# Fundusze Europejskie

# dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027



Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza

Rzeczpospolita Polska

Dofinansowane przez Unię Europejską

Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego

26.10.2026

Fundusze Europejskie

# „Opracowanie programów profilaktycznych zapobiegających chorobom stanowiącym poważny problem w regionie” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.

26.10.2026

Fundusze Europejskie

# „Program profilaktyki nadwagi i otyłości dla dzieci zamieszkujących województwo kujawsko-pomorskie na lata 2027-2029”

26.10.2026

# RPZ – najważniejsze informacje

- Okres realizacji: 2027–2029.
- Obszar realizacji: całe województwo kujawsko-pomorskie, z priorytetem dla obszarów i grup o największych potrzebach.
- Interwencje: edukacja zdrowotna, badania przesiewowe oraz interwencja multikomponentowa (w pierwszej kolejności dla dzieci i młodzieży z otyłością).
- Szacunkowy budżet programu: 8 839 705,88 zł; finansowanie: 85% EFS+ i 15% wkładu własnego beneficjenta.

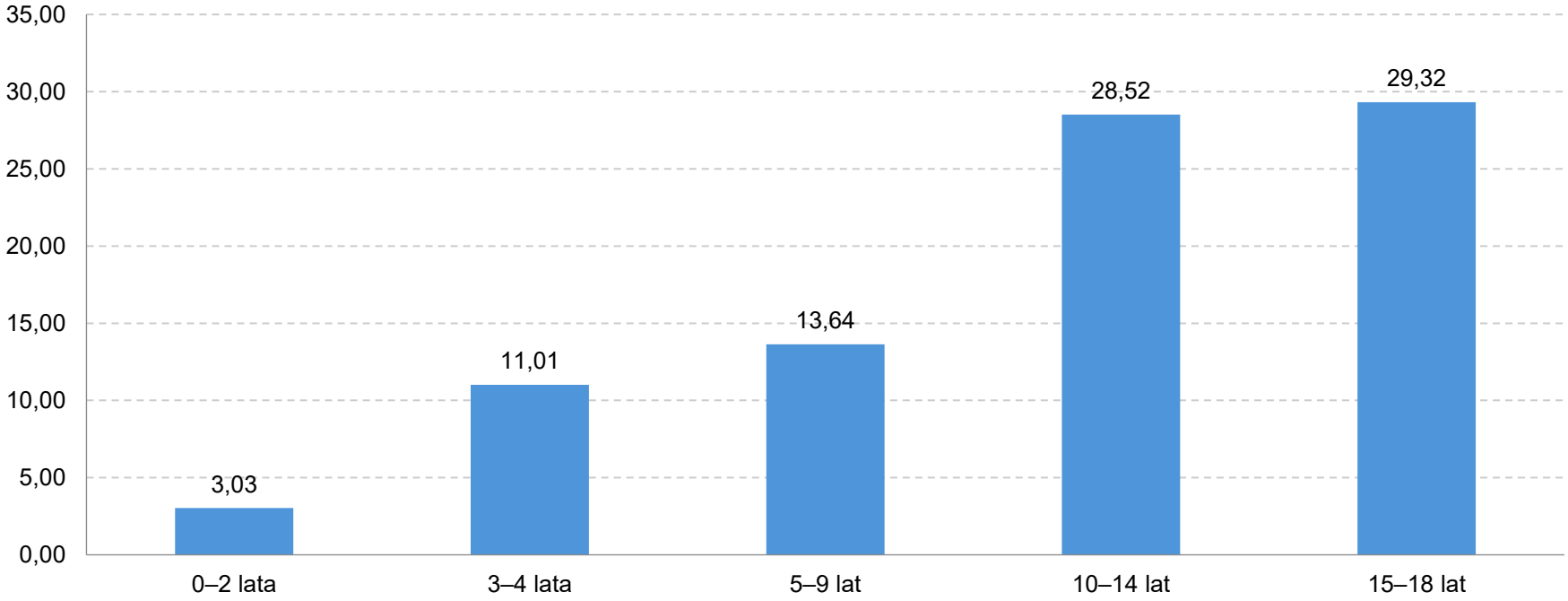
# Dlaczego program jest potrzebny?

- Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży są narastającym problemem zdrowia publicznego, wpływającym na ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych oraz funkcjonowanie psychospołeczne.
- Otyłość jest chorobą przewlekłą i nawrotową, której rozwój zależy od współdziałania czynników biologicznych, genetycznych, środowiskowych i behawioralnych.
- Skuteczna profilaktyka nie może ograniczać się do pojedynczego zalecenia dotyczącego diety lub ruchu; wymaga działań łączących edukację, zmianę zachowań zdrowotnych i zaangażowanie rodziny.
- Program odpowiada na potrzebę wczesnego wykrywania nadmiernej masy ciała oraz zapewnienia skoordynowanej, wielospecjalistycznej ścieżki wsparcia.

# Epidemiologia – obciążenie województwa i grup wieku

- W 2025 r. w sprawozdawczości POZ województwa wykazano 7 482 dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat objętych opieką czynną z powodu rozpoznań E65-E68.
- Chorobowość rejestrowana wyniosła 20,56 na 1 000 osób, wobec 12,66 na 1 000 w Polsce; wartość wojewódzka była o 62,4% wyższa i stanowiła trzeci najwyższy wynik w kraju.
- Wskaźnik zwiększał się wraz z wiekiem: 13,64/1 000 w wieku 5-9 lat, 28,52/1 000 w wieku 10-14 lat i 29,32/1 000 w wieku 15-18 lat.
- Rozkład wieku był jedną z przesłanek wyboru roczników objętych aktywnym przesiewem szkolnym.

# Ryc. 1. Chorobowość rejestrowana wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat w województwie kujawsko-pomorskim w podziale na wiek w 2025 r.

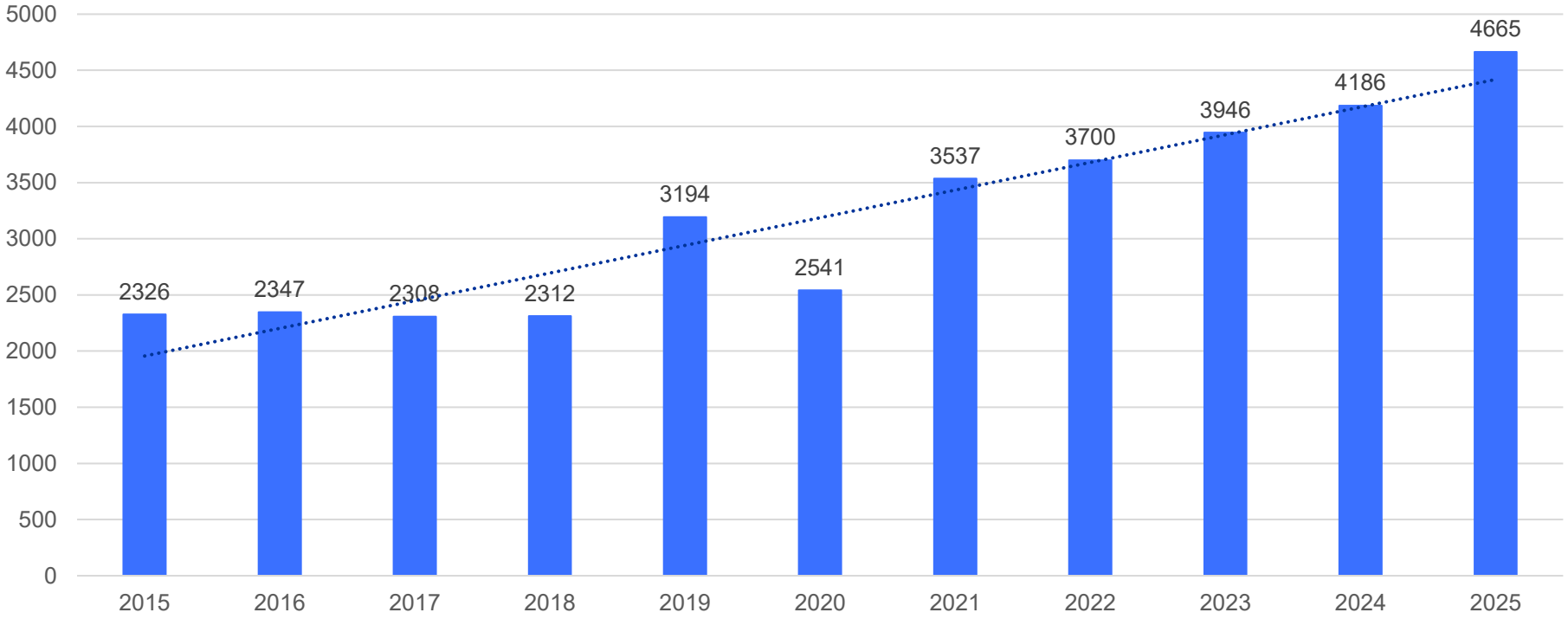



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy oraz GUS.

