

Projekt 13.11.2015 r.

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**

z dnia r.

w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

PREZES RADY MINISTRÓW

**PODSEKRETARZ STANU
w MINISTERSTWIE ZDROWIA**

Igor Radziejewicz-Winnicki 2015 -11- 13

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Zdrowia Publicznego

Jch
Justyna Mieszalska

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

13.11.2015
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Aline Radziejewska-Makulska

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia ... (poz.
...)

Część A. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020

I. Cel strategiczny programu

Celem strategicznym Programu Zdrowia na lata 2016–2020, zwanego dalej „Programem”, jest wydłużenie życia, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

II. Cele operacyjne Programu i podmioty odpowiedzialne za ich realizację

1. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa – Narodowy Program Profilaktyki Nadwagi i Otyłości.

Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej, turystyki oraz ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania.

2. Ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie uzależnieniom behawioralnym – Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Związanych z Uzależnieniami.

Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, kultury fizycznej, turystyki, pracy, zabezpieczenia społecznego, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, administracji publicznej oraz cyfryzacji.

3. Poprawa dobrostanu psychicznego.

Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z pracą, zabezpieczenia społecznego, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, obrony narodowej, nauki, szkolnictwa wyższego, administracji publicznej oraz cyfryzacji.

4. Ograniczenie narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka.

Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw środowiska we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia, pracy, zabezpieczenia społecznego, rynków rolnych oraz rozwoju wsi.

5. Utrzymanie i poprawa zdrowia osób starszych.

Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego.

III. Tryb i wysokość finansowania zadań

1. Zadania określone w ramach celów operacyjnych – jeżeli nie wskazano inaczej – są zadaniami, które uznaje się jako zadania własne danych podmiotów finansowane ze środków pozostających w dyspozycji i wymagające jedynie ewentualnej zmiany sposobu działania.

2. Przy pozostałych zadaniach wskazano tryb konkursowy zawierania umowy na ich realizację, lub tryb wnioskowy.

3. Jeżeli nie wskazano inaczej uznaje się również, że zadania powinny być realizowane w sposób ciągły przez cały okres obowiązywania Programu.

4. Wysokość finansowania zadań w ramach ww. celów operacyjnych w latach 2016–2020 wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln, w tym:

- 1) cel operacyjny 1 – 30,6–40 mln zł;
- 2) cel operacyjny 2 – 26,8–35 mln zł;
- 3) cel operacyjny 3 – 22,9–30 mln zł;
- 4) cel operacyjny 4 – 15,3–20 mln zł;
- 5) cel operacyjny 5 – 11,5–15 mln zł.

IV. Skróty i definicje.

1. Ilekroć w Programie jest mowa o:

- 1) promocji zdrowia – rozumie się przez to proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę przez podejmowanie decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeb i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz zwiększanie potencjału zdrowia;
- 2) fazach profilaktyki (zapobieganie, prewencja, przeciwdziałanie) – rozumie się przez to następujące fazy profilaktyki:
 - a) profilaktyka wczesna – wyeliminowanie odpowiednich społecznych i ekonomicznych wzorców życia, które przyczyniają się do wzrostu ryzyka choroby,
 - b) profilaktyka pierwotna – zapobieganie wystąpieniu choroby przez właściwe kontrolowanie czynników ryzyka,
 - c) profilaktyka wtórna – zapobieganie skutkom choroby przez jej wczesne wykrycie i leczenie,

- d) profilaktyka trzeciej fazy – zahamowanie postępu i powikłań związanych z rozwiniętą chorobą np. przez rehabilitację;
- 3) profilaktyce uniwersalnej – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na całą populację, to jest działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów w danej populacji; działania uniwersalne są realizowane np. w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd.; przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi;
- 4) profilaktyce selektywnej – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka, to jest działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego; działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do danej grupy; profilaktyka selektywna jest działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym.

2. Zastosowane w Programie skróty oznaczają:

COI	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
FRPH	Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
HDG	Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków (Horizontal Working Party on Drugs).
IES	Instytut Ekspertyz Sądowych
IOŚ	Inspekcja Ochrony Środowiska
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
JST	jednostka (jednostki) samorządu terytorialnego

KBPN	Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
KCAIDS	Krajowe Centrum ds. AIDS
KRRiT	Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
MZ	Ministerstwo Zdrowia
MSiT	Ministerstwo Sportu i Turystyki
MPiPS	Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
MEN	Ministerstwo Edukacji Narodowej
MRiRW	Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej
MS	Ministerstwo Sprawiedliwości
MSW	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
MŚ	Ministerstwo Środowiska
MAiC	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji
MNiSzW	Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MKiDzN	Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego
NCN	Narodowe Centrum Nauki
NCBiR	Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
ORE	Ośrodek Rozwoju Edukacji
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PIF	Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
SC	Służba Celna
SG	Straż Graniczna
UOKiK	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
WOTUW	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia
ŻW	Żandarmeria Wojskowa

V. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego „Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa – Narodowy Program Profilaktyki Nadwagi i Otyłości”

1. Wspieranie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej.

1.1. Kształtowanie polityki prozdrowotnej.

Prowadzenie prozdrowotnej polityki publicznej ukierunkowanej na:

- 1) zwiększenie dostępności produktów spożywczych zalecanych do spożycia i zmniejszanie dostępności produktów niezalecanych do nadmiernego spożycia;

Realizator: MF we współpracy z MZ i MRiRW

- 2) ograniczanie presji marketingowej produktów niezalecanych do nadmiernego spożycia, kierowanej w szczególności do dzieci i młodzieży;

Realizator: MKiDzN we współpracy z KRRiT oraz MZ

- 3) tworzenie środowisk nauki, pracy i wypoczynku umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców odżywiania;

Realizator: MEN, MPiPS we współpracy z MZ oraz JST

- 4) tworzenie środowisk nauki, pracy i wypoczynku umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców aktywności fizycznej;

Realizator: MEN, MSiT, MPiPS we współpracy z MZ oraz JST

- 5) określanie warunków zabudowy miast, budowy dróg i mostów w sposób sprzyjający ruchowi pieszemu, rowerowemu i aktywności fizycznej.

