

Załącznik do Uchwały Nr

Rady Miasta Tychy

z dnia



Program profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym

Okres realizacji: lata 2026 – 2030

Program w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci opracowano zgodnie z art. 48 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 1461)

Tychy, 2026 rok

I. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Opis problemu zdrowotnego

Istnieje wiele definicji zdrowia, jednakże najbardziej znaną ale jednocześnie najbardziej odzwierciedlającą wszystkie jego aspekty definicją jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia mówiąca, iż zdrowie „jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brakiem choroby czy niedomagania”. Zachowanie równowagi na każdej z wymienionych płaszczyzn wydaje się być optymalne dla utrzymywania zdrowia.

Według WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób szczególnie przewlekłych i według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego oraz społecznego otyłego człowieka. Nadwaga jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych związanych ze stylem życia. Otyłość natomiast jest niezależną jednostką chorobową definiowana jako „choroba spowodowana nadmierną podażą energii”, która stanowi zagrożenie dla zdrowia człowieka. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Pierwotną przyczyną otyłości są zaburzenia bilansu energii prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, która powoduje patologię i dysfunkcję we wszystkich narządach i układach. Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób przewlekłych, w tym sercowo-naczyniowych, niektórych nowotworów oraz cukrzycy typu 2 (1).

Głównym miernikiem populacyjnym otyłości jest BMI (wskaźnik „wagi do wzrostu”), którego wynik powinien odnosić się do norm właściwych do wieku i płci zawartych w siatkach centylowych, które są najczęściej stosowane przez lekarzy pediatrów, pielęgniarki, rodziców/opiekunów prawnych. U dzieci nadwagę rozpoznaje się, jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90. – 97. centyla dla płci i wieku, a otyłość – przy wartościach BMI > 97 centyla. Wysokość ciała i BMI zdrowych dzieci można wyrażać w postaci z -score (BMI SDS, body mass index standard deviation score) posługując się układem odniesienia WHO. Jest to wartość wskazująca ile odchylen

standardowych (SD) dany pomiar różni się od średniej. Wartości z-score pozwalają na dokonanie porównań i analiz między grupami wieku. Centyle mogą być zamieniane na z-score (i odwrotnie). W zależności od BMI SDS można wyszczególnić trzy podgrupy, a mianowicie dzieci z: prawidłową masą ciała (BMI SDS <1,341), nadwagą (BMI SDS 1,341-2,054) i otyłością (BMI SDS $\geq$ 2,0545). Wartość 1,341 BMI SDS odpowiada 91. centylowi, a wartości 2,054-98. centylowi BMI (1).

W ramach projektów badawczych OLAF oraz OLA opracowano normy w postaci siatek centylowych (centyle: 3-5-10-15-25-50-75-85-90-95-97) dla płci i wieku dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat, reprezentatywnych dla populacji polskiej (siatki centylowe wysokości ciała, masy ciała, wskaźnika masy ciała). Wskaźniki populacyjnego, krajowego rozkładu nadwagi i otyłości w wieku rozwojowym BMI SDS+1SD i +2SD (czyli ok. 85 i 97 centyla). W przypadku dziewczynek wartości te są mniejsze o około 1 jednostkę BMI, zaś u chłopców wartości te w całości pokrywają się z granicami nadwagi i otyłości u dorosłych (1).

Według WHO w roku 2022 na świecie 890 mln dzieci i młodzieży miała nadmierną masę ciała, z czego 160 mln dotkniętych było otyłością. W dokumencie wskazano, że w Polsce w latach 2018-2020 około 32,3% dzieci w wieku 7-9 lat miało wagę powyżej normy, z czego 13,6 % było otyłych. Biorąc pod uwagę płeć dziecka, nadmierną masę ciała miało 28,6 % dziewcząt i 35,9 % chłopców. Dane NCD-RISC za 2022 r. dotyczące Polski wskazują, że w populacji dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 lat, ogółem nadwaga występowała u 15,87 % (dziewczynki 15,67 %, chłopcy 16,05 %), a otyłość u 7,11 % (dziewczynki 5,55 %, chłopcy 8,68 %). Nadwagę zgłaszano najczęściej u chłopców między 9 a 13 r.ż. odsetki powyżej 18 % (maksymalny 19,7 % w grupie 11 latków), a w grupie dziewcząt między 8 a 12 r.ż. odsetki powyżej 18 % (maksymalny 19,77 % w grupie 10 latków). Dla otyłości od 5 do 9 r.ż. obserwowany jest wzrost odsetka otyłych w przypadku chłopców odpowiednio od 8,46 % do 13,8 %, a dziewczynek od 5,51 % do 8,44 %. W następnych grupach wiekowych odsetek otyłych spada, aż do osiągnięcia wartości 3,75 % wśród chłopców w wieku 19 lat i 2,94 % w grupie 17 letnich dziewcząt. U dziewczyn od 17 r.ż. odnotowano lekki wzrost odsetka otyłych do 3,38 % dla wieku 19 lat (1).

Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 nie zawierają szczegółowych informacji na temat nadwagi i otyłości, czy też ryzyka z nią związanego w grupie dzieci i młodzieży. Ujęte zostały tylko wpływy ryzyka odżywiania na DALY (lata życia skorygowane niesprawnością, z ang. disability-adjusted life years) w poszczególnych województwach

w 2019 r. Mapy Potrzeb Zdrowotnych jako rekomendowane kierunki działań wskazują m.in. podjęcie skutecznych działań z zakresu promowania prawidłowego sposobu odżywiania w zapobieganiu występowania nadwagi i otyłości, w szczególności u dzieci i młodzieży oraz mężczyzn (1). W załączniku nr 12 MPZ (tj. wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego na podstawie danych 2019 r.) rekomendowane są dla województwa śląskiego inicjatywy upowszechniające prawidłowe żywienie, upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej (2). Również w obwieszczeniu Wojewody Śląskiego w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 podkreślono, m.in. że edukacja zdrowotna na temat wpływu czynników ryzyka na stan zdrowia może pozytywnie wpłynąć na wartości wskaźników (DALY, zgony) (3).

W Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2021 – 2025, określono cel strategiczny jak i sześć celów operacyjnych, gdzie pierwszy stanowi „profilaktykę nadwagi i otyłości”. Wprowadzany program polityki zdrowotnej jest również odpowiedzią na zapisy Narodowego Programu Zdrowia (4).

Umiejętność rozpoznawania i dobrego diagnozowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży stanowi skuteczną podstawę oddziaływań terapeutycznych. Dlatego tak ważne są kompetencje lekarzy, psychologów, dietetyków czy też fizjoterapeutów. Program obejmie nie tylko dzieci ale również rodziców/prawnych opiekunów, którzy objęci zostaną efektywną edukacją zdrowotną. Kampania informacyjno-edukacyjna obejmie swoim zasięgiem szerszą grupę odbiorców i będzie skierowana do ogółu tyskiego społeczeństwa.

Z raportu Narodowego Funduszu Zdrowia z maja 2024 r. wynika, że w 2023 r. refundacja leczenia chorób będących wynikiem otyłości to co najmniej 3,8 mld. zł (1). Można zatem stwierdzić, że wprowadzany program jest odpowiedzią na zaistniałą sytuację epidemiologiczną, ekonomiczną oraz odpowiedzią na lokalne potrzeby. Nacisk na profilaktykę oraz wykorzystanie dostępnych narzędzi w prewencji profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym jest zatem niezbędne.

Obecnie nie ma żadnego programu o takim zasięgu skierowanego do wybranej grupy beneficjentów finansowanego ze środków publicznych. Istnieją alternatywne świadczenia gwarantowane z zakresu pediatrii, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki lub higienistki

szkolnej określone szczegółowo w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (1).

Działania i interwencje w programie znajdują odzwierciedlenie w Rekomendacji nr 44/2025 Prezesa Agencji Oceny Technologii i Taryfikacji (AOTMiT) z 12 czerwca 2025 r. 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.

Wprowadzenie programu wraz z zawartymi interwencjami spowoduje zmniejszenie występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży mieszkańców miasta Tychy jako efekt odległy w czasie (perspektywa wieloletnia) oraz zwiększenie wiedzy uczniów w populacji poddanej programowi. Zwiększeniu ulegnie poziom wiedzy wśród rodziców/prawnych opiekunów. Pośrednio wprowadzenie programu może przynieść pozytywny oddźwięk w zakresie zdrowego stylu życia mieszkańców miasta.

2. Dane epidemiologiczne

Z danych GUS za 2019 r. wynika, że w grupie wiekowej 15-19 lat nadwaga wystąpiła u 13,3 % (wzrost o 4,3 p.p. w odniesieniu do 2009 r.) natomiast otyłość u 3,1 % (w 2009 r. wynosiła 1,6 %) (1).

Najwięcej lat życia w zdrowiu z powodu wysokiego indeksu BMI traci się w województwie śląskim o ok. 14% więcej niż w Polsce (2).

Liczbę osób w wieku 0-18 lat z otyłością będących pod opieką lekarza rodzinnego wykazano poniżej w odniesieniu do Polski oraz województwa śląskiego przedstawiono tabelarycznie poniżej.

Tab. Nr 1 Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) – rozpoznanie otyłość*

Wyszczególnienie	Liczby bezwzględne									
	osoby, u których stwierdzono schorzenie ogółem					w tym, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy				
	2015	2020	2021	2022	2023	2015	2020	2021	2022	2023
Polska	1066733	89678	95816	90877	88750	17678	13462	18211	17205	16846
woj. śląskie	11846	8885	10007	9464	9635	1670	1110	1638	1600	1725

*Źródło: <https://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkancow-w-liczbach-11> - nazwa pliku – dane POZ (5)

Tab. Nr 2 Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) – rozpoznanie otyłość*

Wyszczególnienie	Współczynnik na 10 000 ludności									
	osoby, u których stwierdzono schorzenie ogółem					w tym, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy				
	2015	2020	2021	2022	2023	2015	2020	2021	2022	2023
Polska	138,0	122,7	131,5	124,5	122,8	22,8	18,4	25,0	23,5	23,2
woj. śląskie	138,1	109,6	124,1	118,9	122,6	19,4	13,7	20,2	20,0	22,0

*Źródło: <https://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkancow-w-liczbach-11> - nazwa pliku – dane POZ (5).

