UCHWAŁA NR XXVII/3/26
RADY POWIATU PIASECZYŃSKIEGO
z dnia 29 października 2026 r.

w sprawie zmiany Uchwały Rady Powiatu Piaseczyńskiego nr XXVI/5/26 z dnia 24 września 2026 r. w sprawie uchwalenia „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029”

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2025 poz. 1684 z późn. zm.), w związku z art. 8 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 roku poz. 1461 z późn. zm.) Rada Powiatu Piaseczyńskiego uchwala, co następuje:

§ 1

W załączniku nr 1 do Uchwały Rady Powiatu Piaseczyńskiego nr XXVI/5/26 z dnia 24 września 2026 r. w sprawie uchwalenia „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029” w części IV Organizacja programu polityki zdrowotnej skreśla się zdanie „W przypadku dofinansowania NFZ (na wniosek JST) na realizację programu, w załączniku 1 należy dodatkowo gromadzić dane dotyczące numeru PESEL uczestników, zgodnie z wymogami NFZ”.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Piaseczyńskiego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Powiatu Piaseczyńskiego

Krzysztof Ł. Kasprzycki
/podpisano elektronicznie/

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr XXVII/3/26
Rady Powiatu Piaseczyńskiego z dnia 29 października 2026 r.

STAROSTWO POWIATOWE W PIASECZNIE
05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14, piaseczno.pl

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]

Piaseczno, 2026

Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029

Okres realizacji programu: 2027-2029

Autorzy programu: dr hab. n. med. i n. o zdr. Karolina Klimek
dr hab. n. med. i n. o zdr. Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Klimek
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT:

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

Kontynuacja/trwałość programu:

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

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Starostwo Powiatowe w Piasecznie
ul. Chyliczkowska 14
05-500 Piaseczno
tel.: (22) 756 62 54 w. 249
e-mail: wzs@piaseczno.pl

Data opracowania programu: II kwartał 2026 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej 4
1. Opis problemu zdrowotnego 4
2. Dane epidemiologiczne 7
3. Opis obecnego postępowania 10
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 13
1. Cel główny 13
2. Cel szczegółowy 13
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 14
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji 15
1. Populacja docelowa 15
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ 16
3. Planowane interwencje 17
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej 28
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 28
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej 28
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów 28
2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 29
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej 31
1. Monitorowanie 31
2. Ewaluacja 32
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej 33
1. Koszty jednostkowe 33
2. Planowane koszty całkowite 35
3. Źródło finansowania 36
Bibliografia 37
ZAŁĄCZNIKI: 39

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Nadwaga i otyłość w populacji rozwojowej stanowią obecnie szczególnie istotny i niepokojący problem zdrowotny. Otyłość jest stanem patologicznym polegającym na nadmiernym zwiększeniu ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, wynikającym z hiperplazji, czyli zwiększenia liczby komórek tłuszczowych, lub z hipertrofii adipocytów, polegającej na zwiększeniu ich objętości. Oba te mechanizmy mogą występować równocześnie w populacji dzieci[1]. Etiologia otyłości ma charakter wieloczynnikowy, a jej rozwój jest zazwyczaj procesem długotrwałym, w przebiegu którego na predyspozycje genetyczne nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że jedynie około 5% przypadków otyłości jest uwarunkowanych genetycznie, natomiast pozostałe przyczyny mają charakter pozagenowy. Do najważniejszych z nich zalicza się czynniki związane ze środowiskiem wewnątrzmacicznym, sposobem karmienia w okresie niemowlęcym, nawykami żywieniowymi kształtowanymi w późniejszych etapach życia, a także poziomem aktywności fizycznej dziecka i jego rodziny[2]. Obecnie do istotnych czynników ryzyka otyłości u dzieci zalicza się również występowanie otyłości u rodziców, co wiąże się z ryzykiem sięgającym około 70%. Zależność ta pozostaje związana zarówno ze sposobem żywienia realizowanym w gospodarstwie domowym, jak i z niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców[3]. Zdecydowaną większość przypadków otyłości u uczniów, szacowaną na około 90%, stanowi otyłość prosta, będąca następstwem nadmiernej podaży energii wraz z pożywieniem. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, występuje znacznie rzadziej i najczęściej stanowi objaw zaburzeń hormonalnych, takich jak niedoczynność tarczycy, niedobór hormonu wzrostu czy zespół Cushinga, bądź chorób ośrodkowego układu nerwowego, w tym ciężkich uszkodzeń mózgu przebiegających z istotnym ograniczeniem aktywności ruchowej[4].

[1] Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613.
[2] Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005; 90: 1871–1887.
[3] Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006; 52: 322–328.
[4] Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka… op. cit. str. 614.

Wyróżnia się dwa podstawowe typy otyłości, różniące się profilem ryzyka powikłań oraz zapadalnością na choroby cywilizacyjne. Typ brzuszny, określany również jako androidalny, centralny lub wisceralny, zwany potocznie typem „jabłko", charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej przede wszystkim w okolicy jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej. Typ ten wiąże się z wyższym ryzykiem rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych, zespołu metabolicznego oraz niektórych nowotworów. Otyłość trzewną rozpoznaje się w przypadku, gdy wartość obwodu talii przekracza 90. centyl dla płci i wieku. Z kolei typ pośladkowo-udowy, określany jako gynoidalny lub obwodowy, nazywany typem „gruszka", wiąże się z przewagą odkładania tkanki tłuszczowej w okolicy bioder i pośladków i występuje częściej u kobiet. Fizjologicznie, w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, dominuje obwodowy typ otłuszczenia, który wraz z wiekiem stopniowo ulega przekształceniu w kierunku typu centralnego[5]. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niekorzystny z punktu widzenia zdrowia, ponieważ centralne gromadzenie tkanki tłuszczowej u uczniów i młodzieży wiąże się z występowaniem nieprawidłowego profilu lipidowego i stężeń lipoprotein, wyższych wartości ciśnienia tętniczego, zmian miażdżycowych, a także zwiększonej masy lewej komory serca. Za okres krytyczny dla rozwoju otłuszczenia ogólnego oraz kształtowania rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie uznaje się czas dojrzewania. Tempo i sposób redystrybucji tkanki tłuszczowej wykazują zróżnicowanie zależne od płci. U dziewcząt tkanka tłuszczowa lokalizuje się głównie w dolnej połowie ciała, zwłaszcza w okolicy bioder i pośladków, a jej masa zwiększa się wraz z wiekiem aż do zakończenia okresu dojrzewania. U chłopców natomiast częściej obserwuje się centralny typ otłuszczenia, obejmujący przede wszystkim górną połowę ciała, w tym kark, ramiona i podbrzusze[6].

Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród uczniów obejmują zarówno następstwa występujące w wieku rozwojowym, jak i konsekwencje ujawniające się w życiu dorosłym. Otyłość w dzieciństwie istotnie zwiększa ryzyko utrzymywania się nadmiernej masy ciała w późniejszych okresach życia; szacuje się, że otyłość występująca w wieku 6 lat wiąże się z około 25% ryzykiem otyłości w wieku dorosłym, natomiast otyłość rozpoznana

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

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

w wieku 12 lat zapowiada ją już w około 75% przypadków. Do najważniejszych problemów zdrowotnych związanych z otyłością u uczniów zalicza się ponadto nadciśnienie tętnicze, zwiększone ryzyko rozwoju miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzycę typu 2, wady postawy oraz problemy natury psychologicznej, takie jak izolacja społeczna, wykluczenie społeczne i depresja[7].