Realizator: JST

1.2. Działania informacyjne i edukacyjne, w tym:

- 1) monitorowanie i zapewnianie realizacji treści prozdrowotnych zawartych w podstawie programowej;

Realizator: MEN we współpracy z MZ

- 2) wdrożenie zajęć dotyczących edukacji zdrowotnej i konsumenckiej w szkołach i przedszkolach jako osobny przedmiot zajęć od 2018 r.;

Realizator: MEN

- 3) utworzenie i prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej i zdrowego stylu życia, którego zadaniem będzie:

- a) upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, w tym przez stworzenie interaktywnej platformy

internetowej udzielającej w czasie rzeczywistym porad dotyczących zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej,

- b) prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej, w tym w mediach, prowadzenie działalności szkoleniowej bezpłatnej dla uczestników, a także działalności wydawniczej w zakresie powszechnej edukacji zdrowotnej;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 4) wzbogacanie programów kształcenia przed- i podyplomowego kadr medycznych w zakresie edukacji zdrowotnej;

Realizator: MZ

- 5) promocja karmienia piersią;

Realizator: MZ oraz podmiot wybrany w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 6) prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych zachęcających do zmiany stylu życia i promujących zdrowy styl życia;

Realizator: podmioty wybrane w drodze konkursów ogłaszanych przez MZ oraz MSiT

- 7) promowanie inicjatyw dotyczących prawidłowego żywienia i podejmowania aktywności fizycznej wśród osób prowadzących siedzący styl życia.

Realizator: podmioty wybrane w drodze konkursów ogłaszanych przez MZ oraz MSiT

1.3. Promowanie kultury fizycznej przez:

- 1) upowszechnianie kultury fizycznej u osób dorosłych;

Realizator: MSiT oraz JST

- 2) zapewnianie dostępności do zajęć aktywności fizycznej;

Realizator: MSiT

- 3) promowanie i poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego;

Realizator: JST

- 4) promowanie zwiększania liczby godzin WF pozalekcyjnych, w tym zachęcanie do udziału w zajęciach WF w szkole przez zróżnicowanie ich form;

Realizator: MEN we współpracy z MSiT

- 5) przeciwdziałanie nieuzasadnionym zwolnieniom z zajęć WF;

Realizator: MSiT we współpracy z MEN oraz MZ

- 6) promowanie zasad zdrowego żywienia i kultury fizycznej w szkołach i przygotowanie do życia w zdrowiu i sprawności;

Realizator: MEN we współpracy z MSiT oraz MZ

7) wzbogacanie programów kształcenia w szkołach wyższych kształcących kadry dla kultury fizycznej.

Realizator: MNiSzW we współpracy z MSiT

1.4. Rozwój kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczania występowania nadwagi i otyłości przez:

1) edukację pracowników ochrony zdrowia w zakresie zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej;

Realizator: podmiot wybrany w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

2) kształcenie i doskonalenie zawodowe osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej i wychowaniu fizycznym, w tym: nauczycieli, pracowników przedszkoli i innych pracowników szkół;

Realizator: MEN we współpracy z MSiT

3) poprawę kompetencji i zwiększanie dostępności animatorów aktywności fizycznej i animatorów orlików w zakresie kształtowania prawidłowych wzorców aktywności fizycznej i odżywiania;

Realizator: MSiT we współpracy z MZ oraz podmioty wybrane w drodze konkursu przez MSiT

4) działania edukacyjne dla przedstawicieli administracji rządowej i przemysłu spożywczego – upowszechnianie wiedzy na temat korzyści zdrowotnych i gospodarczych związanych ze zmniejszeniem zawartości soli, cukru i tłuszczów w produktach spożywczych.

Realizator: MZ we współpracy z IŻŻ, na podstawie umowy zawartej na wniosek Instytutu

2. Profilaktyka nadwagi i otyłości:

1) zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierających komponenty profilaktyczne, w tym poradnictwo dietetyczne i wzmocnienie roli pielęgniarek i higienistek szkolnych w działaniach profilaktycznych;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

2) zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych wynikających z nieprawidłowego sposobu odżywiania oraz na zapobieganie powikłaniom zdrowotnym związanym z otyłością;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

- 3) wsparcie rodzin z problemem otyłości: tworzenie zespołów terapeutycznych dla rodzin z dwiema lub więcej osobami z otyłością, zapewniających profesjonalną pomoc dietetyczną, psychologiczną i medyczną;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

- 4) tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością.

Realizator: JST wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

3. Badania, analizy i współpraca międzynarodowa.

- 3.1. Prowadzenie działalności naukowo-badawczej oraz współpracy międzynarodowej, w tym:

- 1) zlecenie kompleksowego badania sposobu żywienia i stanu odżywienia z identyfikacją czynników ryzyka rozwoju otyłości, z oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu w 2016 r. oraz w 2020 r.;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 2) badanie preferencji konsumentów dotyczących wyboru produktów spożywczych (w tym suplementów diety) w celu realizacji zaleceń zdrowego żywienia w 2017 r.;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 3) gromadzenie i analiza danych dotyczących wzorców aktywności fizycznej w różnych grupach wiekowych i społecznych w 2016 r. oraz w 2020 r.;

Realizator: podmiot wybrany w drodze konkursu ogłaszanego przez MSiT

- 4) analiza wpływu interwencji podejmowanych w ramach NPZ pod kątem pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu; ukierunkowanie interwencji podejmowanych w ramach NPZ na grupy najbardziej wrażliwe społecznie; proponowanie interwencji zmniejszających różnice pomiędzy najbardziej uprzywilejowanymi a najbardziej wrażliwymi grupami społecznymi i spłaszczających gradient czynników ryzyka i problemów zdrowotnych w populacji;