Liczbę osób w wieku 0-18 lat z rozbiem na grupy wiekowe z otyłością będących pod opieką lekarza rodzinnego wykazano poniżej w odniesieniu do województwa śląskiego przedstawiono tabelarycznie poniżej.

Tab. Nr 3 Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w woj. śląskim – rozpoznanie otyłość*

Wyszczególnienie	woj. śląskie											
	Osoby, u których stwierdzono schorzenie ogółem		z tego wieku									
			0-2		3-4		5-9		10-14		15-18	
Liczby bezwzględne	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
	9464	9635	166	166	654	632	2161	2138	3676	3658	2807	3041
Współczynnik na 10 000 ludności	118,9	122,6	16,1	17,8	79,3	81,8	99,4	98,5	158,4	160,2	174,2	179,1

*Źródło: <https://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkancow-w-liczbach-11> - nazwa pliku – dane POZ (5).

Poniżej przedstawiono dane dotyczące chorobowości dzieci i młodzieży będących pod opieką lekarza rodzinnego w województwie śląskim z uwzględnieniem Tychów, z podziałem na liczbę bezwzględną oraz współczynnik na 10 000 ludności w odniesieniu do rozpoznania otyłość (E65-E68) w odniesieniu do chorobowości i zachorowalności.

Tab. Nr 4 Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w woj. śląskim i Tychach – chorobowość, zachorowalność*

Wyszczególnienie	Chorobowość				Zachorowalność			
	Liczby bezwzględne		Współczynnik chorobowości na 10 tys. ludności		Liczby bezwzględne		Współczynnik zachorowalności na 10 tys. ludności	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
woj. śląskie	9464	9635	118,9	122,6	1600	1725	20,0	21,8
Tychy	317	360	139,5	161,7	52	99	22,8	44,0

*Źródło: <https://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkancow-w-liczbach-11> - nazwa pliku – dane POZ (5)

Na tle wszystkich miast województwa Tychy znajdują się pośrodku statystycznych poziomów występowania otyłości dzieci i młodzieży, a sama jednostka chorobowa znajduje się na czwartym miejscu w odniesieniu do jednostek chorobowych t.j. dychawicy oskrzelowej, zniekształcenia kręgosłupa oraz zaburzeń refrakcji i akomodacji oka rozpoznawanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w obrębie województwa śląskiego.

3. Opis obecnego postępowania

Szeroko rozumiana edukacja zdrowotna prowadzona w szkołach jest obecnie finansowana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN). Przedmiot ten prowadzony jest przez nauczycieli i obejmuje szeroki zakres, nie tylko medyczno-biologiczny ale

także zagadnienia związane min. z emocjami, relacjami, odpowiedzialnością czy wartościami. W planach zajęć z edukacji zdrowotnej istnieje możliwość przeprowadzania lekcji min. na temat zdrowego odżywiania.

Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) obejmują kompleksową ocenę stanu zdrowia dzieci i młodzieży, do której zalicza się porady patronażowe i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe od momentu urodzenia do ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej tj. do ukończenia 19 r.ż. (1, 6).

Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży udzielana jest przez:

- a) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (porada patronażowa, badania bilansowe, w tym badania przesiewowe – (12 badań);
- b) pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej (wizyta patronażowa oraz testy przesiewowe związane z monitorowaniem rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyleń rozwojowych od normy (7 badań);
- c) położną podstawowej opieki zdrowotnej – wizyta patronażowa (2 wizyty);
- d) pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych (6 testów). W większości tych badań i porad w zakres świadczenia zdrowotnego wpisane są pomiary antropometryczne takie jak długość lub wysokość ciała, waga ciała i oszacowanie miernika BMI (1).

Zgodnie wytycznymi klinicznymi oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych profilaktyka nadwagi i otyłości w populacji pediatrycznej powinna być realizowana z wykorzystaniem interwencji, takich jak badania przesiewowe, działania informacyjno-edukacyjne, działania z zakresu modyfikacji stylu życia oraz wsparcie psychologiczne (1).

W Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025 pierwszym celem operacyjnym jest profilaktyka nadwagi i otyłości, do którego ustalona została lista zadań, które obejmują realizację działań na rzecz przeciwdziałania nadwadze i otyłości społeczeństwa, w tym także dzieci i młodzieży. W wykazie działań znalazło się m.in. prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej, promocja aktywności fizycznej tj. wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży, kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji Przedszkoli

i Szkół Promujących Zdrowie, działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań choroby oraz poprawę jakości i długości życia chorych.(1,4).

Jednostki samorządowe realizują zadania wynikające z NPZ, wymienione powyżej. Zadanie dotyczące cukrzycy było realizowane przez miasto Tychy w roku 2024 i cieszyło się dużym zainteresowaniem zarówno wśród samych pacjentów jak i ich rodzin.

Analizując dostępne informacje na stronach innych jednostek samorządu terytorialnego oraz według danych dostępnych w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji można zauważyć, że do momentu wydania rekomendacji na podstawie wydanej opinii Prezesa Agencji niektóre z samorządów terytorialnych podejmowały czynności zmierzające do realizacji przyjętych przez nie programów w omawianych zakresie. Były to min. Police, powiat radomski, woj. śląskie, powiat tczewski, Gogolin, Kalisz Pomorski, Ełk, woj. dolnośląskie, woj. łódzkie (współfinansowane ze środków zewnętrznych) (7). Na podstawie wydanych w czerwcu 2025 r. rekomendacji AOTMiT w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym na moment tworzenia programu nie odnaleziono.

4. Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Program oparto na rekomendacji nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej przesiewowego badania antropometrycznego, w populacji dzieci w wieku szkolnym, interwencji multikomponentowej w populacji uczestników, których BMI znajduje się w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku oraz działań informacyjno-

edukacyjnych związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości w populacji dzieci w wieku szkolnym oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.

Treści przedstawione w rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, kliniczne, wnioski pochodzące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów, programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej i opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji działania wraz z warunkami ich realizacji, sposobem monitorowania oraz ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru i zastosowane w niniejszym programie. Z uwzględnieniem zaleceń możliwych do wykorzystania wariantów w poszczególnych elementach programu (1).

Program miasta Tychy obejmuje badania przesiewowe dzieci, grupę dzieci w wieku 8 lat, a więc mieszczące się w rekomendowanej populacji oraz działania edukacyjne w populacji dzieci i rodziców/prawnych opiekunów oraz interwencje multikomponentowe uczniów rekomendowane przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (rekomendacja nr 44/2025). W programie wskazano zalecane technologie medyczne, działania, warunki realizacji programu dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości.

II. CELE PROGRAMU

Określeniu celów starała się przyświecać zasada zgodna z koncepcją SMART

(cel sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, ważny i zaplanowany w czasie).

1. Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród 30 % dzieci uczestniczących w programie w latach 2026-2030.

2. Cele szczegółowe

1. Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki otyłości wśród 75 % uczestników działań edukacyjnych każdego roku podczas trwania programu;
2. Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród 30 % uczestników programu każdego roku podczas trwania programu;
3. Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród 30 % uczestników programu każdego roku podczas trwania programu.

Uwagi do celów:

- zastosowano cele wskazane w rekomendacji;
- przez określenie „trwanie programu” należy rozumieć całościowy okres realizacji programu tj. od roku 2026 do roku 2030 zgodnie z zawartymi umowami;
- ankieta dla wszystkich grup objętych edukacją zostanie przekazana w formie papierowej i/lub elektronicznej i przeprowadzona przed rozpoczęciem spotkań edukacyjnych oraz po ich zakończeniu przez Realizatora Programu. Uczestnicy będą udzielać odpowiedzi w ankiecie anonimowo;
- za opracowanie ankiet przed i po zakończeniu edukacji odpowiedzialny będzie Realizator.

Wartości procentowe w celu głównym oraz w celach szczegółowych ustalono na podstawie doświadczeń własnych w realizacji programów polityki zdrowotnej i działań w zakresie zdrowia publicznego, doświadczenia w realizacji działań edukacyjnych w przeszłości, uwzględniając doświadczeń innych jednostek samorządów terytorialnych oraz aktualnego poziomu wiedzy dotyczącego profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Procentowy poziom wzrostu lub utrzymania wiedzy na poziomie 75 % został wpisany na podstawie wykładni „wysoki poziom wiedzy” zasugerowany w rekomendacji.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90.centyli (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujące się <90. centylu (dla płci i wieku) – w odniesieniu do celu głównego (wszystkie pomiary antropometryczne wykonane są dwukrotnie, brak pomiaru końcowego np. w przypadku wcześniejszego zakończenia udziału w programie, interpretowane jest jako niespełnienie żadnego z warunków);
2. Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test – w odniesieniu do 1 celu szczegółowego (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach);
3. Odsetek uczestników, interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych np. QEB,HBSC,KomPAN) w porównaniu do wyników uzyskanych na pierwszej wizycie – w odniesieniu do 2 celu szczegółowego (kwestionariusze wypełniane w programie są dwukrotnie, na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu dietetycznego. Brak pomiaru końcowego np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie interpretowane jest jako niespełnienie żadnego z kryteriów/brak poprawy wyniku początkowego);
4. Odsetek uczestników, interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej np. IPAQ, HBSC w porównaniu do wyników uzyskanych podczas pierwszej wizyty – w odniesieniu do 3 celu szczegółowego (kwestionariusze wypełniane w programie są dwukrotnie, na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu ruchowego. Brak pomiaru końcowego np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie interpretowane jest jako niespełnienie żadnego z kryteriów/brak poprawy wyniku początkowego);

* wysoki poziom wiedzy to ponad 75 % pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Osoby spełniające kryterium zakwalifikowania do programu tj. dzieci szkół podstawowych – 8 lat oraz będące mieszkańcem miasta Tychy i/lub uczęszczające do tyskich placówek oświatowych.