Ocena stopnia otyłości u uczniów i młodzieży powinna uwzględniać specyfikę okresu rozwojowego oraz fizjologiczne prawidłowości charakterystyczne dla poszczególnych etapów wzrastania. W procesie oceny należy brać pod uwagę wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania i dojrzewania, a także rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie[8]. Nadwagę i otyłość w tej grupie wiekowej rozpoznaje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index, wskaźnik masy ciała), interpretowanego z wykorzystaniem siatek centylowych, które umożliwiają ocenę rozwoju fizycznego uczniów i młodzieży od urodzenia do 19. roku życia. BMI stanowi iloraz masy ciała wyrażonej w kilogramach i kwadratu wysokości ciała wyrażonej w metrach (BMI = kg/m^2). Zgodnie z rekomendacjami towarzystw naukowych, u uczniów i młodzieży wartości BMI równe lub wyższe niż 90. centyl wskazują na nadwagę, natomiast wartości przekraczające 97. centyl stanowią podstawę do rozpoznania otyłości[9]. Otyłość rozpoznaje się również na podstawie oceny stopnia otłuszczenia organizmu. W przypadku dzieci w wieku szkolnym najczęściej wykorzystuje się w tym celu metody antropometryczne, do których należą przede wszystkim pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych oraz pomiar obwodów ciała[10].

Profilaktyka otyłości u dzieci polega na realizacji zaleceń dotyczących zachowania równowagi pomiędzy podażą energii a jej wydatkowaniem oraz utrzymania prawidłowego tempa wzrastania. Istotnym elementem postępowania profilaktycznego jest również promowanie regularnej aktywności fizycznej oraz ograniczanie czasu spędzanego w sposób bierny. Szczególne znaczenie ma ponadto osiągnięcie trwałej zmiany nawyków żywieniowych zarówno u dziecka, jak i w jego środowisku rodzinnym, ponieważ to właśnie utrwalenie

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

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

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

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

prawidłowych zachowań zdrowotnych warunkuje długofalową skuteczność działań podejmowanych na rzecz utrzymania prawidłowej masy ciała.

2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatnich trzech dekad osiągnęły skalę epidemii. Zgodnie z najnowszymi danymi publikowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), częstość występowania otyłości w populacji osób dorosłych na świecie od 1990 roku zwiększyła się ponad dwukrotnie, natomiast wśród nastolatków wzrosła czterokrotnie. W 2022 roku nadwagę stwierdzano u 2,5 miliarda osób dorosłych, co stanowiło 43% tej populacji, w tym 890 milionów osób żyło z otyłością, co odpowiadało 16% populacji dorosłych. Częstość występowania nadwagi wykazywała zróżnicowanie regionalne – od 31% w regionie Azji Południowo-Wschodniej oraz regionie afrykańskim do 67% w regionie obu Ameryk. W 2022 roku około 37 milionów dzieci w wieku poniżej 5 lat miało nadwagę. Problem ten, jeszcze do niedawna uznawany głównie za charakterystyczny dla krajów o wysokim poziomie dochodu, coraz częściej występuje również w państwach o niskim i średnim dochodzie. W Afryce liczba dzieci z nadwagą w wieku poniżej 5 lat wzrosła od 2000 roku o niemal 23%, a prawie połowa dzieci z nadwagą lub otyłością w tej grupie wiekowej mieszkała w 2022 roku w Azji. W tym samym roku nadwagę stwierdzano także u ponad 390 milionów dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat. Rozpowszechnienie tego zjawiska w tej grupie wiekowej wzrosło w sposób bardzo wyraźny – z 8% w 1990 roku do 20% w 2022 roku[11].

Zgodnie z prognozami przedstawionymi w World Obesity Atlas 2023, liczba osób w wieku powyżej 5 roku życia żyjących z nadwagą lub otyłością będzie w najbliższych latach systematycznie wzrastać i w 2035 roku osiągnie poziom 4 miliardów, co będzie odpowiadało 51% populacji świata. Jednocześnie przewiduje się, że blisko jedna czwarta światowej populacji, tj. 24%, będzie w tym czasie dotknięta otyłością. Należy podkreślić, że przytoczone dane mają znaczenie nie tylko z perspektywy medycznej, lecz również ekonomicznej. Nadwaga i otyłość są bowiem chorobami generującymi istotne koszty społeczne i gospodarcze. Szacuje się, że w 2020 roku globalne straty związane z ich występowaniem wyniosły 1,96 biliona dolarów. Obejmują one nie tylko koszty leczenia nadwagi, otyłości oraz

[11] WHO, Obesity and overweight, 08.12.2025 r. [www.who.int]

ich następstw zdrowotnych, lecz także skutki obniżonej produktywności osób z wysokim BMI, wynikającej z absencji chorobowej, prezenteizmu, przedwczesnej rezygnacji z aktywności zawodowej, a także przedwczesnych zgonów. Prognozy wskazują, że w 2035 roku łączne straty ekonomiczne związane z nadwagą i otyłością mogą wzrosnąć do 4,32 biliona dolarów, co będzie stanowiło 2,9% światowego produktu krajowego brutto[12].

W ostatnich latach w większości państw świata obserwuje się wzrost liczby osób dorosłych żyjących z otyłością. Z danych Eurostatu wynika, że w 2019 roku odsetek osób otyłych wśród pełnoletnich mieszkańców Polski wynosił 19%, co oznacza wzrost o 1,8 punktu procentowego w porównaniu z rokiem 2014. Wyższe wartości tego wskaźnika odnotowano m.in. na Malcie, Węgrzech, w Chorwacji oraz na Łotwie. Najniższy odsetek osób z otyłością w 2019 roku stwierdzono natomiast w Rumunii, gdzie wynosił on 10,9%. Spośród analizowanych państw jedynie w dwóch odnotowano spadek odsetka osób z otyłością w porównywanych latach. Dotyczyło to Francji, gdzie odsetek ten zmniejszył się z 15,3% w 2014 roku do 15,0% w 2019 roku, oraz Bułgarii, w której obniżył się z 14,8% do 13,6%[13]. Lobstein et al. (2023) prognozują, że w roku 2035 ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet w Polsce będzie otyłych (łącznie ok. 60% populacji). Otyłość wśród dzieci i młodzieży także będzie się pogłębiać się z roku na rok[14]. Według danych GUS odsetek osób z masą ciała w normie w latach 2014-2019 zmniejszył się o 3,4 p.p. Wzrósł natomiast odsetek osób z nadwagą (o 1,5 p.p.) i otyłością (o 1,8 p.p.)[15].

W sierpniu 2022 roku Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH – PIB) przeprowadził Badanie Stanu Zdrowia i Czynników Ryzyka. Wyniki pokazują, że zbyt wysoką masę ciała (indeks BMI ≥ 25) miało 52,2% Polaków w wieku 20 lat i więcej, a 13,6% cierpiało na otyłość (BMI ≥ 30). Odsetek mężczyzn z nadwagą i otyłością wynosił odpowiednio 62,1% oraz 15,7%, a w przypadku kobiet 42,6% oraz 11,7%[16]. W 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (BMI ≥ 25) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło już 64% dla mężczyzn i 48% dla kobiet, zaś otyłości (BMI ≥ 30) odpowiednio 15% i 13%. Problemy te znacznie częściej dotyczą mężczyzn,

[12] Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas 2023 .
[13] Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.
[14] Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas… op. cit.
[15] Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS [stat.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019 r.] oraz [stat.gov.pl/san-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014 r.].
[16] Wojtyniak, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB.

których połowa waży zbyt dużo już w wieku 20-39 lat, a w starszych kategoriach (60-84 lata) ich udział przekracza ¾[17].