Realizator: NIZP-PZH w ramach umowy zawartej na wniosek z MZ

- 5) prowadzenie w 2016 r. oraz w 2017 r. badań nad wprowadzeniem systemu przyjaznego etykietowania żywności: prostym przekazem dotyczącym zawartości poszczególnych składników odżywczych w żywności;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłoszanego przez MZ

- 6) przeprowadzenie aktualizacji norm żywienia dla populacji w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną oraz badania naukowe krajowe i zagraniczne, w tym opracowanie i opublikowanie w formie cyfrowej i drukowanej oraz dystrybucję w 2016 r. oraz w 2020 r.;

Realizator: Instytut Żywności i Żywienia na podstawie umowy zawartej z MZ na wniosek Instytutu

- 7) badanie zawartości izomerów trans nienasyconych kwasów tłuszczowych w żywności w 2017 r.;

Realizator: Instytut Żywności i Żywienia na podstawie umowy zawartej z MZ na wniosek Instytutu

- 8) przeprowadzenie aktualizacji danych dotyczących składu i wartości odżywczej środków spożywczych dostępnych na rynku i wzorców spożycia, m.in. celem zachęcania producentów żywności do zmiany składu produktów spożywczych (w tym analiza składu wybranych produktów spożywczych oraz analiza składu wybranych produktów spożywczych na podstawie informacji o wartości odżywczej podawanej na etykietach produktów) w 2016 r. oraz w 2020 r.;

Realizator: Instytut Żywności i Żywienia na podstawie umowy zawartej z MZ na wniosek Instytutu

- 9) analiza kosztów leczenia otyłości i przewlekłych chorób niezakaźnych zależnych od żywienia, analiza relacji koszt/efekt planowanych i podejmowanych działań interwencyjnych;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłoszanego przez MZ

- 10) analiza adekwatności i efektywności udzielanych profilaktycznych i edukacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłoszanego przez MZ

- 11) prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości, w tym w szczególności ze Światową Organizacją Zdrowia.

Realizator: MZ

3.2. Działania pilotażowe i wsparcie podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości, w tym:

1) projektowanie i testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych, niż określone w Programie przez programy pilotażowe, w oparciu o zidentyfikowane czynniki ryzyka otyłości i niedożywienia oraz danych o nierównościach społecznych w zdrowiu;

Realizator: podmioty wybrane w drodze konkursów ogłaszanych przez MZ

2) zapewnianie dofinansowania programów polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego ze środków NFZ, w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek, zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.);

Realizator: NFZ

3) nadawanie logo Programu dla działań i instytucji promujących zdrowie.

Realizator: MZ

4) wsparcie finansowe inicjatyw wpisujących się w cel operacyjny A.

Realizator: MZ po zasięgnięciu opinii Komitetu Sterującego Programu.

VI. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Związanych z Uzależnieniami”

1. Ilekroć w niniejszej części jest mowa o:

1) profilaktyce wskazującej – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych, to jest działania profilaktyczne adresowane do osób (grup osób), które demonstrują wczesne symptomy problemów związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych, innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych uzależnienia; przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami;

do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem tych substancji);

- 2) ryzykownym spożywaniu alkoholu – rozumie się przez to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony; robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie ryzykowne w następujący sposób: picie ryzykowne to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40–60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140–209 g, a w przypadku mężczyzn – 280–349 g;
- 3) szkodliwym picciu alkoholu – rozumie się przez to wzorec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu; aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy; robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350g i więcej w tygodniu przez mężczyznę; jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze;
- 4) FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) - Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych rozumie się przez to niediagnostyczny termin opisujący problemy zdrowotne i zaburzenia zachowania wynikające z uszkodzenia mózgu płodu przez alkohol; uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego (OUN) mogą towarzyszyć uszkodzenia innych organów wewnętrznych, m.in. serca, układu kostnego, układu moczowego, słuchu, wzroku; nieprawidłowy przebieg procesu rozwoju mózgu w życiu płodowym powiązany z widocznymi na twarzy dziecka charakterystycznymi zmianami, jest

opisywany jako Płodowy Zespół Alkoholowy – FAS (FetalAlcoholSyndrome), oznaczony kodem Q86,0 w klasyfikacji chorób ICD–10;

- 5) wczesnym rozpoznaniu i krótkiej interwencji – rozumie się przez to krótkie interwencje podejmowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie;
- 6) leczeniu uzależnienia – rozumie się przez to działania służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających z używania alkoholu; przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu, farmakologiczne wspieranie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych;
- 7) uzależnieniu – rozumie się przez to zespół uzależnienia od alkoholu obejmujący kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość; głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne);
- 8) rehabilitacji/reintegracji (postępowaniu po leczeniu) – rozumie się przez to działania podtrzymujące zmianę u osób uzależnionych po zakończeniu leczenia uzależnienia, utrwalające efekty leczenia, uczące umiejętności służących zdrowieniu oraz pomagające w podejmowaniu i realizacji zadań wynikających z ról społecznych; przykładami są: treningi zapobiegania nawrotom w uzależnieniu, grupy wsparcia dla „absolwentów” leczenia uzależnień, treningi zachowań konstruktywnych, programy wychodzenia z bezdomności, kluby abstynenta, programy aktywizacji zawodowej.

2. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii

2.1. Zadania na rzecz ograniczania stosowania narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych.

2.1.1. Działania informacyjne i edukacyjne:

- 1) prowadzenie edukacji zdrowotnej, w tym kampanii społecznych, adresowanej do dzieci, młodzieży i rodziców na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych;

Realizator: MZ, KBPN, GIS/PIS, MEN, ORE oraz JST a także pomioty wybrane w drodze konkursu przez MZ, KBPN, GIS, MEN oraz JST

- 2) upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie;
Realizator: MZ, KBPN oraz JST
- 3) upowszechnianie koncepcji Szkół Promujących Zdrowie;
Realizator: MEN, ORE, MZ, GIS/PIS
- 4) prowadzenie portalu edukacyjnego/internetowej bazy informacji o nowych substancjach psychoaktywnych/środkach zastępczych oraz wydanych decyzjach administracyjnych;
Realizator: MZ oraz GIS/PIS
- 5) opracowywanie i upowszechnianie programów przeciwdziałania używaniu środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w miejscu pracy;
Realizator: MiR, MPiPS, MSW, MON, MS, MZ, MEN, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera, GIS/PIS
- 6) opracowywanie i upowszechnianie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących zagrożeń wynikających z używania NSP dla różnych grup zawodowych.
Realizator: MZ, KBPN, MEN, ORE, jednostki organizacyjne systemu oświaty, PIS oraz JST

2.1.2. Ukierunkowanie sposobu prowadzenia polityki na rzecz ograniczania popytu i podaży narkotyków i środków zastępczych, w tym:

- 1) ograniczenie krajowej produkcji narkotyków syntetycznych oraz konopi innych niż włókniste przez:
 - a) likwidowanie miejsc nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych oraz upraw konopi innych niż włókniste,
 - b) profilowanie amfetaminy i BMK,
 - c) monitorowanie nielegalnych upraw konopi;Realizator: MSW oraz policja
- 2) stały nadzór nad środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi oraz prekursorami kategorii 1 w aptekach, punktach aptecznych, działach farmacji szpitalnej, podmiotach leczniczych nie mających aptek, działów farmacji szpitalnej i indywidualnych praktykach lekarskich;
Realizator: MZ oraz PIF

3) ograniczenie obrotu i dostępności środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych przez:

a) prowadzenie rozpoznania i likwidacja grup przestępczych zajmujących się wprowadzaniem do obrotu środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych,

Realizator: MSW, policja, SG, MON, ŻW

b) rozwój współpracy międzyinstytucjonalnej w ramach zespołów roboczych powołanych przy Radzie do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,

Realizator: zespoły robocze powołane przez Przewodniczącego Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

c) prowadzenie monitoringu rynku substancji psychoaktywnych, prowadzenie działań rozpoznawczych i czynności kontrolnych w celu identyfikacji podmiotów, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że wytwarzają lub wprowadzają do obrotu nowe substancje psychoaktywne;

Realizator: MZ, GIS/PIS

4) prowadzenie działań administracyjno-prawnych prowadzonych w trybie obowiązujących przepisów mające na celu znaczne zmniejszenie dostępności nowych substancji psychoaktywnych;

Realizator: MZ, GIS/PIS

5) prowadzenie działań zmierzających do ograniczenia przywozu na terytorium RP substancji psychoaktywnych/intensyfikacja działań prowadzonych na granicy kraju;

Realizator: MF, SC, MZ, GIS, PGIS, MSW, policja, SG

6) specjalistyczne szkolenia z zakresu ograniczania obrotu i dostępności środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych;

Realizator: MSW, policja, SG, MON, ŻW, MF, SC, MZ, GIS

7) rozpoznanie nowych metod i dróg przemytu środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych;

Realizator: MSW, policja, SG, MF, SC

8) monitorowanie przestępczości narkotykowej z wykorzystaniem Internetu;

Realizator: MSW, policja, SG, MF, SC

- 9) wsparcie realizacji Narodowego Programu Zdrowia w obszarze ograniczania popytu i podaży przez programy resortowe/plany działania przez: przygotowanie i wdrożenie resortowych programów/planów działania ograniczania podaży i popytu;

Realizator: MSW, MON, MEN, MZ we współpracy z SG, ŻW, KBPN oraz GIS

2.2. Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w tym:

- 1) szkolenie nauczycieli i wychowawców oraz innych specjalistów zatrudnionych w szkołach i jednostkach organizacyjnych systemu oświaty, w szczególności w MOS i MOW, specjalnych ośrodkach wychowawczych i specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych oraz placówkach resocjalizacyjnych, zakładach karnych placówkach wsparcia dziennego oraz jednostek organizacyjnych systemu pieczy zastępczej, w zakresie problematyki używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych;

Realizator: MEN, ORE, MS, MSW, MPiPS oraz JST

- 2) szkolenie grup zawodowych w szczególności takich jak: lekarze psychiatrzy, lekarze pierwszego kontaktu, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych;

Realizator: MZ we współpracy z KBPN, CMKP, NIL oraz JST

- 3) rozwijanie i wspieranie systemu szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych realizowanego zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124, z późn. zm.);

Realizator: MZ, KBPN

- 4) prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, kierowanych w szczególności do: przedstawicieli organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego;

Realizator: MZ, KBPN, GIS/PIS oraz JST

- 5) prowadzenie działań edukacyjnych, w tym opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących profilaktyki i leczenia osób uzależnionych oraz zagrożeń związanych z zakażeniami HIV, HCV i HBV oraz chorób przenoszonych

drogą płciową wśród osób stosujących substancje psychoaktywne, adresowanych do kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii.

Realizator: MZ, KBPN, KCAIDS, GIS/PIS, MEN oraz ORE

2.3. Profilaktyka.

2.3.1. Profilaktyka uniwersalna, w tym:

- 1) wspieranie realizacji programów profilaktyki uniwersalnej, adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, osób dorosłych, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego;

Realizator: MZ, KBPN, IPiN, PARPA, GIS/PIS, MEN, ORE oraz JST

- 2) wspieranie programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

Realizator: MZ, KBPN, PARPA, MEN, ORE oraz JST

2.3.2. Profilaktyka selektywna, w tym:

- 1) wspieranie realizacji programów w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby itp.), realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe;

Realizator: MZ, KBPN i JST oraz podmioty wyłonione w konkursach ogłaszanych przez MZ, KBPN i JST

- 2) wspieranie realizacji programów wczesnej interwencji i profilaktyki selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny;

Realizator: MZ, KBPN, IPiN, MEN, ORE oraz JST

- 3) wsparcie realizacji działań profilaktycznych prowadzonych na obszarach o występowaniu czynników sprzyjających nierówności w zdrowiu we współpracy z organizacjami pozarządowymi i lokalnie działającymi podmiotami publicznymi.