Edukacja zdrowotna zostanie skierowana do również do rodziców/opiekunów prawnych dzieci, a kampania informacyjno-edukacyjna do ogółu społeczeństwa.

1. Populacja docelowa

Programem objętych/włączonych zostanie 100 % placówek oświatowych, do których uczęszczają dzieci, a edukacja zostanie przeprowadzona wśród uczniów, których rodzice/prawni opiekunowie wyrazili pisemną zgodę na udział w programie oraz biorąc pod uwagę możliwości finansowe budżetu miasta.

Każdego roku, w którym nastąpi realizacja programu, przed ogłoszeniem konkursu ofert, liczba dzieci zostanie powtórnie zweryfikowana, tak aby w sytuacji migracji mieszkańców zapewnić możliwość uczestniczenia w programie wszystkim spełniającym kryterium kwalifikacji.

Liczba mieszkańców według zameldowania, stan na dzień 27 października 2025 r. wynosi 112 288 osób (dane z zasobów Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Tychy) z czego 110 925 osób na pobyt stały, pozostałe na czasowy.

Program skierowany zostanie do uczniów szkół podstawowych, w wieku 8 lat oraz możliwości finansowych miasta. Populacja osób spełniających kryterium wyniesie około 1100 uczniów. Edukacją objęci będą także rodzice/opiekunowie prawni dzieci, badania przesiewowe i interwencja multikomponentowa, kampania informacyjno-edukacyjna skierowano pośrednio do wszystkich mieszkańców miasta.

Liczba mieszkańców województwa śląskiego – stan na 31.12.2023 r. wynosiła ogółem 4 320 130 osób z czego w wieku 0-19 lat ogółem 823 540 osób z czego w wieku

5-9 lat 217 082 osób. Liczba mieszkańców miasta Tychy według stanu na dzień 31.12.2023 r wynosiła 122 045 osób (8).

Tab. nr 5 Liczba dzieci i młodzieży zameldowanych w Tychach - stan na dzień 10.07.2025 r. *

Lp.	Wiek/Rocznik	Kobiety	Mężczyźni	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Razem
1.	5 lat (2020)	441	493	921	13	934
2.	6 lat (2019)	535	572	1087	20	1107
3.	7 lat (2018)	555	577	1110	22	1132
4.	8 lat (2017)	617	622	1222	17	1239
5.	9 lat (2016)	586	621	1187	20	1207
6.	10 lat (2015)	615	642	1240	17	1257
7.	11 lat (2014)	588	643	1217	14	1231
8.	12 lat (2013)	609	626	1215	20	1235
9.	13 lat (2012)	610	633	1229	14	1243
10.	14 lat (2011)	610	617	1209	18	1227
11.	15 lat (2010)	633	721	1334	20	1354
12.	16 lat (2009)	596	712	1292	16	1308
13.	17 lat (2008)	641	692	1308	25	1333
14.	18 lat (2007)	604	566	1145	25	1170
OGÓŁEM		8240	8737	16716	261	16977

***Źródło:** Wydział Obywatelski Urząd Miasta Tychy

Każdego roku podczas trwania programu edukacją obejmie się grupę około:1100 dzieci uczęszczających do szkół oraz 1100 rodziców/prawnych opiekunów dzieci. Treści i forma przekazywanych informacji będzie dostosowana do uczestników.

Na podstawie powyższych danych oraz możliwości finansowych miasta zaprognozowano łączną liczbę osób kwalifikujących się każdego roku do programu tj. do 1100 dzieci. Ta liczba dzieci stanowi 0,98 wszystkich mieszkańców zamieszkałych na terenie miasta Tychy.

Badanie przesiewowe skierowane będzie do populacji pediatrycznej w wieku 8 lat. Liczba dzieci zaprognozowana do interwencji multikomponentowej w oparciu o dane statystyczne dotyczące otyłości w województwie śląskim wśród tej grupy wiekowej oraz możliwości finansowych miasta, skierowana zostanie do grupy wyłonionej podczas badania przesiewowego, która mieści się w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku. Rodzice/prawni opiekunowie będą osobami towarzyszącymi podczas wprowadzanych interwencji.

W związku z ograniczonymi środkami finansowymi interwencja multikomponentowa zostanie zawężona do populacji wymienionej powyżej, w pierwszej kolejności w populacji dzieci z BMI $\geq$ 97. centylu dla płci i wieku wraz z rodzicami/prawnymi opiekunami prawnymi, którzy będą osobami towarzyszącymi.

Podjęte działania będą kompleksowe, obejmujące wszystkie szkoły podstawowe przy czym dotyczyć to będzie dzieci w wieku 8 lat. Podjęte działania wpłyną korzystnie na poprawę stanu zdrowotnego mieszkańców miasta Tychy w kontekście zdrowego stylu życia młodych ludzi oraz zapobiegania chorobom szczególnie przewlekłym w przyszłości.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Kryteria kwalifikacji do programu:

1. Osoba będąca mieszkańcem miasta Tychy*;
2. Dzieci z szkół podstawowych będąca uczniami w wieku 8 lat;
3. Pisemna zgoda rodzica/prawnego opiekuna na udział w edukacji, badaniu przesiewowym oraz interwencji multikomponentowej;

4. Osoby, u których w ramach prowadzonego badania przesiewowego zidentyfikowano wartości BMI w co najmniej 97. centylu dla płci i wieku (w pierwszej kolejności);
5. Osoby, u których w ramach prowadzonego badania przesiewowego zidentyfikowano wartości BMI w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku (tylko w przypadku wystarczającej ilości środków finansowych, określone zostanie każdorazowo w warunkach konkursowych, po zaspokojeniu potrzeb dzieci opisanych w punkcie 4);
6. Rodzice prawni/prawni opiekunowie dzieci (jako osoby towarzyszące).

* środki finansowe przeznaczone na realizację programów polityki zdrowotnej pozostające w dyspozycji miasta przeznaczone są na mieszkańców miasta.

Dotarcie do beneficjentów programu będzie się odbywało poprzez:

- a) informacje związane z programem wysłane zostaną przez dzienniki elektroniczne do rodziców/prawnych opiekunów dzieci;
- b) informacje związane z programem umieszczone zostaną na stronie internetowej miasta umtychy.pl, bip.tychy.pl oraz miejskich portalach społecznościowych;
- c) informacja związana z programem i/lub ogłoszenia i/lub plakaty/ ulotki w jednostkach organizacyjnych Urzędu Miasta i/lub wersja elektroniczna na ich stronach internetowych;
- d) informacje, ogłoszenia, plakaty i/lub ulotki w instytucjach użyteczności publicznej i/lub wersja elektroniczna na ich stronach internetowych;
- e) informacje w lokalnych mediach;
- f) poinformowanie o programie podmiotów działalności leczniczej, realizujące inne programy profilaktyczne, jako współpraca w zakresie kompleksowych działań prozdrowotnych realizowanych na terenie miasta;
- g) informacje o programie u realizatora;
- h) informacja w szkołach;
- i) prowadzenie telefonicznej oraz osobistej (bezpośredniej) rejestracji osób w szczególności w przypadku interwencji multikomponentowej.

Kryteria wyłączenia z programu:

1. Osoba nie będąca mieszkańcem miasta Tychy;
2. Dzieci szkół podstawowych nie będące uczniami w wieku 8 lat;
3. Brak pisemnej zgody rodzica/prawnego opiekuna na udział w programie;
4. Osoby leczone z powodu otyłości poza PPZ;
5. Pozostanie pod opieką specjalistyczną w związku z chorobą przewlekłą;
6. Indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji multikomponentowej;
7. Brak spełnienia, któregośkolwiek z kryteriów włączenia.

3. Planowane interwencje

W ramach programu w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym przewiduje się edukację, badania przesiewowe oraz interwencje multikomponentowe w populacjach opisanych powyżej.

Etap Edukacja (1):

1. Miasto Tychy utrzymywać będzie współpracę z Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, organizacjami i podmiotami zajmującymi się nadwagą i otyłością, podejmie współpracę z Miejskim Ośrodkiem Sportu i Rekreacji, Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej oraz innymi podmiotami posiadającymi doświadczenie i kompetencje w zakresie objętym programem;
2. Działania edukacyjne będą skierowane do uczniów szkół podstawowych w wieku 8 lat i rodziców/prawnych opiekunów dzieci, kampania informacyjno-edukacyjna pośrednio skierowano do wszystkich mieszkańców miasta. Równolegle toczyć się będą wszystkie trzy działania informacyjne;
3. Edukacja skoncentrowana będzie na zmianie nawyków zdrowotnych oraz jego motywacji do podjęcia redukcji masy ciała (1);
4. Zaleca się promowanie zdrowego stylu życia i diety z zachowaniem zasady 5-2-1-0:
 - ≥ 5 porcji warzyw i owoców,

- ≤ 2 godziny czasu wolnego spędzonego przed telefonem, komputerem, tabletem czy telewizorem,
- > 1 godziny aktywności fizycznej,
- 0 dziennego spożycia napojów słodzonych cukrem (1).