# Epidemiologia – wyraźny wzrost liczby pacjentów z otyłością

- W danych NFZ liczba pacjentów w wieku 0-18 lat z rozpoznaniem głównym E66 w województwie kujawsko-pomorskim wzrosła z 2 326 osób w 2015 r. do 4 665 osób w 2025 r.
- W ciągu analizowanej dekady liczba pacjentów wzrosła o ok. 100,6%.

# Ryc. 2. Pacjenci w wieku 0-18 lat z rozpoznaniem głównym E66 w publicznym systemie opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2015-2025




Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ

# Cele Programu

**1. Cel główny**

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród co najmniej 5% dzieci i młodzieży uczestniczących w interwencji multikomponentowej w programie.

**2. Cele szczegółowe**

1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród co najmniej 70% uczestników warsztatów realizowanych w ramach działań edukacyjnych.

2) Poprawa w trakcie trwania programu 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.

# Populacja działań edukacyjnych

- Działania edukacyjne są skierowane do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w wieku od 6. roku życia do ukończenia 18. roku życia oraz do ich rodziców/opiekunów prawnych.
- Według danych GUS potencjalna populacja dzieci i młodzieży objęta działaniami edukacyjnymi wynosi ok. 255,8 tys. osób.
- Edukacja ma charakter populacyjny i profilaktyczny – obejmuje także uczniów bez rozpoznanej nadwagi lub otyłości.
- Założeniem jest równoległe oddziaływanie na zachowania dziecka i jego środowisko rodzinne.

# Kto będzie objęty aktywnym badaniem przesiewowym?

- Aktywny przesiew szkolny obejmie uczniów klas IV szkół podstawowych oraz klas II szkół ponadpodstawowych.
- Wybrane roczniki nie są w danym roku objęte analogicznym przesiewem BMI finansowanym w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, co ogranicza ryzyko podwójnego finansowania.
- Potencjalna liczebność tych roczników oszacowana została na ok. 42,7 tys. osób w 2027 r., 41,8 tys. w 2028 r. i 39,9 tys. w 2029 r.
- W ramach budżetu RPZ zaplanowano łącznie **18 770 badań przesiewowych.**

# Kto może trafić do interwencji multikomponentowej?

- W pierwszej kolejności do interwencji będą kwalifikowane dzieci i młodzież z otyłością, tj. BMI >97. centyla dla płci i wieku.
- Uczestnicy mogą zostać wyłonieni w szkolnym badaniu przesiewowym albo zgłosić się spoza aktywnego przesiewu na podstawie udokumentowanego wyniku BMI.
- Szacowana liczba dzieci i młodzieży w wieku 6-17 lat z rejestrowanymi w POZ rozpoznaniami E65-E68 wynosi ok. 6,14 tys. osób.
- Program zakłada objęcie interwencją multikomponentową **ok. 1 000 osób.**
- W przypadku dostępnych zasobów dopuszczono warunkowe rozszerzenie interwencji na dzieci i młodzież z nadwagą (BMI 90.-97. centyla), po zabezpieczeniu możliwości udziału osób z otyłością.

# Program – ogólna ścieżka uczestnika

1. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży oraz rodziców/opiekunów prawnych.

2. Badanie przesiewowe – w szkole albo kwalifikacyjne badanie przesiewowe dla osób zgłaszających się spoza aktywnego przesiewu.