Realizator: MZ, KBPN, JST oraz podmioty wybrane w drodze konkursów ogłaszanych przez KBPN oraz JST

2.3.3. Profilaktyka wskazująca, w tym:

- 1) prowadzenie poradnictwa w ramach ogólnopolskiego telefonu zaufania oraz poradni internetowej adresowanej w szczególności do młodzieży;

Realizator: KBPN we współpracy z GIS

- 2) wspieranie realizacji programów profilaktyki wskazującej adresowanych do jednostek lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka, w szczególności do osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy, w tym w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Realizator: MZ, KBPN oraz JST

2.3.4. Ewaluacja zadań oraz aktualizacja i upowszechnianie standardów profilaktyki, w tym:

- 1) rozwijanie systemu rekomendacji ukierunkowanego na ocenę i promowanie najlepszych praktyk w zakresie zdrowia publicznego, w szczególności programów profilaktyki uzależnień i promocji zdrowia psychicznego;

Realizator: KBPN we współpracy z PARPA, IPiN, MEN oraz ORE

- 2) upowszechnianie standardów jakości w zakresie profilaktyki narkomanii;

Realizator: KBPN, MEN, ORE oraz JST

- 3) okresowa ewaluacja programów profilaktyki narkomanii.

Realizator: KBPN

2.4. Redukcja szkód, rehabilitacja i reintegracja społeczna.

2.4.1. Redukcja szkód, przez wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, we współpracy z organizacjami pozarządowymi, w tym wymiana igieł i strzykawek – zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi (HIV, HBV i HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych (HIV, HBV i HCV).

Realizator: KBPN, KCAIDS oraz JST

2.4.2. Rehabilitacja i reintegracja społeczna, przez:

- 1) rozwijanie i wspieranie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu;
Realizator: MPiPS, JST, MZ, KBPN oraz NFZ
- 2) objęcie leczeniem substytucyjnym co najmniej 30% osób uzależnionych od opioidów w każdym województwie;
Realizator: MZ oraz NFZ
- 3) rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych;
Realizator: MZ, NFZ oraz JST
- 4) rozwijanie programów terapeutycznych skierowanych do problemowych użytkowników przetworów konopi i osób uzależnionych od nich;
Realizator: KBPN oraz NFZ
- 5) wspieranie programów reintegracji społecznej oraz pomocy społecznej i zabezpieczenia społecznego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych;
Realizator: MZ, KBPN, MPiPS oraz JST
- 6) opracowanie i pilotażowe wdrożenie modelowych procedur współpracy placówek leczenia i rehabilitacji oraz programów redukcji szkód z sektorem pomocy społecznej oraz urzędami pracy.
Realizator: KBPN, MPiPS oraz JST

2.4.3. Ewaluacja i standardy redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej, w tym:

- 1) opracowywanie i upowszechnianie standardów dotyczących postępowania w przypadku udzielania pomocy osobom używającym nowych substancji psychoaktywnych;
Realizator: KBPN, KCAIDS, NIZP-PZH
- 2) okresowa ocena systemu leczenia dla osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i/lub nowych substancji psychoaktywnych pod kątem adekwatności udzielanych świadczeń zdrowotnych;
Realizator: KBPN
- 3) okresowa ewaluacja działań i programów leczniczych adresowanych do osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i/lub nowych substancji psychoaktywnych w celu podnoszenia ich jakości;

Realizator: KBPN

- 4) upowszechnianie informacji na temat praw pacjenta w jednostkach leczenia uzależnień;

Realizator: KBPN

- 5) opracowanie w latach 2016–2017 standardów akredytacyjnych (w rozumieniu przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia) w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania ambulatoryjnych jednostek leczenia uzależnień;

Realizator: CMJ we współpracy z KBPN oraz PARPA

- 6) prowadzenie w latach 2018–2020 procedury akredytacyjnej ambulatoryjnych i stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i/lub nowych substancji psychoaktywnych.

Realizator: CMJ

2.5. Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych, w tym:

- 1) zbieranie i analiza danych statystycznych dotyczących epidemiologii w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz danych z zakresu reakcji instytucjonalnych w obszarze ograniczania popytu i podaży narkotykowej;

Realizator: KBPN, NIZP-PZH, IPiN, MSW, policja, MS, MPIPS oraz GUS

- 2) realizacja w 2019 r. badań ilościowych w populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej (m.in.: ESPAD, „Młodzież”), prowadzonych co najmniej co cztery lata według metodologii EMCDDA;

Realizator: KBPN oraz PARPA

- 3) realizacja badań jakościowych, przeprowadzanych co najmniej co trzy lata, wśród użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w 2016 r. oraz w 2019 r.;

Realizator: KBPN

- 4) realizacja badań kohortowych wśród użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych dotyczących śmiertelności w ramach jednego z pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA;