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży również budzi istotny niepokój. Z danych publikowanych przez Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej wynika, że w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% dzieci w wieku 1-3 lat, 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym oraz niemal 22% młodzieży do 15 roku życia[18]. Najnowsze dane dotyczące rozpowszechnienia nadwagi i/lub otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce pochodzą z 2022 roku i są publikowane przez organizację NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), współpracującą ze Światową Organizacją Zdrowia. Zgodnie z tymi danymi, rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 5-9 lat w Polsce wynosi około 25,6%, natomiast w grupie osób w wieku 10-19 lat sięga 21,8%[19]. Dane dotyczące starszej młodzieży szkolnej (11-13-15 lat) zostały także opublikowane w raporcie HSBC z 2024 r. Według danych zebranych w okresie od marca do lipca 2022 r. nadwaga lub otyłość występowała u 19% dziewcząt i 41% chłopców w wieku 11 lat oraz odpowiednio: 18% i 35% wśród 13-latków, oraz 13% i 28% wśród 15-latków[20].

Według danych publikowanych przez samorząd województwa mazowieckiego w szkołach na terenie Mazowsza z nadwagą i otyłością boryka się łącznie 19,8% uczniów. W szkołach podstawowych nadwaga dotyczy 10,4% uczniów, otyłość – 9,4%. Dla szkół ponadpodstawowych są to odpowiednio następujące wartości – 12,5% oraz 7,3%[21]. Lokalne dane dotyczące omawianego problemu zdrowotnego nie są dostępne w ramach statystyki publicznej, jednakże badania profilaktyczne w szkołach prowadzonych przez Powiat Piaseczyński w roku 2022 wykazały, że z nadwagą zmaga się 23% uczniów, z otyłością – 8,6%[22].

[17] Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.
[18] Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży [ncez.pzh.gov.pl].
[19] World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median [www.who.int].
[20] Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
[21] Otyłość i nadwaga – problem co piątego dziecka na Mazowszu! Informacje prasowe samorządu województwa mazowieckiego [mazovia.pl].
[22] Elektroniczny System Medycyny Szkolnej, Powiat Piaseczyński [piaseczno.pl/elektroniczny-system-medycyny-szkolnej].

3. Opis obecnego postępowania

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[23] zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III, V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiary: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI). W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, w tym brak jest finansowania efektywnych działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2026 ujęty został cel operacyjny „profilaktyka nadwagi i otyłości", w ramach którego zaplanowano wykaz zadań obejmujący realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających nadwadze i otyłości społeczeństwa (w tym dzieci i młodzieży). W wykazie tym znalazły się m.in.: prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej, kształtowanie postaw prozdrowotnych, promocja aktywności fizycznej, a także działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych[24].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031[25] wyraźnie wskazuje, że w ostatnich latach w województwie mazowieckim ryzyka żywieniowe, obok wysokiego ciśnienia krwi, znajdują się wśród głównych czynników ryzyka mających największy udział w liczbie zgonów mieszkańców województwa (ok. 197 osób na 100 tys. ludności – zbliżona

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

[24] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].

[25] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdrow. 2025.42].

wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności). Podobnie było w przypadku czynników wpływających na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa – ryzyka żywieniowe w tym przypadku zajmują trzecie miejsce (ok. 3,1 tys. osób na 100 tys. ludności – poniżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności). W obliczu obserwowanej sytuacji należy intensyfikować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki, a także edukowanie społeczeństwa, w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia (m.in. złych nawyków żywieniowych i braku aktywności fizycznej).

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

Potrzeba wdrożenia programu wynika również z danych epidemiologicznych. W ostatnich latach odnotowuje się wzrost rozpowszechnienia nadmiernej masy ciała w populacji dzieci i młodzieży. Jednocześnie w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych brakuje kompleksowego, interdyscyplinarnego systemu profilaktyki i leczenia nadwagi oraz otyłości u dzieci, obejmującego jednocześnie komponent dietetyczny, behawioralny i ruchowy. Program odpowiada na tę lukę, ponieważ łączy edukację zdrowotną, badania przesiewowe oraz zindywidualizowaną interwencję multikomponentową.

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

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.[26]: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
   - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
   - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026[27]: Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031[28]: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1-3.2. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia, m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej);
4. Wojewódzki plan transformacji dla województwa mazowieckiego na lata 2022-2026[29] – 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. Wyrównywanie i zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI i inne czynniki związane ze stylem życia;
5. Strategia polityki zdrowotnej dla powiatu piaseczyńskiego na lata 2022-2027 – priorytet 3, cel operacyjny 2: Zwiększenie wykrywalności nadwagi i otyłości wśród dzieci i dorosłych mieszkańców powiatu piaseczyńskiego poprzez kompleksowe działania z zakresu profilaktyki wtórnej[30].

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

[27] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia… op. cit.

[28] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych… op. cit.

[29] Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [Dz. Urz. Woj. 2021.12691].

[30] Uchwała Rady Powiatu Piaseczyńskiego z dnia 26 maja 2022 roku w sprawie przyjęcia Strategii Polityki Zdrowotnej Powiatu Piaseczyńskiego na lata 2022-2027 [bip.piaseczno.pl].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

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

2. Cel szczegółowy

1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki otyłości, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.

3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.

* Przyjęte wartości docelowe zostały określone jako realistyczne i adekwatne do planowanych zakresów interwencji. Wartości te stanowią próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględniają możliwość wystąpienia licznych czynników niezależnych od realizatora programu (np. brak współpracy ze strony dziecka/rodzica, niestosowanie się do zaleceń, schorzenia współistniejące). Osiągnięcie zakładanych poziomów wskaźników będzie potwierdzeniem skuteczności programu. Wartości docelowe zaplanowano z uwzględnieniem doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji PPZ w tym samym obszarze tematycznym, a także z uwzględnieniem opinii eksperta w obszarze zdrowia publicznego.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. II. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku) – na podstawie pomiaru wykonanego na pierwszej konsultacji dietetycznej i wizycie podsumowującej
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych na pierwszej i końcowej konsultacji dietetycznej
Szczegółowy 3	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej na pierwszej i końcowej konsultacji z zakresu aktywności fizycznej