5. Kampania edukacyjno-informacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej nt. nadwagi i otyłości – należy posługiwać się nazewnictwem zrozumiałym dla odbiorców:

- czynniki ryzyka nadwagi i otyłości: czas spędzony w pozycji siedzącej, higienę snu, regulację spożywanych kalorii, czas spędzony przed urządzeniami elektronicznymi (1);
- potencjalne ryzyka zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości (1);
- zapewnienie edukacji z czytania etykiet umieszczonych na produktach spożywczych(1);
- kwestie zdrowego żywienia (1):
 - dziecko w każdym okresie życia powinno spożywać 3-5 posiłków o stałych porach, w tym śniadanie;
 - unikanie przejadania i podjadania między posiłkami;
 - kolacja 2-3 godz. przed snem;
 - ograniczenie produktów wysokoprzetworzonych (np. fast food, słone i słodkie przekąski, dania instant itp.) posiłków na „wynos”;
 - ograniczenie spożycia mięsa i produktów mięsnych (średnio 70 g czerwonego i przetworzonego dziennie);
 - stosowanie wzoru „Talerza Zdrowego Żywienia” – $\frac{1}{2}$ talerza powinny stanowić warzywa i owoce. Każdego dnia powinno się spożywać 400 g różnokolorowych warzyw (większość) i owoców. Preferowane produkty świeże, przy ograniczonej dostępności mrożone;
 - energetyczność i wielkość posiłków dostosowana do potrzeb adekwatnych do wieku;

- unikanie oglądania telewizji, smartfonów czy tabletów podczas spożywania posiłków;
- zaleca się, aby przestrzegać przed gwałtowną utratą masy ciała przez dziecko, w tym także stosowania ekstremalnych diet, zakładających znaczne zmniejszenie podaży energii (może to stanowić zagrożenie szczególnie w zakresie dalszego rozwoju w okresie dojrzewania)
- zwiększenie lub utrzymanie poziomu aktywności fizycznej (1):
 - aktywność fizyczna podejmowana powinna być codziennie lub niemal codziennie, a optymalny czas poświęcony na nią powinien wynosić 60 min.
 - zalecane formy ruchu to szybki marsz, pływanie, jazda na rowerze czy ćwiczenia w wodzie;
 - zaleca się angażowanie dzieci w zabawy i ćwiczenia, które są dostosowane do ich możliwości i wieku;
 - po 5-6 r.ż. promując udział w zajęciach sportowych 2-3 razy w tygodniu;
 - zbilansowanie wydłużającego się czasu spędzanego przez dzieci przed urządzeniami elektronicznymi zwiększoną aktywnością fizyczną.
- promowanie odpowiedniej dla wieku długości snu (1) 6-12 lat - 9-12 godz., 13-17 lat – 8-10 godz. , 18-25 lat 7-9 godz. (1);
- informowanie o zaleceniach dotyczących czasu spędzanego przed urządzeniami elektronicznymi – nie powinien on przekroczyć 2 godz. dziennie > 2 r.ż.(1);

6. Forma i treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do wieku oraz stylu uczenia się uczestników (1);

7. Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz aktywności fizycznej u dzieci powinny aktywnie angażować ich rodziców/prawnych opiekunów (1);

8. Edukacja ukierunkowana na rodziców/prawnych opiekunów powinna podkreślać znaczenie modelowania przez nich zachowań zdrowotnych takich jak dieta i aktywność fizyczna oraz kontroli rodzicielskiej. Opiekunowie dziecka powinni być poinformowani, że

każde dziecko z BMI ≥ 85 . centyla powinno być monitorowane m.in. pod względem powikłań nadwagi i otyłości (1). Należy odpowiedzieć na każde pytania i wątpliwości.

9. Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu utrwalenia wiedzy w każdej grupie odbiorców programu, w programie uwzględnić należy pogadanki (spotkania edukacyjne dla dzieci (1 godz. w każdej szkole dla rodziców/prawnych opiekunów i 1-2 godz. w każdej szkole dla uczniów). Można również podjąć działania informacyjno-edukacyjne poprzez dystrybucję materiałów przy okazji pikników rodzinnych w szkołach i dodatkowo poprzez rozpowszechnienie informacji poprzez dzienniki elektroniczne oraz planowane spotkania z rodzicami w ciągu całego roku szkolnego;

10. Opcjonalnie warto rozważyć wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych przez premiowanie za pomocą gadżetów związanych z tematyką programu;

11. Promowanie programu przez Realizatora wraz ze Zlecającym poprzez zamieszczanie informacji na stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych (zapisy zostaną uszczegółowione w umowie z Realizatorem);

12. W przypadku dostępnych gotowych materiałów edukacyjnych, przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich (np. dostęp z dnia ...):

– Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia m.in. linki:

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

– Akademia NFZ, m.in. linki:

- <https://akademia.nfz.gov.pl/>;

- <https://akademia.nfz.gov.pl/multimedia/>;
- Narodowy Fundusz Zdrowia
- <https://diety.nfz.gov.pl/>
 - Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, m.in. linki:
- <https://ncez.pzh.gov.pl>;
- <https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia>;
- <https://ncez.pzh.gov.pl/baza-wiedzy/?category=zdrowe-odchudzanie>;
- <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/12/Nadwaga-i-otylosc.-Malymi-Krokami-do-Zdrowia..pdf>;
- <https://ncez.pzh.gov.pl/baza-wiedzy/?category=abc-zywienia>
- <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/zasady-zdrowego-zywienia/normy-zywieniowe-2024/>
- <https://ncez.pzh.gov.pl/zdrowe-odchudzanie/jaka-dieta-w-otylosci-zalecenia-i-jadlospis-do-pobrania/>
 - Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne
- <https://www.gov.pl/web/gis/stacje-sanitarno-epidemiologiczne> (1).

Edukacja uczniów będzie poprzedzona uzyskaniem przez rodziców/prawnych opiekunów kompleksowych informacji w omawianym temacie oraz o konsekwencjach wynikając z braku wsparcia i pomocy ze strony najbliższych. Edukacja odbywać się będzie dla dwóch grup odbiorców. Kampania edukacyjno-informacyjna zostanie skierowana do ogółu społeczeństwa. Spotkania edukacyjno-informacyjne oraz edukacja dla dzieci i młodzieży odbędzie się w 24 placówkach oświatowych szczebla podstawowego. Pierwsze spotkania edukacyjne odbędą się dla rodziców/prawnych opiekunów, następnie dla uczniów lub równolegle po uzyskaniu zgód. Po przeprowadzonych edukacjach należy założyć udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na pytania i wątpliwości beneficjentów.

Testy sprawdzające poziom wiedzy dzieci i rodziców/prawnych opiekunów zostaną przygotowane przez Realizatora Programu wyłonionego w drodze konkursu ofert. Przekazane zostaną w formie papierowej i/lub elektronicznej i przeprowadzone przed rozpoczęciem spotkań edukacyjnych oraz po przeprowadzeniu edukacji. Beneficjenci będą udzielać odpowiedzi anonimowo.

Kampania informacyjno-edukacyjna (np. artykuł/wywiad lub inne edukacyjne działania) będzie trwać podczas całego czasu przeznaczonego na realizację zadań w ramach programu. Edukacja i podejmowane interwencje będą miały miejsce w latach 2026-2030 zgodnie z zapisami w umowach zawartych między miastem Tychy a oferentem wybranym w drodze konkursu ofert.

Badania Przesiewowe (1):

1. Badanie przesiewowe będzie składać się z konsultacji, podczas której zostanie przeprowadzony: wywiad i pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost) z oceną rozwoju somatycznego dziecka - celem jest zidentyfikowanie uczestników z nadwagą lub otyłością;
2. Wywiad powinien uwzględniać m.in. historię rodziny, troskę rodziców/opiekunów prawnych o masę ciała dziecka, choroby towarzyszące w tym metaboliczne, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualną kondycję psychiczną, przyjmowane leki, ilość i jakość snu (1);
3. Badanie przedmiotowe dziecka obejmujące co najmniej: ocenę jego stanu ogólnego, rozwoju somatycznego, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych (1);
4. W oparciu o wynik badania należy stwierdzić czy u uczestnika występuje choroba tj. BMI znajduje się w zakresie:
 - 10.-90. centyla dla wieku i płci - wynik prawidłowy - wykluczenie choroby;
 - 90.-97. centyla dla wieku i płci - podstawa do rozpoznania nadwagi;
 - >97. centyla dla wieku i płci - podstawa do rozpoznania otyłości (1).
5. W oparciu o wyniki badań przesiewowych dostosowane będzie dalsze postępowanie. W przypadku dzieci, u których:
 - wykluczona zostanie diagnoza nadwagi lub otyłości – uczestnik otrzyma informację o podstawowych metodach profilaktyki nadwagi oraz broszury/materiały edukacyjne na ten temat. Koniec udziału w programie.

- wykryto zaburzenia masy ciała – uczestnik kierowany będzie na interwencję multikomponentową, prowadzoną w ramach programu. Na tym etapie z rodzicami/opiekunami prawnymi zostaną ustalone terminy pierwszych trzech wizyt (każda wizyta trwa 60 minut) realizowanych w ramach interwencji multikomponentowej tj. behawioralnej, ruchowej i dietetycznej.

6. W przypadku przeprowadzania badań przesiewowych będących świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi z budżetu państwa należy unikać podwójnego finansowania świadczeń w ramach programu.

INTERWENCJA Multikomponentowa (1):

1. Interwencja składać się będzie z trzech komponentów (dietetyczny, ruchowy i behawioralny). Każdy z nich prowadzony przez specjalistę wchodzącego w skład zespołu. W ramach zespołu po pierwszych konsultacjach z dzieckiem i jego rodzicami/prawnymi opiekunami wymienią się informacjami i ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań.

2. Opracowany przez zespół plan kolejnych spotkań powinien obejmować co najmniej 26 godzin zegarowych konsultacji (1);

3. Po zakończeniu wszystkich spotkań w ramach ustalonego planu realizowana jest wizyta podsumowująca wyniki przeprowadzonych działań w ramach interwencji.

Komponent behawioralny:

- konsultacje indywidualne psychologiczne (dziecko z rodzicami/prawnymi opiekunami), pierwsze spotkanie w tym zakresie obejmie m.in.:
 - identyfikację zaburzeń takich jak lęki, zaburzenia odżywiania, depresja, problemy z postrzeganiem własnego ciała (1);
 - ocenę przyczyn podjadania;
 - ocena nasilenia zachowań społecznych na podstawie kwestionariusz np. HBSC;
 - nauka i wykorzystanie technik takich jak: ustalenie celów, trening uważności, pozytywne wzmocnienie, kontrola bodźców, asertywność, zdolność regulowania emocji, rozwiązywanie problemów, kształtowanie odporności i silnej woli na stres.