Realizator: KBPN

- 5) realizacja badań przekrojowych dotyczących występowania zakażeń HIV, HBV i HCV wśród użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w ramach kluczowego wskaźnika EMCDDA;
Realizator: KBPN we współpracy z NIZP-PZH
- 6) oszacowanie liczby problemowych użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych co najmniej co cztery lata – w 2016 oraz w 2019 r.;
Realizator: KBPN
- 7) realizacja badań wśród problemowych użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, prowadzone co najmniej co dwa lata – w 2016 r. , w 2018 r. oraz w 2020 r.;
Realizator: KBPN
- 8) administrowanie ewidencją specjalistów uprawnionych do zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (na mocy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (Dz. U. poz. 38);
Realizator: MS oraz KBPN
- 9) zbieranie i analiza danych na temat aktywności jednostek samorządu terytorialnego w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające, substancje psychotropowe i nowe substancje psychoaktywne;
Realizator: KBPN we współpracy z JST
- 10) rozwój systemu zbierania danych w zakresie wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI);
Realizator: KBPN
- 11) rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych;
Realizator: KBPN, MZ/KBPN, wojewódzcy eksperci do spraw informacji o narkotykach i narkomanii, JST
- 12) monitorowanie zgłaszalności do leczenia substytucyjnego w celu kontroli dystrybucji środka substytucyjnego przez prowadzenie Centralnego Wykazu Osób Objętych Leczeniem Substytucyjnym (art. 28 ust. 6a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii);
Realizator: KBPN

- 13) prowadzenie systemu wczesnego ostrzegania (SWO) o nowych substancjach psychoaktywnych we współpracy z EMCDDA;

Realizator: KBPN, MZ, GIF, GIS, konsultant krajowy w dziedzinie toksykologii klinicznej, MSW, policja, SG, MF, SC, MON, ŻW, IES

- 14) system monitorowania zatruc/podejrzeń o zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi/środkami zastępczymi – prowadzenie rejestru zatruc/podejrzeń o zatrucia.

Realizator: KBPN, MEN, GIS/PIS, konsultant krajowy w dziedzinie toksykologii klinicznej, podmioty wykonujące działalność leczniczą

2.6. Współpraca międzynarodowa.

Zwiększanie zaangażowania Rzeczypospolitej Polskiej w politykę narkotykową UE w zakresie redukcji popytu i podaży narkotyków, jak również w działania instytucji oraz organów spoza UE przez:

- 1) udział w pracach międzynarodowych grup roboczych UE, np. HDG;

Realizator: MSW, policja, SG, MZ, KBPN, GIF, GIS, KCAIDS

- 2) prowadzenie sprawozdawczości na rzecz instytucji unijnych oraz światowych;

Realizator: KBPN, MZ, GIF, GIS, KCAIDS, MSW, policja, SG

- 3) współpraca z państwami spoza UE w ramach przeciwdziałania narkomanii;

Realizator: KBPN, MZ, KCAIDS, MSW, policja, SG

- 4) współpraca z Grupą Pompidou Rady Europy;

Realizator: KBPN

- 5) współpraca polskich służb działających w obszarze redukcji podaży w międzynarodowych projektach i działaniach operacyjnych zwalczających handel, produkcję i przemyt narkotyków we współpracy z UE oraz innymi krajami (w tym również współpraca z EUROPOLEM);

Realizator: MSW, policja, SG, MF, SC

- 6) opracowanie i wdrażanie projektów wsparcia z zakresu ograniczania popytu i podaży narkotyków w krajach trzecich (nienależących do UE).

Realizator: KBPN, MZ, KCAIDS, MSW, policja, SG

3. Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

3.1. Promocja zdrowia.

3.1.1. Edukacja zdrowotna:

- 1) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, w tym kampanii edukacyjnych, nt ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu dla konsumentów i ich otoczenia;
Realizator: PARPA, MZ, GIS, media publiczne, JST, KRRiT, MON, MS, MSW, MSiT, MliR, policja, MPiPS, Instytut Transportu Samochodowego
Zadanie może być realizowane wspólnie z zadaniami dotyczącymi edukacji zdrowotnej w ramach programu przeciwdziałania narkomanii
- 2) prowadzenie działań edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież;
Realizator: PARPA, jednostki wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez PARPA, MEN, JST, MPiPS, ORE, KRRiT, media publiczne
- 3) upowszechnianie informacji nt zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym, upowszechnienie wiedzy na temat szkód wynikających z picia alkoholu przez kobiety w ciąży.
Realizator: PARPA, MZ, JST, MPiPS, MS, MEN, policja, Prokurator Generalny, KRRiT, media publiczne, GIS oraz uczelnie medyczne.

3.1.2. Szkolenie kadr:

- 1) kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja);
Realizator: PARPA, MEN, samorząd lekarski, uczelnie medyczne, JST
- 2) podnoszenie kompetencji przedstawicieli podmiotów działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu, w tym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
Realizator: JST, MPiPS, MS, MZ, MEN, MNiSzW, policja, Prokurator Generalny, PARPA, ORE
- 3) rozwijanie systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień;
Realizator: PARPA, MZ oraz JST
- 4) podnoszenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym;
Realizator: MPiPS, MEN, JST, PARPA, ORE

5) szkolenia profesjonalistów nt. FASD;

Realizator: MNiSzW, MZ, MPiPS, MEN, MS, PARPA, JST oraz uczelnie medyczne

3.1.3. Polityka zdrowotna w tym polityka fiskalna, zapewnienie skutecznego egzekwowania zakazów, zmniejszenie dostępności do substancji psychoaktywnych, ograniczenie popytu i podaży:

1) zmniejszanie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu;

Realizator: MF, MG, JST, PARPA, MZ, policja, KRRiT

2) zapewnienie skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji i spożywania napojów alkoholowych, reklamy i promocji;

Realizator: MS, UOKiK, SC, MF, prokuratura, policja, SG, JST, MG

3) ograniczenie skali przemytu i liczby nielegalnych miejsc odkażania alkoholu;

Realizator: MF, SC, MSW, SG, policja

4) ograniczenie reklamy napojów alkoholowych;

Realizator: PARPA, KRRiT, MZ

5) kontrola prawidłowości wydatkowania środków finansowych na realizację zadań określonych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;

Realizator: Regionalne Izby Obrachunkowe, wojewodowie, PARPA

3.2. Profilaktyka.

3.2.1. Profilaktyka uniwersalna:

1) upowszechnianie, wdrażanie oraz poszerzanie oferty uniwersalnych programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego”;

Realizator: PARPA, MEN, JST, ORE, KBPN, IPiN

2) prowadzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych w środowisku pracy.