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji

1. Populacja docelowa

Populację docelową w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych będą stanowić dzieci i młodzież w wieku szkolnym, uczęszczające do szkół podstawowych i ponadpodstawowych na terenie powiatu piaseczyńskiego oraz ich rodzice[31]. Bazując na danych GUS[32], szacuje się, że w roku 2027 powiat zamieszkiwało będzie ok. 33,75 tys. dzieci i nastolatków w wieku szkolnym oraz ok. 67,5 tys. osób, będących ich rodzicami. Edukacja zdrowotna kierowana będzie do wszystkich uczniów szkół podstawowych oraz szkół ponadpodstawowych funkcjonujących na terenie powiatu piaseczyńskiego, a także do wszystkich rodziców ww. dzieci. Działania w ramach wtórnej profilaktyki otyłości kierowane będą do dzieci/nastolatków ze zdiagnozowaną otyłością. Dane dot. rozpowszechniania problemu otyłości w powiecie piaseczyńskim, przytoczone w części opisującej epidemiologię problemu zdrowotnego, pozwalają szacować, że otyłość dotyczy ok. 8,6% spośród ww. liczby dzieci tj. ok. 2,9 tys. osób. Program w całym okresie realizacji działaniami w ramach profilaktyki wtórnej otyłości obejmie ok. 126 dzieci (ok. 4,3% ogółu). Świadczenia będą udzielane według kolejności zgłoszeń, do wyczerpania zaplanowanego budżetu. Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem danych epidemiologicznych oraz możliwości finansowych Powiatu Piaseczyńskiego. Do programu w zakresie działań profilaktyki wtórnej włączone zostaną dzieci mierzące się z problemem otyłości. Grupę tę wybrano kierując się chęcią objęcia działaniami PPZ osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, co pozwoli na maksymalizację efektu zdrowotnego możliwego do uzyskania przy posiadanych zasobach finansowych. W przypadku niższej, w stosunku do założonego budżetu, zgłaszalności do PPZ dzieci z diagnozą otyłości, dopuszcza się możliwość włączenia do Programu dzieci z diagnozą nadwagi.

[31] Ilekroć w PPZ jest mowa o rodzicach, należy przez to rozumieć rodziców lub opiekunów prawnych.

[32] Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 22.05.2025 r. [bdl.stat.gov.pl].

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

1) Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży

a) Kryteria włączenia:

- uczęszczanie do szkoły podstawowej/ponadpodstawowej,
- zamieszkiwanie na terenie powiatu piaseczyńskiego,
- zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie.

b) Kryteria wyłączenia: brak.

2) Działania edukacyjne dla rodziców

a) Kryteria włączenia

- pozostawanie rodzicem dziecka uczęszczającego do szkoły podstawowej lub ponadpodstawowej działającej na terenie powiatu piaseczyńskiego,
- zamieszkiwanie na terenie powiatu piaseczyńskiego.

b) Kryteria wyłączenia: brak

3) Badania przesiewowe

a) Kryteria włączenia:

- uczęszczanie do szkoły podstawowej/ponadpodstawowej,
- zamieszkiwanie na terenie powiatu piaseczyńskiego,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie.

b) Kryteria wyłączenia:

- leczenie otyłości poza programem.

4) Interwencja multikomponentowa

a) Kryteria włączenia:

- uczęszczanie do szkoły podstawowej/ponadpodstawowej,
- zamieszkiwanie na terenie powiatu piaseczyńskiego,
- diagnoza otyłości na podstawie wyników badania przesiewowego (wartość BMI powyżej 97. centyla dla płci i wieku) lub diagnoza nadwagi na podstawie wyników badania przesiewowego (wartość BMI w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku) – wyłącznie w przypadku niskiej zgłaszalności dzieci z problemem otyłości i pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie.

b) Kryteria wyłączenia:

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

Kryterium zamieszkiwania będzie weryfikowane zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego[33] – miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone będą przez realizatora w ramach współpracy z powiatem piaseczyńskim, placówkami POZ, placówkami oświatowymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (np. media społecznościowe). Informacje o Programie dostępne będą w siedzibie realizatora oraz w placówkach oświatowych, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Starostwie Powiatowym w Piasecznie (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

3.1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży

- prowadzone przez wychowawców, pedagogów lub psychologów szkolnych na zajęciach z wychowawcą – 2 spotkania 45-minutowe w każdym roku szkolnym z wykorzystaniem przygotowanych przez realizatora materiałów (scenariuszy zajęć oraz wzorów prezentacji multimedialnej – w co najmniej 3 wariantach: dla klas I-III szkół podstawowych, dla klas IV-VIII szkół podstawowych oraz dla klas I-V szkół ponadpodstawowych),
- obejmujące następujące tematy:
  - zmiana nawyków zdrowotnych oraz motywacja do podjęcia próby redukcji masy ciała,
  - promowanie zdrowej diety oraz stylu życia, z zachowaniem zasady 5-2-1-0 (≥5 porcji warzyw i owoców, ≤2 godzin czasu wolnego spędzanego przed

[33] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 1061 z późn. zm.].

ekranami, >1 godziny aktywności fizycznej, 0 dziennego spożycia napojów słodzonych cukrem),

- czynniki ryzyka nadwagi i otyłości (w tym m.in. czas spędzany w pozycji siedzącej, higiena snu, regulacja liczby spożywanych kalorii, czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi),
- potencjalne zagrożenia zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości,
- czytanie etykiet umieszonych na produktach spożywczych,
- zasady zdrowego żywienia (m.in. optymalne pory spożywania posiłków, ograniczenie konsumpcji produktów wysokoprzetworzonych, mięsa i produktów mięsnych, stosowanie wzoru „Talerza Zdrowego Żywienia", dostosowanie energetyczności i wielkości posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku, unikanie używania ekranów podczas posiłków, ryzyko wynikające ze stosowania radykalnych diet),
- zwiększenie bądź utrzymanie poziomu aktywności fizycznej (m.in. optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną w ciągu dnia, zalecane formy ruchu, zabawy ruchowe i ćwiczenia dostosowane do wieku i możliwości, promowanie udziału w zajęciach sportowych, bilansowanie wydłużającego się czasu spędzanego przez dzieci i młodzież przed urządzeniami elektronicznymi zwiększoną aktywnością fizyczną),
- promowanie odpowiedniej dla wieku długości snu,
- informowanie o zaleceniach dotyczących czasu spędzanego przed urządzeniami elektronicznymi – nie powinien on przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2 r. ż;

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

3.2. Działania edukacyjne dla rodziców

- realizowane poprzez 90-minutowe wykłady stacjonarne lub online z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości, prowadzone przez dietetyka,
- realizowane z założeniem nagrania wykładu, celem jego ponownego odtworzenia umożliwiającego utrwalenie informacji lub zapoznanie się z treściami edukacyjnymi przez rodziców, którzy w danym dniu nie mogli uczestniczyć w wykładzie (link do nagrania zostanie przekazany wszystkim szkołom oraz udostępniony rodzicom poprzez dzienniki elektroniczne),
- uwzględniające badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed wykładem oraz post-testu po wykładzie, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (załącznik 4),
- obejmujące następujące tematy:
  - zmiana nawyków zdrowotnych dziecka i rodziny oraz motywacja do podjęcia próby redukcji masy ciała dziecka,
  - promowanie zdrowej diety oraz stylu życia, z zachowaniem zasady 5-2-1-0 (≥5 porcji warzyw i owoców, ≤2 godzin czasu wolnego spędzanego przed ekranami, >1 godziny aktywności fizycznej, 0 dziennego spożycia napojów słodzonych cukrem),
  - czynniki ryzyka nadwagi i otyłości wśród dzieci i nastolatków (w tym m.in. czas spędzany w pozycji siedzącej, higiena snu, regulacja liczby spożywanych kalorii, czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi),
  - potencjalne zagrożenia zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości,
  - czytanie etykiet umieszonych na produktach spożywczych,
  - zasady zdrowego żywienia (m.in. optymalne pory spożywania posiłków, ograniczenie konsumpcji produktów wysokoprzetworzonych, mięsa i produktów mięsnych, stosowanie wzoru „Talerza Zdrowego Żywienia", dostosowanie energetyczności i wielkości posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku, unikanie używania ekranów podczas posiłków, ryzyko wynikające ze stosowania radykalnych diet),
  - zwiększenie bądź utrzymanie poziomu aktywności fizycznej u dziecka/nastolatka (m.in. optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną w ciągu dnia, zalecane formy ruchu, zabawy ruchowe i ćwiczenia dostosowane do wieku i możliwości, promowanie udziału w zajęciach sportowych, bilansowanie wydłużającego się

czasu spędzanego przez dzieci i młodzież przed urządzeniami elektronicznymi zwiększoną aktywnością fizyczną),