3. Ocena BMI według siatek centylowych właściwych dla płci i wieku oraz określenie dalszego postępowania.

4. W przypadku spełnienia kryteriów – kwalifikacja do interwencji multikomponentowej oraz jej realizacja.

5. Zakończenie interwencji wizytą podsumowującą oraz przekazaniem zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

# Edukacja dzieci i młodzieży

- Warsztaty prowadzone przez dietetyka – zaplanowano **150 warsztatów**, umożliwiających udział łącznie do **4 500 uczniów**.
- Dodatkowo w szkołach prowadzone będą prelekcje - przez nauczycieli na podstawie ujednoliconych materiałów dydaktycznych przygotowanych w ramach programu.
- Zakres edukacji obejmuje m.in. zasady prawidłowego żywienia, aktywność fizyczną, ograniczenie zachowań siedzących oraz kształtowanie prawidłowych nawyków zdrowotnych.
- Efekt edukacyjny będzie oceniany przy użyciu pre-testu i post-testu.

# Edukacja rodziców i opiekunów prawnych

- Rodzice/opiekunowie otrzymają dostęp do 60-minutowego wykładu online dotyczącego profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży.
- Wykład zostanie przygotowany w 2027 r. i zaktualizowany przed realizacją działań w latach 2028 i 2029.
- Informacja o wykładzie będzie przekazywana m.in. poprzez szkoły i dzienniki elektroniczne.
- Włączenie rodziców do edukacji ma wspierać utrwalanie zmian zachowań zdrowotnych w środowisku domowym.

# Co obejmuje badanie przesiewowe?

- Wywiad dotyczący stanu zdrowia i czynników mogących mieć znaczenie dla dalszego postępowania.
- Pomiar masy ciała i wysokości ciała.
- Obliczenie wskaźnika BMI.
- Ocena BMI w odniesieniu do siatek centylowych właściwych dla płci i wieku.
- Przekazanie rodzicowi/opiekunowi informacji o wyniku oraz dalszym postępowaniu adekwatnym do stwierdzonej kategorii masy ciała.

# Co się dzieje po badaniu przesiewowym?

- Prawidłowa masa ciała – przekazanie materiałów i zaleceń profilaktycznych.
- Niedowaga – informacja o potrzebie konsultacji w POZ/pediatrycznej oraz zalecenia dotyczące prawidłowego żywienia, bez działań ukierunkowanych na redukcję masy ciała.
- Nadwaga – informacja o dalszym postępowaniu poza RPZ; możliwość udziału w interwencji multikomponentowej tylko warunkowo, jeżeli zabezpieczono udział osób z otyłością i pozostają dostępne zasoby.
- Otyłość – możliwość kwalifikacji do interwencji multikomponentowej po spełnieniu pozostałych kryteriów udziału.

# Druga ścieżka wejścia – dziecko spoza aktywnego przesiewu

- Program nie ogranicza interwencji wyłącznie do dzieci z klas objętych szkolnym przesiewem.
- Dziecko w wieku od 6. roku życia do ukończenia 18. roku życia może zgłosić się do kwalifikacji na podstawie dokumentu potwierdzającego BMI >97. centyla, wystawionego przez uprawnionego przedstawiciela zawodu medycznego.
- Realizator przeprowadza kwalifikacyjne badanie przesiewowe i potwierdza wynik BMI przed włączeniem do interwencji.
- Rozwiązanie wykorzystuje wyniki badań wykonanych poza RPZ i pozwala tworzyć ciągłość ścieżki: identyfikacja problemu w szkole/POZ → kwalifikacja do RPZ → interwencja multikomponentowa.

# Interwencja multikomponentowa – 30 godzin wsparcia

| Etap | Czas | Zakres |
|---|---|---|
| Konsultacje początkowe | 3 godziny | dietetyk, psycholog, specjalista aktywności fizycznej |
| Zindywidualizowany plan działań | 23 godziny | dobór konsultacji i zajęć grupowych do potrzeb uczestnika |
| Konsultacje końcowe | 3 godziny | dietetyczna, psychologiczna, z zakresu aktywności fizycznej |
| Wizyta podsumowująca | 1 godzina | ocena efektów i zalecenia dotyczące dalszego postępowania |

**Łączny czas ścieżki uczestnika: 30 godzin zegarowych**

# „Białe plamy” – gdzie wsparcie ma mieć pierwszeństwo?

- W pierwszej kolejności wsparcie będzie kierowane do dzieci i młodzieży zamieszkujących obszary zidentyfikowane jako „białe plamy”.
- W RPZ wskazano: powiat golubsko-dobrzyński, powiat żniński oraz miasto Toruń.
- Identyfikacja obszarów opierała się na zestawieniu danych o chorobowości rejestrowanej z powodu E65-E68 oraz poziomie realizacji profilaktycznych bilansów zdrowia dzieci i młodzieży w POZ.
- Szczegółowa metodologia identyfikacji „białych plam” została opisana w odrębnym dokumencie rekomendującym sposób wdrażania RPZ ze środków EFS+.