Realizator: MS, MON, KRRiT, MSW, MliR, MPiPS, GIS, Instytut Medycyny Pracy, JST oraz PARPA

3.2.2. Profilaktyka selektywna:

1) poszerzanie oferty, upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego” z obszaru profilaktyki selektywnej adresowanych do dzieci, młodzieży, rodziców i wychowawców;

Realizator: MEN, PARPA, JST, ORE, KBPN, IPiN, MS

- 2) poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Realizator: MPiPS, JST oraz PARPA

3.2.3. Profilaktyka wskazująca:

- 1) poszerzanie oferty upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego” z obszaru profilaktyki wskazującej;

Realizator: MEN, PARPA, JST, ORE, KBdsPN, IPiN, MS

- 2) udzielanie specjalistycznej pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci upijają się;

Realizator: MEN, PARPA, JST, MPiPS

3.3. Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa:

- 1) zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu;

Realizator: PARPA, JST, placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, WOTUW, MZ, NFZ

- 2) poszerzanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu w tym o programy ograniczania picia alkoholu oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzioną skuteczność;

Realizator: PARPA, JST, placówki leczenia od uzależnienia od alkoholu, WOTUW

- 3) zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu;

Realizator: MPiPS, JST

- 4) wspieranie działalności środowisk abstynenckich;

Realizator: PARPA, JST

- 5) zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym;

Realizator: PARPA, JST, placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, WOTUW, MZ, NFZ, MPiPS

- 6) zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym;

Realizator: PARPA, JST, MZ, MPiPS, MS, policja

7) usprawnianie działań interwencyjnych i edukacyjno-korekcyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie w szczególności z problemem alkoholowym;

Realizator: JST, MPiPS, MZ, MEN, policja, prokuratura, PARPA

8) reedukacja osób, które prowadziły pojazdy będąc pod wpływem alkoholu;

Realizator: PARPA, JST, WORD, MiR, MSW, MZ, PARPA, MS

9) opracowanie, wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur diagnozy FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej;

Realizator: MZ, PARPA, AOTMiT, MPiPS, MEN

10) zwiększanie dostępności pomocy dla osób z FASD i ich opiekunów;

Realizator: MZ, PARPA, MPiPS, JST, MEN, MS

3.4. Diagnozowanie i badania zjawisk związanych z używaniem alkoholu:

1) monitorowanie poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu;

Realizator: PARPA, GUS, MZ

2) inicjowanie, wspieranie i prowadzenie badań dotyczących problemów wynikających z używania alkoholu w tym przemocy w rodzinie;

Realizator: MNiSzW, PARPA, MZ, MPiPS, MSW

3) inicjowanie, wspieranie i prowadzenie badań dotyczących czynników ryzyka i czynników chroniących przed problemami wynikającymi z picia alkoholu;

Realizator: MZ, MEN, MNiSzW, PARPA, IPiN, GIS

4) analiza aktywności jednostek samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Realizator: PARPA, Regionalne Izby Obrachunkowe, Najwyższa Izba Kontroli

3.5. Współpraca międzynarodowa w zakresie realizacji Programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Realizator: PARPA

4. Program zwalczania następstw zdrowotnych palenia tytoniu i wyrobów powiązanych

4.1. Realizacja polityki zdrowotnej.

4.1.1. Zapewnienie ochrony przed dymem tytoniowym przez:

1) zapewnienie skutecznego przestrzegania przepisów prawa;

Realizator: MS, MSW, PIS, MON, MF

- 2) zmniejszanie dostępności wyrobów tytoniowych (Wdrażanie ekonomicznych i administracyjnych stymulantów ograniczania konsumpcji wyrobów tytoniowych);
Realizator: MZ, MS, MF, MG
- 3) ograniczenie dostępności na krajowym rynku tytoniowym tanich papierosów pochodzących z nielegalnych źródeł;
Realizator: MF
- 4) wdrażanie skutecznych metod oraz technik eliminowania nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi;
Realizator: MF
- 5) doskonalenie istniejących rozwiązań prawnych.
Realizator: MZ, MF, MPiPS, UOKiK

4.1.2. Wyeliminowanie naruszeń praw konsumentów oraz naruszeń prawa dot. zakazu reklamowania i promowania oraz sponsorowania:

- 1) doskonalenie norm prawnych umożliwiających eliminowanie działań marketingowych niezgodnych z prawem i polityką zdrowotną państwa;
Realizator: UOKiK
- 2) koordynacja i usprawnianie nadzoru nad rynkiem wyrobów tytoniowych w celu skutecznego eliminowania naruszeń prawa.
Realizator: UOKiK

4.2. Profilaktyka.

4.2.1. Profilaktyka uniwersalna:

- 1) upowszechnianie, wdrażanie i poszerzanie oferty programów zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego skierowanych do całych grup populacji (prowadzenie programów edukacji zdrowotnej skierowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci i młodzieży);
Realizator: PIS, MEN, ORE, MS, MSW, JST oraz jednostki organizacyjne systemu oświaty
- 2) upowszechnienie dostępu do informacji na temat zagrożeń wynikających z używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;
Realizator: PIS, MZ, MEN
- 3) realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnych (Informowanie i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu).

Realizator: MEN, ORE, PIS, MS, MSW, JST oraz jednostki organizacyjne systemu oświaty

4.2.2. Profilaktyka selektywna – upowszechnianie, wdrażanie i poszerzanie oferty programów zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego skierowanych do jednostek lub grup narażonych na czynniki ryzyka.