- promowanie odpowiedniej dla wieku długości snu,
- informowanie o zaleceniach dotyczących czasu spędzanego przed urządzeniami elektronicznymi – nie powinien on przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2 r. ż,
- informowanie o możliwościach terapii nadwagi/otyłości w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej w powiecie piaseczyńskim,
- informowanie o możliwościach terapii nadwagi/otyłości w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029”,

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

3.3. Badania przesiewowe

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

3.3. Interwencja multikomponentowa

Rodzice/opiekunowie prawni dziecka z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego będą zgłaszać się do placówki wskazanej przez realizatora, zgodnie z zaleceniem przekazanym przez osobę wykonującą badanie. Po zgłoszeniu nastąpi ustalenie terminu pierwszych trzech konsultacji – dietetycznej, psychologicznej i z zakresu aktywności fizycznej. Interwencja multikomponentowa składa się z trzech komponentów: dietetycznego, behawioralnego i ruchowego. Każdy z nich prowadzony jest przez specjalistę posiadającego stosowne kompetencje. Specjaliści tworzą zespół, w ramach którego po pierwszych 3 godzinach konsultacji z dzieckiem i rodzicami/opiekunami prawnymi, wymieniają się informacjami na temat uczestników oraz wspólnie ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań. Opracowany przez zespół specjalistów plan kolejnych spotkań powinien obejmować co najmniej 26 godzin zegarowych konsultacji (23 godziny w ramach zindywidualizowanego planu działań oraz trzy konsultacje końcowe – dietetyczną, psychologiczną i z zakresu aktywności fizycznej). Po zakończeniu wszystkich spotkań

realizowana jest wizyta podsumowująca wyniki przeprowadzonych działań w ramach tej interwencji. Ścieżka pacjenta w programie jest następująca:

1) Komponent dietetyczny – pierwsza konsultacja dietetyczna obejmująca:

- potwierdzenie pozytywnego wyniku badania przesiewowego,
- przeprowadzenie wywiadu zdrowotnego i żywieniowego uwzględniającego między innymi: choroby towarzyszące, alergie pokarmowe, przyjmowane leki i suplementy diety, wzorce żywieniowe, dotychczasowy sposób odżywiania (częstość spożywanych posiłków, jedzenie śniadań, spożywanie warzyw i owoców, wielkość porcji, dzienną ilość i rodzaj spożywanych płynów, częstość spożywania słodyczy, czy dziecko podjada między posiłkami), a także poziom aktywności fizycznej,
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN – wzór w załączniku 5),
- ocenę nawyków żywieniowych dziecka i rodziny, poprzez ocenę składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji żywieniowych, stosowania przypraw, metod gotowania i sposobu prezentacji żywności gotowej do spożycia,
- zwrócenie uwagi na błędy żywieniowe dziecka i jego rodziny,
- przedstawienie konsekwencji zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości,
- omówienie zasad diety w oparciu o piramidę zdrowego żywienia i/lub talerz zdrowego żywienia,
- naukę wyznaczania kaloryczności posiłków oraz zawartości poszczególnych makroskładników,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym dzienniczka żywieniowego, w celu zapisywania przez nich informacji o rodzaju i ilości spożywanych produktów przez ich dziecko w określonym czasie,
- wyznaczenie przez dietetyka realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnego planu dietetycznego – do weryfikacji podczas kolejnego spotkania.

2) Komponent behawioralny – pierwsza konsultacja psychologiczna obejmująca:

- identyfikację zaburzeń zdrowia psychicznego (takich jak np. depresja, lęki, zaburzenia odżywiania, problemy z postrzeganiem własnego ciała), ocenę przyczyn podjadania (jeżeli występuje), ocenę zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC – wzór w załączniku 6),

- zwiększenie wiedzy i kompetencji uczestnika w zakresie ustanawiania celów, samokontroli, trenowania uważności, kontrolowania bodźców, stosowania pozytywnych wzmocnień, restrukturyzacji poznawczej, asertywności, zdolności regulowania emocji, rozwiązywania problemów, kształtowania siły woli i odporności na stres.

3) Komponent ruchowy – pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej obejmująca:

- przeprowadzenie krótkiego wywiadu nt. aktywności fizycznej, ze zwróceniem uwagi na uczestnictwo dziecka w podejmowaniu tej aktywności poza szkołą (np. zajęcia sportowe), sposób docierania do szkoły (pieszo, rower, komunikacja miejska, samochód), czas spędzany na aktywnościach sedentarnych (np. TV, komputer, tablet),
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC lub IPAQ – wzór w załączniku 7),
- edukację w zakresie codziennej aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz zachęcanie do aktywnego przemieszczania się pieszo lub na rowerze (m.in. do i ze szkoły),
- poinstruowanie o sposobach wdrażania, początkowo 10 minut ćwiczeń aerobowych dziennie i stopniowego zwiększania czasu poświęcanego na ćwiczenia z tygodnia na tydzień (np. w formie jazdy na deskorolce, zajęć tanecznych, biegania, jazdy na rowerze, szybkiego chodu) lub dzielenia podejmowanej aktywności na mniejsze składowe trwające łącznie co najmniej 60 minut dziennie (np. chodzenie przez 10 minut, wchodzenie po schodach, gry sportowe, zabawy, prace domowe),
- informowanie, że docelowa pojedyncza sesja aktywności ruchowej powinna trwać co najmniej 60 minut,
- przekazanie zaleceń dotyczących codziennych ćwiczeń, uwzględniając przy tym aktywności, które łatwo wdrożyć do życia codziennego, a także preferencje i możliwości dziecka.

4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej:

- określony przez zespół specjalistów (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika, zdiagnozowanymi na podstawie trzech pierwszych konsultacji,

- obejmujący 23 godziny działań spośród przedstawionych w tabeli III.

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

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

Działanie	Opis działania
	będzie weryfikowane na podstawie oświadczeń rodziców.
Ćwiczenia indywidualne z zakresu aktywności fizycznej	Ćwiczenia indywidualne realizowane przez dziecko w warunkach domowych pod nadzorem rodzica – zgodnie z zaleceniami i wskazówkami przekazanymi dziecku i rodzicom przez specjalistę z zakresu aktywności fizycznej podczas indywidualnej konsultacji (realizowane z wykorzystaniem zestawu kart z planem ćwiczeń lub aplikacji do planowania ćwiczeń). Wykonywanie ćwiczeń będzie weryfikowane na podstawie oceny kart ćwiczeń lub raportów z aplikacji. Na życzenie rodzica w zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej mogą wchodzić indywidualne zajęcia sportowe, w których dziecko już uczestniczy w momencie zgłoszenia się do programu. Uczestnictwo w ww. zajęciach będzie weryfikowane na podstawie oświadczeń rodziców.

