnych odnoszących się do całej populacji albo określonych grup świadczeniobiorców.

W 2026 roku planowana jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2026–2029”. Potrzeba wdrożenia tego programu wynika zarówno z lokalnych potrzeb zdrowotnych, jak i z dotychczasowych doświadczeń Gminy Białe Błota w realizacji działań profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży. W latach 2020–2025 realizowany był program pn. „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie walki z otyłością wśród uczniów klas I–VIII szkół podstawowych na terenie Gminy Białe Błota”, którego okres realizacji dobiegł końca. Uzyskane rezultaty wskazują, że u dzieci z nadwagą nastąpił spadek procentowego udziału tkanki tłuszczowej w organizmie przy jednoczesnym wzroście procentowego udziału tkanki mięśniowej. Świadczy to o korzystnych zmianach metabolicznych i funkcjonalnych oraz potwierdza pozytywny wpływ działań edukacyjnych, dietetycznych i ruchowych na organizm dziecka. Kontynuacja działań w tym obszarze jest zatem zasadna. Dodatkowo kierunek programu pozostaje zgodny z Rekomendacją nr 44/2025 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 12 czerwca 2025 r., dotyczącą profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym, która wskazuje na zasadność prowadzenia badań przesiewowych, interwencji multikomponentowej oraz działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do dzieci i ich rodziców lub opiekunów prawnych.

Jednocześnie w 2026 roku planowana jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”, prowadzonego we współpracy z Urzędem Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Program ten został przyjęty do realizacji uchwałą nr 90/4208/26 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21 stycznia 2026 r. i skierowany jest do osób w wieku 65+, które nie były wcześniej szczepione przeciwko pneumokokom oraz nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do udziału w programie. Jednostki samorządu terytorialnego uczestniczące w programie pokrywają 50% kosztów wykonania szczepień swoich mieszkańców, natomiast Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko - Pomorskiego finansuje koszty koordynacji oraz pozostałe 50% kosztów szczepień. Gmina Białe Błota przesłała deklarację przystąpienia do programu w 2026 roku, co uzasadnia ujęcie tego zadania w uchwale.

Podejmowana uchwała ma na celu zatwierdzenie działań odpowiadających na rzeczywiste potrzeby zdrowotne mieszkańców Gminy Białe Błota, zarówno w obszarze profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci, jak i profilaktyki zakażeń pneumokokowych

w populacji seniorów. Przyjęcie uchwały jest więc zasadne i znajduje oparcie zarówno w obowiązujących przepisach prawa, jak i w aktualnych potrzebach zdrowotnych lokalnej społeczności.