- liczba, forma i zakres tematyczny kolejnych spotkań powinny zostać określone przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu.
- podczas spotkań prowadzone będą działania edukacyjne m.in. dotyczące psychologicznych aspektów otyłości, wpływu otyłości na funkcjonowanie somatyczne, roli opiekuna dziecka, w modyfikowaniu zachowań zdrowotnych i kontroli rodzicielskiej (1);
- na kolejnych spotkaniach psycholog monitoruje stan dziecka, motywuje dziecko i jego rodziców/prawnych opiekunów do pozostania w programie i docenia starania beneficjentów (1);
- konsultacja psychologiczna – wizyta końcowa:
 - ponowne wypełnienie kwestionariusza np. HBSC;
 - ocena efektów zdrowotnych i omówienie wyników kwestionariusza;
 - przekazanie dalszego sposobu postępowania i informacji o bezpłatnych formach wsparcia psychicznego dla uczestnika programu np. w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia

Komponent ruchowy:

- pierwsze spotkanie ze specjalistą aktywności fizycznej (dziecko z rodzicami/prawnymi opiekunami) zakres obejmie m.in.:
 - przeprowadzenie wywiadu nt. aktywności fizycznej z szczególnym uwzględnieniem aktywności pozalekcyjnej, sposób docierania do szkoły, czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi;
 - wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznego. HBSC, IPAQ;
 - edukacja w zakresie codziennej aktywności w czasie wolnym oraz zachęcanie do ruchu, przemieszczania się pieszo, na rowerze (1);
 - poinstruowanie o sposobach wdrażania początkowo 10 minut ćwiczeń aerobowych dziennie i stopniowo zwiększanie czasu poświęcanego na ćwiczenia (np. zajęcia taneczne, jazda na deskorolce, rowerze, bieg, szybki chód) lub dzielenie na mnie części trwające łącznie co najmniej 60 min dziennie np. wchodzenie po schodach, gry zespołowe, zabawy (1);
 - poinformowanie, że docelowo pojedyncza sesja aktywności ruchowej powinna trwać co najmniej 60 min. (1);
 - przekazanie zaleceń dotyczących codziennych ćwiczeń uwzględniające preferencje oraz możliwości dziecka.

- liczba, forma i zakres tematyczny kolejnych spotkań powinny zostać określone przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu.
- podczas kolejnych spotkań uwzględnione zostanie:
 - przypisanie dziecka do ćwiczeń indywidualnych lub jednorodnych grup **(preferowane)** pod względem zdrowotnym, otyłości, poziomu wydolności zgodnie z ustaleniami specjalistów;
 - równoległe prowadzenie instruktażu dziecka i rodziców/prawnych opiekunów w zakresie ćwiczeń domowych oraz omówienie sposobów kontroli postępów (aktywność dopasowania do dziecka, optymalnie 5 razy w tygodniu (1));
 - monitorowanie stanu dziecka pod względem indywidualnych problemów z aktywnością fizyczną wynikających z nadwagi i otyłości, motywuje dziecko;
 - omawianie z rodzicami/opiekunami prawnymi efektów prowadzonych ćwiczeń, identyfikacja popełnionych błędów oraz korekta.
- wizyta końcowa w zakresie aktywności fizycznej:
 - ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności ruchowej np. HBSC, IPAQ;
 - ocena efektów zdrowotnych i omówienie wyników kwestionariusza;
 - przekazanie dalszego sposobu postępowania.

Komponent dietetyczny:

- konsultacje indywidualne - pierwsze spotkania z dietetykiem (dziecko z rodzicami/prawnymi opiekunami) zakres obejmie m.in.:
 - przeprowadzenie wywiadu zdrowotnego i żywieniowego ze szczególnym uwzględnieniem chorób towarzyszących, alergii, przyjmowanych leków, suplementów diety, dotychczasowy sposób odżywiania (częstość spożywania posiłków, jedzenie śniadań, spożywanie warzyw i owoców, wielkość porcji, ilość i rodzaj spożywanych napojów, częstość spożywania słodczy, podjadania) i aktywności fizycznej;
 - wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych np. HBSC, QEB, KomPAN;
 - ocena nawyków żywieniowych dziecka i rodziny, ocena składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania posiłków, stosowania przypraw, metod gotowania i sposobu prezentacji żywności gotowej do spożycia, zwrócenie uwagi na błędy żywieniowe (1);

- przedstawienie konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości (1);
- omówienie zasad diety w oparciu o piramidę zdrowego żywienia;
- nauka wyznaczania kaloryczności posiłków i zawartości poszczególnych makroskładników, wyznaczenie indywidualnego zapotrzebowania energetycznego z uwzględnieniem metabolizmu podstawowego wyliczonego dla prawidłowej masy ciała (dla płci i wieku), obliczenie ilości energii, która powinna być dostarczona przez każdy z makroskładników);
- przekazanie dzienniczka żywieniowego rodzicom/prawnym opiekunom celem zapisywania rodzaju i ilości produktów spożywanych przez dziecko w określonym czasie;
- wyznaczenie realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnego planu dietetycznego, który będzie weryfikowany podczas kolejnych spotkań.
- liczba, forma i zakres tematyczny kolejnych spotkań dietetycznych powinna zostać określona przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu. Następne spotkania uwzględnią m.in.:
 - weryfikację prowadzenia kontroli posiłków spożywanych przez dziecko i ocena założonego planu, który ustalono podczas pierwszej wizyty;
 - zalecane jest monitorowanie skuteczności prowadzonego leczenia poprzez określenie BMI;
 - analizę dzienniczka żywieniowego dziecka, identyfikacja popełnionych błędów żywieniowych, wprowadzenie zmian w planie dietetycznym, wyjaśnianie wątpliwości uczestników;
 - monitorowanie możliwości wystąpienia zaburzeń odżywiania, szczególnie w przypadku zbyt szybkiej utraty masy ciała (1);
 - zapoznanie rodziców ze sposobami przygotowywania zdrowych posiłków np. rezygnacja z wysokoprzetworzonych posiłków, niedosalanie, niesłodzenie napojów, wskazanie zdrowszych odpowiedników itp. (1);
 - podsumowanie efektów dotychczasowego leczenia na kolejnych wizytach z przekazaniem uczestnikowi indywidualnych zaleceń dietetycznych;
 - w tym komponencie możliwa jest realizacja zajęć w grupach zgodnie z ustaleniami w ramach zespołu specjalistów (np. w formie warsztatów obejmujących przygotowanie jadłospisu dla całej rodziny – max 6 dzieci wraz z rodzicami/prawnymi opiekunami), przygotowywanie zdrowych śniadań (zajęcia

praktyczne dzieci i rodzice/prawni opiekunowie), zmiana przeświadczeń, że zdrowe zamienniki są bardziej kosztowne i mniej smaczne (1);

- wizyta końcowa w zakresie dietetycznym obejmuje:
 - przeanalizowanie i ostateczne podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego, korektę błędów dietetycznych stwierdzonych w dzienniczku żywieniowym;
 - przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń żywieniowych na piśmie;
 - poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o możliwości bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza programie np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej – konsultacje online bezpłatnie (<https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia>);
 - ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych np. HBSC, QEB, KomPAN.

Wizyta podsumowująca wyniki interwencji:

- ocena rozwoju somatycznego dziecka, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocena uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych;
- analiza wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach programu na stan zdrowia dziecka;
- rodzicom/opiekunom prawnym dziecka zostaną przekazane zalecenia odnośnie dalszego postępowania poza programem, ponadto zostaną oni poproszeni o wypełnienie ankiety satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej, która stanowi załącznik do niniejszego programu.

Zgodnie z art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. „programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami, o których mowa w ust. 1, realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie” (9).

Proponowane działania edukacyjne, badania przesiewowe oraz interwencje multikomponentowe i sposób ich finansowania opisano szczegółowo w pkt. I.3 „opis obecnego postępowania”.

Reasumując, należy podkreślić, że program pozwoli skorzystać określonej grupie dzieci z profesjonalnego wsparcia, edukacji i interwencji w ramach środków finansowych pochodzących z budżetu miasta Tychy.

Edukacja, badania i interwencje multikomponentowe będą wykonywane przez wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami oraz warunkami i standardami określonymi umową z miastem Tychy, celem zapewnienia jak najwyższego bezpieczeństwa klientom programu. Dobór zespołu specjalistów do poszczególnych elementów programu będzie należał do obowiązku podmiotu działalności leczniczej.

Program przez cały jego 5 letni okres będzie realizowany za pośrednictwem podmiotów działalności leczniczej wyłonionych w drodze konkursu ofert zgodnie z przepisami prawa, w tym z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2024 poz.146 z późn.zm.) (6). Program każdego roku będzie realizowany przez jeden podmiot. Konkurs zostanie przeprowadzony na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku (9). Lekarze, pielęgniarki, psychologowie, dietetycy, fizjoterapeuci będą posiadać odpowiednie kwalifikacje oraz doświadczenie niezbędne do przeprowadzenia edukacji zdrowotnej. Spotkania i konsultacje będą wykonywane przez wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami określonymi przez NFZ, oraz warunkami i standardami określonymi umową z miastem Tychy. Koordynatorem programu będzie lekarz lub lekarz pediatra.

Edukacja zdrowotna (spotkania edukacyjne) odbywać się będzie na terenie placówek oświatowych z zachowaniem bezpieczeństwa oraz zapewnienia wysokiego komfortu uczestnictwa zarówno dzieci i rodziców/prawnych opiekunów. W trakcie spotkań dostarczone zostaną odbiorcom edukacji materiały edukacyjne oraz przygotowana zostanie prezentacja multimedialna. W ramach realizacji programu podjęta zostanie ścisła współpraca z Miejskim Centrum Oświaty. Konsultacje lekarskie, dietetyczne, fizjologiczne, psychologiczne/psychiatryczne, łącznie do 27 każdego roku, odbywać się będą na terenie podmiotu działalności leczniczej zgodnie z harmonogramem po przeprowadzeniu edukacji w szkołach. W przypadku zaistniałych okoliczności trudnych do przewidzenia na etapie przygotowywania programu (np. epidemii) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia spotkań edukacyjnych

dodatkowo w systemie zdalnym lub mieszanym zdalno-stacjonarnym (opisane wyżej). Jednak preferowany będzie bezpośredni kontakt ze specjalistami. Przekazywane treści będą oparte o aktualny stan wiedzy medycznej, dietetyczne, psychologiczne, fizjoterapeutycznej z wykorzystaniem wiarygodnych i zweryfikowanych źródeł.