5) Komponent dietetyczny – konsultacja końcowa dietetyczna obejmująca:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN – wzór w załączniku 5) i omówienie jego wyników,
- przeanalizowanie i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego, w tym korekta ewentualnych błędów żywieniowych stwierdzonych w dzienniczku żywieniowym dziecka,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym na piśmie zaleceń żywieniowych,
- poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o możliwości bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza programem np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej.

6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna obejmująca:

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

7) Komponent ruchowy – konsultacja końcowa specjalisty aktywności fizycznej obejmująca:

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

8) Wizyta podsumowująca wyniki interwencji obejmująca:

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

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

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także z oceną technologii medycznych zawartą w Rekomendacji nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym[34].

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

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

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

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

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

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2026),
2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z rekomendacją nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. (II-III kwartał 2026),
3) uchwalenie programu przez Radę Powiatu Piaseczyńskiego (IV kwartał 2026);
4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu; wybór jednego realizatora Programu Polityki Zdrowotnej na lata 2027-2029 wskazany jest

ze względu na charakter interwencji i ujęcie kosztów jego realizacji w wieloletniej prognozie finansowej Powiatu Piaseczyńskiego (IV kwartał 2026);

5) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2026 – I kwartał 2027),

6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2027-2029):

- realizacja działań edukacyjnych,
- realizacja badań przesiewowych,
- realizacja działań w ramach interwencji multikomponentowej,
- bieżący monitoring,

6) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2029),

7) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2029),

8) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2030).

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

Koordynatorem programu będzie Starostwo Powiatowe w Piasecznie. Realizatorem Programu może być:

1) przedsiębiorca, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1480 z późn. zm.) lub
2) podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 r. poz. 156) lub
3) prowadząca działalność statutową w zakresie zadań wymienionych w ogłoszeniu konkursowym organizacja pozarządowa, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1338).

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

- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (jeżeli dotyczy),

- zapewnienie realizacji działań edukacyjnych przez dietetyka, lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego, profilaktyka, specjalistę zdrowia publicznego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w przeprowadzeniu zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości,
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu dietetycznego interwencji multikomponentowej przez dietetyka (wymagane doświadczenie w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu behawioralnego interwencji multikomponentowej przez psychologa lub psychiatrę dziecięcego (wymagane doświadczenie w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu ruchowego interwencji multikomponentowej przez specjalistę aktywności ruchowej lub fizjoterapeutę (wymagane doświadczenie w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie realizacji wizyty podsumowującej przez lekarza lub lekarza pediatrę,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

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

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2026 poz. 208 z późn. zm.), a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.).

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia miejsca realizacji świadczeń, dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 1411), z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (tekst jedn. Dz. U. 2023 poz. 1440) i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie. Dodatkowo realizator posiadał będzie Standardy Ochrony Małoletnich, o których mowa w art. 22b i 22c ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniem przestępczości na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tekst jedn. Dz. U. z 2026 r. poz. 110 z późn. zm.).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco i zostanie zakończone wraz z końcem jego realizacji. Będzie uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości,
- liczba dzieci ze stwierdzoną nadwagą,
- liczba dzieci ze stwierdzoną otyłością,

- liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej,
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

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

2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji programu i będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu. W ewaluacji wykorzystane zostaną wszystkie zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności odpowiadające celom PPZ. Wynik ewaluacji zostanie przedstawiony w raporcie końcowym z realizacji PPZ. W ramach ewaluacji w raporcie znajdzie się odniesienie do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel zostanie uznany za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania będzie równa lub przekroczy wskazaną w celu wartość docelową. Zaplanowano następujące wskaźniki ewaluacji:

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

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

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

Tab. IV. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w ramach PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży – przygotowanie scenariusza zajęć i wzoru prezentacji multimedialnej (1 wariant)	400,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców (wykład)	600,00
3. Badania przesiewowe*	0,00
4. Interwencja multikomponentowa	--
1) Komponent dietetyczny – pierwsza konsultacja dietetyczna	200,00
2) Komponent behawioralny – pierwsza konsultacja psychologiczna	300,00
3) Komponent ruchowy – pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności ruchowej	200,00
4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej:	--
konsultacja indywidualna z dietetykiem	180,00
konsultacja indywidualna z psychologiem	280,00
konsultacja indywidualna ze specjalistą z zakresu aktywności fizycznej	180,00

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
warsztaty grupowe dietetyczne	115,00
zajęcia grupowe z zakresu aktywności fizycznej	40,00
5) Komponent dietetyczny – konsultacja końcowa dietetyczna	180,00
6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna	280,00
7) Komponent ruchowy – konsultacja końcowa specjalisty aktywności ruchowej	180,00
8) Wizyta podsumowująca wyniki interwencji	300,00

* dzieci z wynikiem badania przesiewowego kierowane będą do programu przez pielęgniarki/higienistki szkolne

2. Planowane koszty całkowite

Działania w ramach interwencji multikomponentowej zostaną sfinansowane dla ok. 126 dzieci, w związku z czym szacuje się, że badaniami przesiewowymi pozwalającymi na wyłonienie uczestników objętych zostanie ok. 1,7 tys. dzieci (zgodnie z danymi przedstawionymi w części dot. epidemiologii, problem otyłości w szkołach dotyczy ok. 8,6% dzieci). Celem przedstawienia szacunkowych kosztów realizacji programu założono, że każde dziecko w zakresie zindywidualizowanego planu działań w ramach interwencji multikomponentowej odbędzie 2 konsultacje indywidualne ze specjalistą (jedną z dietetykiem, drugą – z psychologiem), weźmie udział w 6 warsztatach grupowych dietetycznych oraz w 15 zajęciach grupowych z zakresu aktywności fizycznej. W praktyce plan ten będzie zindywidualizowany i dostosowany do potrzeb każdego uczestnika. Świadczenia w programie będą udzielane zgodnie z kolejnością zgłoszeń, a sam program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu. Szacunkowe roczne koszty programu w podziale na poszczególne interwencje przedstawiono w tabeli V.