# Grupy szczególnie wrażliwe i dostępność programu

- Pierwszeństwo udziału mają również dzieci i młodzież, których sytuacja społeczna, ekonomiczna, zdrowotna lub komunikacyjna ogranicza możliwość korzystania z profilaktyki i opieki zdrowotnej.
- W szczególności uwzględniono dzieci z rodzin dotkniętych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, rekomendowane przez właściwe jednostki pomocy społecznej.
- Przy jednoczesnym zamieszkiwaniu na obszarze „białej plamy” i występowaniu indywidualnych barier uczestnik uzyskuje najwyższe pierwszeństwo.
- Program przewiduje działania służące dostępności, m.in. organizację lub refundację transportu oraz możliwość realizacji mobilnych badań przesiewowych – zależnie od zidentyfikowanych potrzeb.

# Jak będzie zorganizowana realizacja? Rola szkół i JST

- Za koordynację, nadzór merytoryczny i monitorowanie odpowiadać będzie Ośrodek Koordynujący (OK) wyłoniony zgodnie z zasadami programu.
- OK ma poinformować o programie wszystkie szkoły podstawowe i ponadpodstawowe w województwie; zalecana jest współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, którym szkoły podlegają.
- Szkoła biorąca udział w programie wyznacza koordynatora do kontaktu z realizatorem oraz współpracuje przy organizacji działań i przekazywaniu informacji rodzicom/opiekunom.
- Kampania informacyjna ma obejmować współpracę m.in. ze szkołami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, OPS/CUS, POZ, AOS, organizacjami pozarządowymi i mediami lokalnymi.
- Z punktu widzenia konsultacji JST kluczowe jest wskazanie lokalnych możliwości dotarcia do szkół i rodzin oraz barier organizacyjnych, które powinny zostać uwzględnione przed wdrożeniem.

# Harmonogram, finansowanie i ocena efektów

- **Koszt programu ogółem: 8 839 705,88 zł** (planowany udział kosztów: 2027 – 20%, 2028 – 45%, 2029 – 35%).
- Finansowanie: 7 513 750,00 zł ze środków EFS+ (85%) oraz 1 325 955,88 zł wkładu własnego beneficjenta (15%).
- W 2027 r. przewidziano uruchomienie programu, wybór Ośrodka Koordynującego, przygotowanie organizacyjne i rozpoczęcie współpracy ze szkołami; największa intensywność działań ma przypadać na 2028 r.
- W 2029 r. nowe kwalifikacje będą prowadzone w pierwszej części roku tak, aby umożliwić zakończenie pełnych interwencji przed końcem programu.
- Monitoring obejmie m.in. zgłaszalność, liczbę wykonanych świadczeń, udział mieszkańców „białych plam” i grup szczególnie wrażliwych oraz jakość realizacji.
- Ewaluacja obejmie ocenę osiągnięcia zakładanych efektów zdrowotnych.

# Pytania do uczestników konsultacji

- Czy proponowany sposób dotarcia do dzieci, młodzieży i rodziców/opiekunów jest możliwy do sprawnego wdrożenia w szkołach na terenie województwa?
- Jakie lokalne bariery mogą ograniczać udział dzieci i rodzin w badaniach przesiewowych oraz interwencji multikomponentowej?
- Czy proponowany model współpracy Ośrodka Koordynującego, szkół, JST, POZ i jednostek pomocy społecznej wymaga dodatkowych rozwiązań organizacyjnych?
- Jakie kanały przekazywania informacji o programie będą najskuteczniejsze w poszczególnych gminach i powiatach?
- Czy z perspektywy lokalnej występują grupy dzieci i rodzin, do których dotarcie będzie wymagało szczególnego wsparcia?
- Czy są elementy organizacji programu, które mogą utrudniać jego realizację na poziomie lokalnym i powinny zostać doprecyzowane przed rozpoczęciem naboru?
- Pozostałe pytania?