Dopuszcza się możliwość wykorzystania w kampanii edukacyjno-informacyjnej proponowanych działań wskazanych w Rekomendacji nr 44/2025 Prezesa AOTMiT z dnia 12 czerwca 2025 r. (1).

Wszystkie interwencje w ramach programu przedstawiono również w punkcie „Organizacja programu polityki zdrowotnej” IV.1 i IV.2):

Wszyscy spełniający kryterium uczestnictwa w programie finansowanym przez miasto Tychy będą mieli możliwość skorzystania z programu bezpłatnie. Podejmowane interwencje będą miały miejsce w okresie wskazanym w ogłoszeniu konkursowym, zgodnie z zapisami w umowach zawartych między miastem Tychy a oferentem wybranym w drodze konkursu ofert.

Podjęte działania edukacyjne, interwencyjne oraz budowanie środowiska sprzyjającego zdrowemu stylowi życia są zalecane przez licznych ekspertów i środowiska opiniotwórcze, samorządowe przytoczone w punkcie I.1 „Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej”.

Z ramienia realizatora programu (podmiotu działalności leczniczej) wyznaczony zostanie koordynator, który koordynował będzie całokształt programu oraz pozostawał w bezpośrednim kontakcie z przedstawicielem Urzędu Miasta. Przed przystąpieniem do realizacji programu wszystkie osoby uczestniczące przy jego realizacji zostaną przeszkolone i zaznajomione w zasadami oraz funkcjonalnością programu przez koordynatora. Wszelkie nieprawidłowości, incydenty czy trudności będą zgłaszane w formie pisemnej do Wydziału Rozwoju Aktywności Obywatelskiej Urzędu Miasta Tychy. W przypadku zaistniałych sytuacji podejmowane będą działania naprawcze. Ponadto podmiot działalności leczniczej realizujący program zostanie poddany kontroli.

Wdrożone w programie interwencje mogą doprowadzić do zmniejszenia występowania nadwagi i otyłości u dzieci. Mogą zostać obniżone znacznie koszty finansowe związane z procedurami rozpoznawania i leczeniem otyłości oraz skutków jakie mogą wynikać z tej choroby.

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 (1,9).

Świadczenie zdrowotne w postaci edukacji zdrowotnej otrzyma każdego roku do 1100 uczniów zamieszkałych na terenie miasta Tychy i/lub uczęszczających do tyskich szkół podstawowych oraz zakwalifikowanych zgodnie z opisaną wcześniej kwalifikacją w punkcie III.2. Świadczenia zdrowotne w postaci konsultacji lekarskich, psychologicznych, dietetycznych, fizjoterapeutycznych otrzyma łącznie do 165 osób po uprzednim zakwalifikowaniu przez lekarza uczniów będących mieszkańcami miasta Tychy. Usługi w ramach programu wykonywane na rzecz uczniów muszą być świadczone w godzinach pracy szkół. W przypadku spotkań edukacyjno-informacyjnych dla rodziców w godzinach popołudniowych, tak aby w jak najlepszy sposób zoptymalizować dostęp do edukacji.

Działaniami edukacyjnymi objęte będą całe roczniki dzieci i ich rodzice/prawni opiekunowie. Do tych grup skierowane zostaną zaproszenia na spotkania edukacyjne. Działania edukacyjne prowadzone będą na terenie szkół zarówno dla rodziców/prawnych opiekunów jak i uczniów.

Zakłada się wybór jednego podmiotu działalności leczniczej w drodze postępowania konkursowego zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej z środków publicznych. Zachowany zostanie tryb zapraszania do programu opisany w punkcie III.3. Podczas trwania programu prowadzone zostaną spotkania edukacyjno-informacyjne dla rodziców/prawnych opiekunów oraz uczniów w wymiarze 60 min każde. Miejsce przeprowadzenia edukacji będzie odpowiednie pod kątem warunków lokalowych oraz zaplecza technicznego. Szkolenie personelu biorącego udział w programie przez koordynatora oferenta odbędzie się na terenie podmiotu działalności leczniczej, w której realizowany będzie program (minimum 60 min).

Prowadzona będzie kampania edukacyjno-informacyjna przez cały okres trwania programu. Informacje płynące z kampanii pośrednio trafią również do ogółu

społeczności lokalnej, co będzie pozytywnym aspektem szeroko rozumianej profilaktyki i zwiększenia świadomości zdrowotnej różnych grup społecznych.

Warunki przechodzenia między kolejnymi etapami opisane zostały w punkcie III. 3 „Planowane interwencje”. Realizator programu będzie posiadał wszelkie niezbędne uprawnienia oraz doświadczenie w prowadzeniu działań i/lub programów ukierunkowanych na profilaktykę nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym. Dysponował będzie odpowiednimi warunkami lokalowymi, sprzętowymi oraz posiadał wystarczającą ilość kadry medycznej, psychologicznej, dietetycznej, fizjoterapeutycznej (preferowane) lub specjalistów aktywności fizycznej pedagogicznej aby jakość udzielanych świadczeń była na jak najwyższym poziomie oraz zgodna z wszelkimi obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Udział w programie zostanie zakończony gdy:

- a) rodzic/prawny opiekun przejdzie edukację zdrowotną, a jego dziecko nie kwalifikuje się do badania przesiewowego;
- b) dziecko nie kwalifikuje się do badania przesiewowego, udział w programie kończy się z zakończeniem edukacji;
- c) dziecko podczas badania przesiewowego nie zakwalifikuje się do interwencji multikomponentowej, jego udział kończy się na etapie tego badania;
- d) zgłoszenie przez rodzica/prawnego opiekuna chęci zakończenia udziału w programie;
- e) zakończenie realizacji programu polityki zdrowotnej.
- f) rodzic/prawny opiekun lub pełnoletni uczeń nie wyrazi zgody na udział w programie.

Rezygnacja udziału na każdym etapie programu może odbyć się na podstawie ustnej lub pisemnej (wybór należy do beneficjentów) rezygnacji. Program jest całkowicie dobrowolny. **Wraz z zakończeniem udziału w programie każdemu uczestnikowi należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.**

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program każdego roku zakłada w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym edukację, w tym kampanię edukacyjno-informacyjną, badania przesiewowe oraz interwencje multikomponentowe.

Poniżej przedstawiono wszystkie interwencje w ramach programu (uszczegółowiony opis znajduje się w punkcie „Planowane Interwencje: III.3 i „Organizacja programu polityki zdrowotnej” IV.1 i IV.2):

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

- a** Opracowanie programu, w tym wstępne zaplanowanie budżetu i terminów poszczególnych elementów programu.
- b.** Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności programu z rekomendacją, o których mowa w art. 48aa ust.11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych.
- c.** Dokonanie każdego roku wyboru podmiotu działalności leczniczej realizującego program zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2008r. (Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) (9) oraz zawarcie umowy z oferentem wybranym w drodze otwartego postępowania konkursowego wraz z przeprowadzeniem szkolenia/spotkania w celu zapoznania Realizatora ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym programem polityki zdrowotnej
- d.** Realizacja programu – przeprowadzenie opisanych szczegółowo w programie „Planowane interwencje” (III.3).
- e.** Bieżące zbieranie danych (sprawozdania/e merytoryczne i statystyczne na podstawie zawartych z Realizatorem umów) dotyczące realizowanych działań umożliwiające monitorowanie oraz rozliczenie programu każdego roku.
- f.** Zakończenie realizacji programu i podsumowanie rozliczenia finansowego;
- g.** Zbiorcza analiza całościowego okresu realizacji programu w zakresie profilaktyki depresji u dzieci i młodzieży w mieście Tychy z przeprowadzeniem

ewaluacji programu z uwzględnieniem opisanych działań i sposobów w pkt. V.1 i V.2 .

h. Przygotowanie i opracowanie raportu końcowego z realizacji programu za lata 2026-2030 i przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz z załączonym pierwotnym programem, który wdrożony został do realizacji.

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

Program będzie realizowany przez podmiot działalności leczniczej wybrany w drodze postępowania konkursowego zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych. Warunki jakie będzie musiał spełniać podmiot to: warunki lokalowe, aparaturowe i rzeczowe. Warunki te i wymagania dotyczące personelu w podmiotach działalności leczniczej muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w odniesieniu do zakresu świadczonych usług:

- a) zapewnienie placówki oświatowej umożliwiające skorzystanie z jej pomieszczeń w przypadku spotkań edukacyjnych dla rodziców/prawnych;
- b) umiejętność przygotowania prezentacji multimedialnej na potrzeby edukacji oraz nawiązaniu kontaktu z uczestnikami;
- c) posiadanie na potrzeby programu sali na ewentualne grupowe zajęcia ruchowe lub dokumentu potwierdzającego jej udostępnienie;
- d) personel medyczny, w tym lekarz i w razie konieczności pielęgniarka, muszą posiadać stosowne uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym aktualne prawo wykonywania zawodu;
- e) w przypadku psychologów, fizjoterapeutów, dietetyków zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi kwalifikacji i uprawnieniami;
- f) warunki techniczne i sanitarne zgodne z wymogami prawa dotyczącymi wykonywania badań przesiewowych i udzielania konsultacji lekarskich, psychologicznych, dietetycznych, fizjoterapeutycznych;
- g) pożądane posiadanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń podstawowej opiece zdrowotnej i/lub specjalistycznej;

- h) pożądanie nawiązanie współpracy z Miejskim Centrum Oświaty oraz z wszystkimi funkcjonującymi na terenie miasta szkołami podstawowymi;
- i) nawiązanie współpracy ze wszystkimi na terenie miasta oraz w szczególnych przypadkach na terenie województwa placówkami świadczącymi usługi zdrowotne oraz interwencyjne w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci;
- j) dokumentowanie programu zgodnie z wszelkimi zasadami dotyczącymi wykazywania w sprawozdaniach statystycznych;
- k) posiadanie aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych;
- l) prowadzenie programu w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych w świetle obowiązujących przepisów oraz zawartej umowy z miastem Tychy.