Tab. V. Szacunkowe roczne koszty programu w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży – przygotowanie scenariuszy zajęć i wzorów prezentacji multimedialnych (3 warianty)	3	wariant	400,00	1 200,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców (2 wykłady/rok)	6	wykład	600,00	3 600,00
3. Badania przesiewowe	--	--	--	0,00
4. Interwencja multikomponentowa	--	--	--	--
1) Komponent dietetyczny – pierwsza konsultacja dietetyczna	126	osoba	200,00	25 200,00
2) Komponent behawioralny – pierwsza konsultacja psychologiczna	126	osoba	300,00	37 800,00
3) Komponent ruchowy – pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności ruchowej	126	osoba	200,00	25 200,00
4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej (2 indywidualne konsultacje – z dietetykiem oraz psychologiem, 6 warsztatów grupowych dietetycznych, 15 zajęć grupowych	126	osoba	1 750,00	220 500,00

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
z zakresu aktywności fizycznej)				
5) Komponent dietetyczny – konsultacja końcowa dietetyczna	126	osoba	180,00	22 680,00
6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna	126	osoba	280,00	35 280,00
7) Komponent ruchowy – konsultacja końcowa specjalisty aktywności ruchowej	126	osoba	180,00	22 680,00
8) Wizyta podsumowująca wyniki interwencji	126	osoba	300,00	37 800,00
5. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	3	rok	16 550,00	49 650,00
Koszty Programu				**481 590,00**

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 481 590,00 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Powiatu Piaseczyńskiego oraz ewentualnych zmian cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Powiatu Piaseczyńskiego. Powiat bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 22.05.2025 r. [bdl.stat.gov.pl].
2. Bryl W., Hoffman K., Miczke A., Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew. Lek 2006, 9: 91-95.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613.
4. Elektroniczny System Medycyny Szkolnej, Powiat Piaseczyński [piaseczno.pl/elektroniczny-system-medycyny-szkolnej].
5. Grzywacz R., Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, Medycyna Rodzinna, 2/2014: 64-69.
6. Jabłoński E., Kaźmierczak U.: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002; 1: 17.
7. Juruć A., Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4: 210–219.
8. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (2018). Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, www.klrwp.pl.
9. Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas 2023.
10. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.42].
11. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [Dz. Urz. Woj. 2021.12691].
12. Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.
13. Otyłość i nadwaga – problem co piątego dziecka na Mazowszu! Informacje prasowe samorządu województwa mazowieckiego [mazovia.pl].
14. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006; 52: 322–328.
15. Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
16. Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji [bip.aotm.gov.pl].
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].
19. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005; 90: 1871–1887.
20. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS [stat.gov.pl] oraz [stat.gov.pl].

21. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. Nutritional J 2007, 9: 345-356.
22. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.
23. Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży [ncez.pzh.gov.pl].
24. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].
25. Uchwała Rady Powiatu Piaseczyńskiego z dnia 26 maja 2022 roku w sprawie przyjęcia Strategii Polityki Zdrowotnej Powiatu Piaseczyńskiego na lata 2022-2027 [bip.piaseczno.pl].
26. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 1061 z późn. zm.].
27. WHO, Obesity and overweight, 08.12.2025 r. [www.who.int].
28. Wojtyniak, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB.
29. World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median [www.who.int].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029” (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Płeć	
Wiek	
Szkoła	
Klasa	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy (podanie jest dobrowolne)	
Adres e-mail (podanie jest dobrowolne)	

2. Zgoda na udział w Programie

Ja, niżej podpisana/y

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

Data Urodzenia Dziecka:

Szkoła/Placówka:

w Programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029”

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o następujących warunkach uczestnictwa w Programie:

1) Zakres interwencji: w ramach Programu moje dziecko zostanie zakwalifikowane do uczestnictwa w: **multikomponentowej interwencji**, mającej na celu kompleksowe wsparcie w zakresie zdrowego stylu życia. Interwencja ta obejmuje:
   - **Konsultacje indywidualne z dietetykiem**: spotkania mające na celu opracowanie spersonalizowanego planu żywieniowego i edukację w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych.
   - **Konsultacje indywidualne z psychologiem:** wsparcie w zakresie motywacji, radzenia sobie z emocjami związanymi z jedzeniem oraz budowania pozytywnego obrazu ciała.
   - **Konsultacje indywidualne z rehabilitantem/fizjoterapeutą:** ocena sprawności fizycznej i opracowanie indywidualnych zaleceń dotyczących aktywności fizycznej.
   - **Warsztaty grupowe dietetyczne:** zajęcia edukacyjne w grupie, promujące zdrową dietę i umiejętności kulinarne.
   - **Zajęcia grupowe z zakresu aktywności fizycznej:** regularne zajęcia ruchowe, dostosowane do wieku i możliwości uczestników, mające na celu zwiększenie poziomu aktywności fizycznej.
   - **Konsultacje z lekarzem.**
2) **Liczba poszczególnych interwencji**: konsultacji, warsztatów, zajęć zostanie ustalona indywidualnie (łącznie uczestnikowi w ramach Programu można zapewnić 30h interwencji)
3) **Obowiązek uczestnictwa**: uczestnictwo w zaplanowanych interwencjach jest kluczowe dla osiągnięcia celów Programu. W związku z tym, moje dziecko jest zobowiązane do regularnego i aktywnego udziału we wszystkich wyznaczonych zajęciach.
4) **Zasady uczestnictwa w Programie**: zostałam/em poinformowana/y, że:
   - mogę zrezygnować na każdym etapie z udziału dziecka w Programie (wymagane powiadomienie realizatora),
   - nieusprawiedliwiona nieobecność mojego dziecka na dwóch (2) interwencjach (konsultacjach indywidualnych lub zajęciach grupowych) w trakcie trwania programu będzie skutkować skreśleniem z listy uczestników Programu.

Wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka oraz moich danych osobowych,
- kontakt telefoniczny lub drogą elektroniczną

w zakresie niezbędnym do realizacji celów Programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z powyższymi warunkami uczestnictwa w Programie i akceptuję je w całości.

Miejscowość , dnia

Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego

3. Interwencja multikomponentowa

1) Komponent dietetyczny – pierwsza konsultacja dietetyczna

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

(data i podpis osoby uprawnionej)

2) Komponent behawioralny – pierwsza konsultacja psychologiczna

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

(data i podpis osoby uprawnionej)

3) Komponent ruchowy – pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej

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

(data i podpis osoby uprawnionej)

4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej

Lp.	Nazwa działania	Data działania
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

(data i podpis osoby uprawnionej)

5) Komponent dietetyczny – konsultacja końcowa dietetyczna

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

(data i podpis osoby uprawnionej)

6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna

Data konsultacji	
Ponowny wynik kwestionariusza w zakresie oceny zachowań społecznych	
Zmiana pozytywna w zakresie zachowań społecznych	☐tak ☐nie Jeśli tak, to jaka?

(data i podpis osoby uprawnionej)

7) Komponent ruchowy – konsultacja końcowa specjalisty aktywności fizycznej

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

(data i podpis osoby uprawnionej)

8) Wizyta podsumowująca wyniki interwencji

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

(data i podpis osoby uprawnionej)

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

Data rezygnacji	
Przyczyna rezygnacji	☐tak ☐nie

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

(data i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029” (wzór)

I. Dane Realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	Dane
liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym	
liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości	
liczba dzieci ze stwierdzoną nadwagą	
liczba dzieci ze stwierdzoną otyłością	
liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej	
liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja*	
odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku)	
odsetek osób z nadwagą włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90.-97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku)	
odsetek osób z otyłością włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku) lub	

Monitoring	Dane
w przedziale od 90.-97. centyla (dla płci i wieku),	
średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach programu	
odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej	
odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test	
odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych	
odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej	

* w sprawozdaniu rocznym i końcowym

** w sprawozdaniu końcowym

(data i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029” (wzór)

1. Czy udział w programie spełnił Pana/i oczekiwania?
(5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie)

5☐	4☐	3☐	2☐	1☐

2. Jak ocenia Pan przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci?
(5 – zdecydowanie przydatne, 4 – raczej przydatne, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nieprzydatne, 1 – zdecydowanie nieprzydatne)

5☐	4☐	3☐	2☐	1☐

3. Jak ocenia Pan jakość usług otrzymanych w programie?
(5 – bardzo dobrze, 4 – dobrze, 3 – przeciętnie, 2 – źle, 1 – bardzo źle)