Tab. nr 5 Wymagania dotyczące personelu*

Lp.	Etapy Programu	Kwalifikacje personelu
1.	Edukacja	Pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości.
2.	Badania przesiewowe	Osoby wykonujące zawód medyczny np.: lekarz, lekarz pediatra, pielęgniarka, dietetyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie do prowadzenia badania przesiewowego.
3.	Interwencja multikomponentowa	Komponent behawioralny Psycholog lub psychiatra dziecięcy Komponent ruchowy Fizjoterapeuta lub specjalista aktywności fizycznej Komponent dietetyczny Dietetyk

* Wskazane jest aby podmioty, osoby ubiegające się o realizację programu, posiadały doświadczenie w leczeniu nadwagi i otyłości u dzieci. Szczegółowy rozkład

czasowy prowadzonych edukacji oraz zakres planowanych interwencji został opisany w punkcie III.3. „planowane interwencje” oraz „etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów”.

Ponadto kompetencje i warunki podmiotów działalności leczniczych ubiegających się o prowadzenie programu w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym zostaną zweryfikowane przez Komisję Konkursową (w oparciu o formularz ofertowy) powołaną przez Prezydenta Miasta Tychy do rozstrzygania konkursu ofert na programy polityki zdrowotnej, w której skład wchodzi m.in. lekarz oraz przedstawiciel Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Komisja posiada doświadczenie w ocenie ofert na realizację programów polityki zdrowotnej. Podmiot działalności leczniczej musi przeprowadzić program polityki zdrowotnej zgodnie z zasadami, procedurami i wytycznymi organizacyjno-prawnymi dotyczącymi prowadzenia edukacji dla dzieci i młodzieży w omawianym temacie.

Wymagania jakie postawiono powyżej są ściśle związane z realizacją, osiągnięciem celów oraz wysokiej efektywności wdrażanego programu.

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu będzie odbywać się na bieżąco przez cały okres trwania programu. Ocena zgłaszalności do programu zostanie oparta na miesięcznych sprawozdaniach oraz sprawozdaniu merytoryczno-statystycznym zgodnie z zapisami zawartymi w umowie z wykonawcą programu wyłonionym w drodze postępowania konkursowego każdego roku pod czas realizacji programu. W sytuacji gdy zgłaszalność do programu nie będzie zadowalająca zostaną uruchomione ponownie zaproszenia dla beneficjentów do udziału w programie poprzez dzienniki elektroniczne w przypadku uczniów i ich rodziców opiekunów/prawnych. O realizacji programu poinformowane zostanie Miejskie Centrum Oświaty. Ponadto zakłada się zintensyfikowanie

zamieszczanie stosownych informacji w mediach oraz portalach społecznościowych miasta.

Monitorowana, a następnie analizowana każdego roku podczas trwania programu będzie:

- a) liczba osób biorących udział w programie;
- b) liczba uczniów w wieku 8 lat ze szkół podstawowych z populacji docelowej uczestnicząca w spotkaniach edukacyjnych;
- c) liczba rodziców/prawnych opiekunów z populacji docelowej uczestnicząca w spotkaniach edukacyjnych;
- d) liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości;
- e) liczba osób, która została poddana interwencji multikomponentowej: behawioralnej, ruchowej, dietetycznej;
- f) liczba rodziców/prawnych opiekunów z populacji docelowej, którzy wyraziły zgodę na udział w programie;
- g) liczba osób, które nie zostały objęte programem z powodów zdrowotnych lub innych powodów;
- h) liczba przeprowadzonych działań w ramach kampanii edukacyjno-informacyjnej;
- i) liczba przekazanych materiałów edukacyjnych, w tym ulotek, plakatów, informacji itp.

W trosce o dobro i zdrowie młodych mieszkańców miasta Tychy biorących udział w programie jakość świadczeń udzielanych przez podmiot działalności leczniczej będzie na bieżąco oceniana i monitorowana. Podmiot będzie podlegał nadzorowi. W podmiocie leczniczym lub w miejscu świadczenia przez niego działań zostanie przeprowadzona kontrola związana z realizacją programu oraz jakością świadczonych usług. Każdy rodzic/prawny opiekun dziecka zostanie poinformowany o możliwości zgłoszenia uwag telefonicznie lub pisemnie do Wydziału Rozwoju Aktywności Obywatelskiej Urzędu

Miasta Tychy w przypadku wątpliwości lub uwag dotyczących jakości udzielanych świadczeń w ramach programu. O przeprowadzaniu programu zostanie poinformowany przed jego wdrożeniem Dyrektor Miejskiego Centrum Oświaty celem wsparcia miasta w skutecznej realizacji programu.

Zaleca się aby na bieżąco uzupełniać dane o każdym uczestniku w formie elektronicznej bazy danych:

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

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona również kompleksowo po 5 latach od jego wdrożenia. Dane powyższe zostaną zestawione w postaci liczb bezwzględnych oraz w wartościach procentowych w stosunku do liczby populacji docelowej.

Wprowadzone zostaną krótkie, dobrowolne i anonimowe ankiety dotyczące oceny oraz satysfakcji i zadowolenia beneficjentów z udziału w programie. Zbiorcze zestawienie oceny satysfakcji i jakości świadczeń zostanie przedstawione w postaci liczb bezwzględnych i procentowych.

2. Ewaluacja

Efektywność programu będzie monitorowana oraz oceniana. Po zakończeniu programu, oceniona będzie jego efektywność opierająca się na stanie przed wprowadzeniem interwencji i działań oraz po ich zakończeniu. W ewaluacji wykorzystane zostaną mierniki efektywności opisane w punkcie II. 3. tj.

1. Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90.centyli (dla płci i wieku), które w pomiarze

końcowym uzyskały BMI znajdujące się <90. centyla (dla płci i wieku) – w odniesieniu do celu głównego (wszystkie pomiary antropometryczne wykonane będą dwukrotnie, brak pomiaru końcowego np. w przypadku wcześniejszego zakończenia udziału w programie, interpretowane jest jako niespełnienie żadnego z warunków);

2. Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test – w odniesieniu do 1 celu szczegółowego (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach);

3. Odsetek uczestników, interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych np. QEB, HBSC, KomPAN) w porównaniu do wyników uzyskanych na pierwszej wizycie – w odniesieniu do celu 2 celu szczegółowego (kwestionariusze wypełniane w programie są dwukrotnie, na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu dietetycznego. Brak pomiaru końcowego np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie interpretowane jest jako niespełnienie żadnego z kryteriów/brak poprawy wyniku początkowego);

4. Odsetek uczestników, interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej np. IPAQ, HBSC w porównaniu do wyników uzyskanych podczas pierwszej wizyty – w odniesieniu do 3 celu szczegółowego (kwestionariusze wypełniane w programie są dwukrotnie, na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu ruchowego. Brak pomiaru końcowego np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie interpretowane jest jako niespełnienie żadnego z kryteriów/brak poprawy wyniku początkowego).

*wysoki poziom wiedzy – ponad 75 % pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy

Po pięciu latach trwania programu (po zakończeniu) nastąpi jego kompleksowa analiza biorąca pod uwagę także mierniki efektywności programu odpowiadające założonym celom. Ponadto w perspektywie wieloletniej (5-10 lat) przewiduje się ciągłe monitorowanie występowania otyłości u dzieci na podstawie danych statystycznych dostępnych w opracowaniach publicznych (tj. danych epidemiologicznych zawartych w publikacjach dotyczących stanu zdrowia mieszkańców) w odniesieniu do populacji mieszkańców z miasta Tychy oraz województwa śląskiego.

Program zaplanowano do realizacji w okresie 5 lat tj. od 2026 do 2030 z możliwością kontynuacji w latach następnych.

W przypadkach nie przewidzianych, związanych z realizacją programu, beneficjenci programu będą mogli skorzystać ze świadczeń gwarantowanych ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w dostępnych na terenie miasta Tychy oraz w miastach ościennych na podstawie stosownych zawartych kontraktów w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (poradnie pediatryczne) oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.

Przewiduje się przeprowadzenie, krótkiej anonimowej ankiety oceniającej poziom wiedzy przed i po edukacji zdrowotnej. Za przygotowanie ankiety odpowiedzialny będzie Realizator programu.

Materiał zebrany w wyniku oceny efektywności programu posłuży wprowadzeniu ewentualnych korekt w ramach wprowadzenia programów o podobnym charakterze w latach następnych. Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji programu profilaktyki nadwagi i otyłości w wieku szkolnym w mieście Tychy. W raporcie końcowym należy podać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- a) 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),
- b) odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90. – 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku),
- c) odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97.centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się:
 - <90. centyla (dla płci i wieku) lub
 - w przedziale od 90. do 97. centyla (dla płci i wieku),
- d) średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach programu,

e) 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,

f) odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w zakresie prozdrowotnych zachowań żywieniowych – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (np. na podstawie HBSC),

g) odsetek uczestników, u których wzrósł poziom aktywności fizycznej – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (np. na podstawie HBSC),

h) odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących nadwagi i otyłości.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe każdego roku podczas trwania programu to koszt min.