5☐	4☐	3☐	2☐	1☐

4. Jak ocenia Pan Program od strony organizacyjnej?
(5 – bardzo dobrze, 4 – dobrze, 3 – średnio, 2 – raczej źle, 1 – źle)

5☐	4☐	3☐	2☐	1☐

5. Subiektywna ocena skuteczności i efektywności Programu

Czy w Pana/i opinii:	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno stwierdzić	Raczej tak	Zdecydowanie tak
dziecko zwiększyło swoją wiedzę na temat zdrowego sposobu odżywania się oraz aktywności fizycznej niezbędnej dla utrzymania optymalnego stanu zdrowia?	☐	☐	☐	☐	☐
dziecko poprawiło swoje nawyki żywieniowe?	☐	☐	☐	☐	☐
dziecko zwiększyło częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej?	☐	☐	☐	☐	☐

6. Dodatkowe uwagi:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Załącznik 4

Test wiedzy dla uczestnika działań edukacyjnych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029” (wzór)

1. Które stwierdzenie najlepiej opisuje profilaktykę pierwotną otyłości u dzieci?

☐A. Rozpoczynanie działań dopiero po rozpoznaniu otyłości

☐B. Zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała przez kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych, ruchowych i związanych ze snem

☐C. Stosowanie krótkotrwałych diet redukcyjnych kilka razy w roku

☐D. Kontrolowanie masy ciała dziecka wyłącznie podczas bilansów zdrowia

2. Jak należy interpretować BMI u dzieci i młodzieży?

☐A. Tak samo jak u dorosłych, według stałych progów BMI 25 i 30

☐B. Tylko na podstawie masy ciała, bez uwzględniania wzrostu

☐C. Z uwzględnieniem wieku i płci, przy użyciu siatek centylowych

☐D. Wyłącznie na podstawie wyglądu sylwetki dziecka

3. Która wartość BMI u dziecka wskazuje na otyłość?

☐A. BMI poniżej 50. centyla

☐B. BMI od 75. centyla

☐C. BMI równe lub wyższe niż 90. centyl

☐D. BMI powyżej 97. centyla

4. Co oznacza zasada 5-2-1-0?

☐A. 5 posiłków dziennie, 2 przekąski, 1 deser, 0 głodówek

☐B. Co najmniej 5 porcji warzyw i owoców, maksymalnie 2 godziny czasu wolnego przed ekranem, ponad 1 godzina aktywności fizycznej, 0 napojów słodzonych cukrem

☐C. 5 dni diety, 2 dni przerwy, 1 trening, 0 słodyczy

☐D. 5 szklanek wody, 2 owoce, 1 warzywo, 0 fast foodów

5. Które zachowanie rodziców najbardziej sprzyja trwałej zmianie nawyków żywieniowych dziecka?

☐A. Wprowadzanie zmian dla całej rodziny i dawanie dziecku dobrego przykładu

☐B. Zakazywanie dziecku wszystkich ulubionych produktów bez wyjaśnienia

☐C. Stosowanie diety tylko u dziecka, bez zmiany zwyczajów domowych

☐D. Ważenie dziecka codziennie i komentowanie wyniku

6. Który zestaw produktów powinien być szczególnie ograniczany w profilaktyce nadwagi i otyłości?

☐A. Warzywa, owoce i produkty pełnoziarniste

☐B. Woda, niesłodzone napoje i naturalne produkty mleczne

☐C. Produkty wysokoprzetworzone, słodzone napoje, słodycze i żywność typu fast food

☐D. Domowe posiłki przygotowywane z prostych składników

7. Dlaczego radykalne diety odchudzające u dzieci są niewłaściwym postępowaniem?

☐A. Ponieważ mogą być niedostosowane do potrzeb rozwijającego się organizmu i utrudniać trwałą zmianę nawyków

☐B. Ponieważ dzieci nie potrzebują żadnych zmian żywieniowych

☐C. Ponieważ każda dieta u dziecka zawsze prowadzi do niedoborów

☐D. Ponieważ jedyną skuteczną metodą leczenia otyłości jest intensywny sport

8. Które stwierdzenie dotyczące aktywności fizycznej dziecka jest najbardziej zgodne z zasadami profilaktyki otyłości?

☐A. Aktywność fizyczna ma znaczenie tylko wtedy, gdy jest bardzo intensywna

☐B. Warto dążyć do codziennej aktywności, dostosowanej do wieku, możliwości i preferencji dziecka

☐C. Dziecko z nadmierną masą ciała powinno unikać ruchu do czasu schudnięcia

☐D. Wystarczy jedna lekcja wychowania fizycznego tygodniowo

9. Który z poniższych czynników może zwiększać ryzyko nadwagi i otyłości u dzieci?

☐A. Regularny sen, codzienny ruch i wspólne rodzinne posiłki

☐B. Długi czas siedzenia, nadmiar ekranów, mała aktywność fizyczna i nieprawidłowe nawyki żywieniowe

☐C. Picie wody i jedzenie warzyw

☐D. Aktywne chodzenie pieszo do szkoły

10. Które podejście jest najwłaściwsze w leczeniu otyłości u dziecka?

☐A. Skupienie się wyłącznie na szybkim spadku masy ciała

☐B. Krytykowanie dziecka, aby zwiększyć jego motywację

☐C. Stopniowa, długofalowa zmiana stylu życia obejmująca żywienie, aktywność fizyczną, sen i wsparcie rodziny

☐D. Rezygnacja z aktywności fizycznej i ograniczenie wyłącznie liczby posiłków

Załącznik 5

Kwestionariusz oceny nawyków żywieniowych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

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

dni szkolne	dni weekendu
☐ nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły	☐ nigdy nie jem śniadania w weekend
☐ jem jednego dnia	
☐ dwa dni	☐ zwykle jem śniadanie w sobotę lub w niedzielę
☐ trzy dni	
☐ cztery dni	☐ zwykle jem śniadanie w sobotę i w niedzielę
☐ pięć dni	

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

Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu

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

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

☐ codziennie

☐ kilka razy w tygodniu

☐ 1 raz w tygodniu

☐ rzadko

☐ nigdy

Załącznik 6

Kwestionariusz oceny zachowań społecznych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

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

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

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

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

3. Co sądzisz o swojej szkole?

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

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

	Całkowicie się nie zgadzam (1)	2	3	4	5	6	Całkowicie się zgadzam (7)
Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomagać	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

	bardzo łatwo (1)	łatwo (2)	trudno (3)	bardzo trudno (4)	nie rozmawiam na te tematy (5)
Tatą	☐	☐	☐	☐	☐
Mamą	☐	☐	☐	☐	☐
Inną osobą? Jaką?	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

Załącznik 7

Kwestionariusz oceny poziomu aktywności fizycznej w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w powiecie piaseczyńskim na lata 2027-2029” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

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

1. Ile dni w ostatnich 7 dniach przeznaczałeś/aś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

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

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

☐ codziennie

☐ 4 – 6 razy w tygodniu

☐ 2 – 3 razy w tygodniu

☐ 1 raz w tygodniu

☐ 1 raz w miesiącu

☐ mniej niż 1 raz w miesiącu

☐ nigdy

Przewodniczący Rady
Powiatu Piaseczyńskiego

Krzysztof Ł. Kasprzycki
/podpisano elektronicznie/