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia edukacji;
- koszt przeprowadzenia badania przesiewowego;
- koszt przeprowadzenia interwencji multikomponentowej;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Szczegóły wskazano w tabeli poniżej gdzie wskazano poszczególne koszty jednostkowe wskazane w programie oraz sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych:

Tab. nr 6 Planowane koszty jednostkowe

Rok						Koszt całkowity
Rodzaj kosztu	2026	2027	2028	2029	2030	
Liczba dzieci włączona zostanie do programu	1100	1100	1100	1100	1100	Łączna liczba uczniów 5 500
Liczba dzieci włączana do interwencji multikomponentowej	165	165	165	165	165	825 (15 %)
Koszty pośrednie						
Koszty organizacyjno-administracyjne (personelu np. obsługa kadrowa, finansowa, prawna w tym dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania programu oraz przeszkolenie personelu, który będzie uczestniczył w realizacji programu przez koordynatora programu z ramienia podmiotu działalności leczniczej	3500	3500	3500	3500	3500	17 500 zł
Działania informacyjno-promocyjne programu dotycząca druk materiałów edukacyjnych, ulotek, plakatów, ogłoszeń, ankiet i innych potrzebnych druków do programu i kampanii edukacyjno-informacyjnej itp.	2300	2300	2300	2300	2300	11 500 zł

Koszty ewaluacji i monitoringu	200 zł	200 zł	200 zł	200 zł	200 zł	1 000 zł
Koszty bezpośrednie						
Koszty przeprowadzenia etatu Edukacja						
a) Koszt 1 spotkania edukacyjnego dla dzieci (48 spotkania w placówkach w 24 placówkach)	200 zł (9 600 zł)	200 zł (9 600 zł)	200 zł (9 600 zł)	200 zł (9 600 zł)	200 zł (9 600 zł)	48 000 zł
b) Koszt 1 spotkania edukacyjnego dla rodziców/prawnych opiekunów (24 spotkania)	200 zł (4 800 zł)	200 zł (4 800 zł)	200 zł (4 800 zł)	200 zł (4 800 zł)	200 zł (4 800 zł)	24 000 zł
c) koszty z wprowadzeniem kampanii informacyjno-edukacyjnej (1 zbiorcze działanie)	500 zł	500 zł	500 zł	500 zł	500 zł	2 500 zł
Koszty przeprowadzenia etapu Badania Przesiewowe						
Koszt 1 badania przesiewowego z konsultacji lekarską kwalifikacyjną ¹⁾ (do 1100 konsultacji)	150 (165 000 zł)	150 (165 000 zł)	150 (165 000 zł)	150 (165 000 zł)	150 (165 000 zł)	825 000 zł
Koszt przeprowadzenia etapu Interwencja Multikomponentowa (do 165 osób)						
Koszt 1 konsultacji lekarskiej ¹⁾ (2 konsultacje, w tym 1 podsumowująca)	150 (49 500 zł)	150 (49 500 zł)	150 (49 500 zł)	150 (49 500 zł)	150 (49 500 zł)	247 500 zł
<u>Komponent behawioralny</u> Koszt 1 konsultacji psychologa lub psychiatry dziecięcego ¹⁾ (4 konsultacje w tym pierwsza i podsumowująca)	130 (85 000 zł)	130 (85 000 zł)	130 (85 000 zł)	130 (85 000 zł)	130 (85 000 zł)	425 000 zł
<u>Komponent dietetyczny</u> Koszt 1 konsultacji dietetycznej z przygotowaniem	110 (217 800 zł)	110	110	110	110	1 089 000 zł

indywidualnego planu żywieniowego¹⁾ (12 konsultacji w tym pierwsza i podsumowująca)		(217 800 zł)	(217 800 zł)	(217 800 zł)	(217 800 zł)	
<u>Komponent ruchowy</u>						
Koszt 1 konsultacji fizjoterapeuty¹⁾ (2 konsultacje, w tym podsumowująca)	110 (36 300 zł)	110 (36 300 zł)	110 (36 300 zł)	110 (36 300 zł)	110 (36 300 zł)	181 500 zł
Koszt 1 Indywidualnych zajęć ruchowych w grupach max. 8-9 os. ¹⁾ (6 zajęć x 20 grup)	110 (13 200 zł)	110 (13 200 zł)	110 (13 200 zł)	110 (13 200 zł)	110 (13 200 zł)	66 000 zł
OGÓŁEM LATA 2026-2030	588 500 zł	588 500 zł	588 500 zł	588 500 zł	588 500 zł	2 2849 600 zł

¹⁾ oferent zobowiązany jest do wyszczególnienia poszczególnych działań

Koszty organizacyjno-administracyjne zawierać będą składowe opisane powyżej oraz sporządzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, sporządzenie sprawozdania zgodnie z wymogami miasta Tychy określonymi szczegółowo w zawartych umowach.

Koszty uśredniono i wyliczono w oparciu o obowiązujące ceny w ostatnich latach, które poniosła gmina na realizację części zadań na bazie ustawy o zdrowiu publicznym, dokonując analizy realizowanych i planowanych przez gminę innych programów polityki zdrowotnej wraz z uwzględnieniem wzrostu cen, koszty w innych działaniach czy usługach finansowanych przez miasto, możliwości budżetowych oraz funkcjonujących programów w innych jednostkach samorządu terytorialnego. Warto zaznaczyć, iż w wyniku postępowania konkursowego oferent poda konkretny koszt programu w złożonej ofercie. Koszt nie powinien przekroczyć zakładanego poziomu świadczeń, jednakże teoretycznie można założyć, że oferta może zawierać niższą kwotę realizacji programu lub wyższą w przypadku wzrostu cen rynkowych. Każdorazowo do ogłoszenia zostanie podana kwota zaplanowana w budżecie miasta na realizację programu polityki zdrowotnej w danym roku z ewentualnym uwzględnieniem wcześniej już rozstrzygniętych konkursów ofert na programy polityki zdrowotnej. Ewentualne

zmiany w kosztorysie nie będą miały wpływu na merytorykę w związku z tym, nie będą wymagały ponownego zaopiniowania czy stworzenia nowego programu. Wniosek taki postawiono na podstawie pisma w sprawie innego PPZ skierowanego do AOTMiT.

Miasto Tychy będzie aktywnie wspierać wybranego w drodze konkursu oferenta w działaniach informacyjnych, które pośrednio złożą się na kampanię informacyjno-edukacyjną (prasa, portale społecznościowe, strony internetowe). Działania te posłużą poprawie stanu zdrowia mieszkańców, w tym promowaniu programów oraz kreowania pozytywnego wizerunku miasta Tychy, którego priorytetowym kierunkiem działań w zakresie polityki zdrowotnej są przedsięwzięcia z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Koszty ewaluacji i monitoringu w znaczącym stopniu będą także kosztami miasta gdyż np. raportowanie do AOTMiT będzie wykonywane w ramach pracy własnej na podstawie przekazanych sprawozdań merytoryczno-statystycznych przez Realizatora programu.

Zaplanowane koszty finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału. Każda z konsultacji trwa 60 minut.

2. Koszty całkowite

Program profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym zaplanowano na lata 2026 - 2030.

Tab. 7 Koszty całkowite

Lp.	Rok realizacji	Koszt całkowity
1.	2026	588 500 zł
2.	2027	588 500 zł
3.	2028	588 500 zł
4.	2029	588 500 zł
5.	2030	588 500 zł

3. Źródła finansowania

Program profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym w całości finansowany będzie z budżetu miasta Tychy.

VII BIBLIOGRAFIA:

1. AOTM, Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 Prezesa AOTMiT w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym;
2. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 online, https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf (dostęp 21.10.2025 r.);
3. Plan Transformacji dla województwa śląskiego, online, <https://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/plany-transformacji-w-ochronie-zdrowia>, (dostęp w dniu 30.06.2023 r.);
4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642);
5. Zdrowie mieszkańców województwa śląskiego w liczbach 2024 <https://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkancow-w-liczbach-11> - nazwa pliku – dane POZ, (dostęp w dniach 1.09-21.10.2025 r.);
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2023 poz.1427 z późn.zm.);
7. Program Polityki Zdrowotnej – informacje z AOTMiT <https://www.aotm.gov.pl/polityka-zdrowotna/>, (dostęp w dniu 24.10.2025);
8. Zdrowie mieszkańców województwa śląskiego w liczbach 2024 <https://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkancow-w-liczbach-11> - nazwa pliku: dane demograficzne, (dostęp w dniu 27.10.2025 r.);
9. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.);



Sfinansowano z budżetu
Miasta **Tychy**

Załącznik Nr 1

.....

(logotyp realizatora)

Szanowna Pani, Szanowny Panie

uprzejmie prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie poniższe pytania oraz wpisanie ewentualnych uwag. Ankieta jest anonimowa i posłuży wyłącznie ocenie jakości usług świadczonych w ramach programu oraz pozwoli wpłynąć na podniesienie poziomu jego jakości. Podmiot działalności leczniczej to przychodnia, w której odbywały się badania, konsultacje.

ANKIETA SATYSFAKCJI

w ramach programu profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci

(odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem „X”):

ROK

1. Proszę odpowiedzieć, w jakim stopniu uczestnictwo w programie spełniło Pani/Pana oczekiwania:

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

2. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia część organizacyjną programu

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

3. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia część merytoryczną (spotkania edukacyjne) programu

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

4. Proszę odpowiedzieć jak, Pani/Pan ocenia sposób rejestracji w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

5. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia dostępność rejestracji w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

6. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia uprzejmość osób z rejestracji w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

7. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia uprzejmość lekarza w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

--	--	--	--	--

8. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia uprzejmość pielęgniarki w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

9. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia uprzejmość psychologa/psychiatry dziecięcego w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

10. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia uprzejmość dietetyka w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

11. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia uprzejmość fizjoterapeuty w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach i zajęciach ruchowych)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

12. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia poszanowanie prywatności oraz intymności w czasie badania/wizyty w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

13. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan staranność w czasie badania lekarskiego w podmiocie działalności leczniczej (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

14. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia sposób przekazania informacji dotyczącej dalszego postępowania po zakończeniu udziału w programie w czasie wizyty lekarskiej w podmiocie działalności leczniczej

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

15. Proszę odpowiedzieć, jak Pani/Pan ocenia warunki panujące w podmiocie działalności leczniczej (czystość w poczekalni, gabinetach lekarskich, psychologicznych, dietetycznych, fizjoterapeutycznych) (jeżeli uczestniczono w konsultacjach)

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Wystarczająco	Niewystarczająco

Uwagi:

.....

Dziękujemy za poświęcony czas