Realizator: PIS, MEN, ORE, JST oraz jednostki organizacyjne systemu oświaty

4.2.3. Profilaktyka wskazująca (działania interwencyjne i terapeutyczne), w tym:

1) opracowywanie i upowszechnianie standardów profilaktyki i leczenia uzależnień;

Realizator: MZ, MEN

2) upowszechnianie, wdrażanie i poszerzanie oferty programów zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego skierowanych do jednostek lub grup mających kontakt z czynnikami ryzyka.

Realizator: PIS, MEN, ORE, JST oraz jednostki organizacyjne systemu oświaty

4.2.3. Leczenie uzależnienia od tytoniu (redukcja szkód, rehabilitacja zdrowotna, społeczna i zawodowa) oraz opracowywanie i upowszechnianie standardów profilaktyki i leczenia uzależnień:

1) szkolenie kadr – organizacja szkoleń dla personelu medycznego zespołu uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych;

Realizator: MZ

2) ułatwianie wychodzenia z nałogu palenia tytoniu oraz zapewnienie osobom palącym dostępu do specjalistycznej terapii;

Realizator: MZ i NFZ

3) prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.

Realizator: COI na podstawie umowy zawartej z MZ na wniosek Instytutu.

4.3. Badania naukowe, epidemiologiczne, monitoring, ewaluacja oraz współpraca międzynarodowa i rozwój kadr.

4.3.1. Badania epidemiologiczne:

1) prowadzenie regularnych badań sondażowych dotyczących używania tytoniu przez osoby dorosłe;

Realizator: MZ, PIS

2) prowadzenie regularnych badań sondażowych dotyczących używania tytoniu przez dzieci i młodzież;

Realizator: MZ, PIS

3) prowadzenie regularnych badań na temat nielegalnego obrotu wyrobów tytoniowych;

Realizator: MZ, MF

4) prowadzenie regularnych badań na temat ekonomicznych skutków palenia tytoniu w Polsce (koszty bezpośrednie i pośrednie);

Realizator: MZ, MF

5) prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej polityki ograniczania następstw zdrowotnych używania tytoniu.

Realizator: GIS, MZ

4.4. Monitoring i ewaluacja:

1) prowadzenie monitoringu chorób związanych z paleniem tytoniu;

Realizator: MZ

2) kontrola dodatków do wyrobów tytoniowych, opracowanie raportów dla Ministra Zdrowia i do wiadomości publicznej;

Realizator: MZ

3) dokonywanie oceny dostępności ekonomicznej wyrobów tytoniowych;

Realizator: MF

4) analiza rynku upraw tytoniu;

Realizator: MRiRW

5) prowadzenie badań monitoringowych i urzędowej kontroli zawartości substancji szkodliwych dla zdrowia w wyrobach tytoniowych, wprowadzonych do obrotu handlowego;

Realizator: PIS

6) weryfikacja efektywności i skuteczności programów profilaktycznych;

Realizator: MZ, PIS

7) monitorowanie działalności marketingowej, promocyjnej i lobbingskiej przemysłu wyrobów tytoniowych.

Realizator: UOKiK

4.5. Rozwój kadr

1) szkolenie nauczycieli;

Realizator: MEN, ORE

2) szkolenie kadr medycznych;

Realizator: MZ

3) szkolenie pracowników PIS;

Realizator: PIS, MZ

4) szkolenia dla UOKiK i IH;

Realizator: UOKiK

5) szkolenia dla Służby Celnej;

Realizator: MF

6) szkolenia dla służb mundurowych.

Realizator: MSW, MS

5. Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym

5.1. Promocja zdrowia.

5.1.1. Szkolenie kadr, w tym:

1) realizacja szkoleń w zakresie uzależnień behawioralnych ze szczególnym uwzględnieniem metod o udokumentowanej skuteczności w profilaktyce i leczeniu uzależnień;

Realizator: KBPN w ramach FRPH

2) realizacja projektów szkoleniowych w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych adresowanych do studentów kierunków mających zastosowanie w obszarze zdrowia publicznego;

Realizator: KBPN w ramach FRPH

3) szkolenie przedstawicieli innych zawodów mających bezpośredni wpływ na zachowanie i postawy osób uzależnionych lub osób zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi (m. in. nauczyciele, operatorzy gier losowych, pracownicy socjalni, itp.);

Realizator: KBPN w ramach FRPH

4) prowadzenie innych działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym m.in. wydanie publikacji, przeprowadzenie seminariów, konferencji.

Realizator: KBPN w ramach FRPH

5.1.2. Edukacja zdrowotna:

1) prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych, w tym m.in. prowadzenie kampanii społecznych, wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych;

Realizator: KBPN w ramach FRPH

2) prowadzenie telefonu zaufania w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych;

Realizator: KBPN w ramach FRPH

3) prowadzenie strony internetowej upowszechniającej wiedzę dotyczącą uzależnień behawioralnych;

Realizator: KBPN w ramach FRPH

4) prowadzenie poradni internetowej świadczącej pomoc w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych

Realizator: KBPN w ramach FRPH

5.2. Profilaktyka.

5.2.1. Profilaktyka uniwersalna:

1) realizacja działań służących podniesieniu poziomu wiedzy społeczeństwa i zwiększeniu świadomości ryzyka związanego z uzależnieniami behawioralnymi, kształtowanie postaw prozdrowotnych, wzmacnianie czynników chroniących i ograniczanie czynników ryzyka;

Realizator: KBPN w ramach FRPH

2) wspieranie realizacji programów profilaktycznych w miejscu pracy.

Realizator: KBPN w ramach FRPH

5.2.2. Profilaktyka selektywna – poszerzanie oferty programów wczesnej interwencji, profilaktyki selektywnej skierowanych do jednostek lub grup narażonych na czynniki ryzyka.

Realizator: KBPN w ramach FRPH

5.3. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych, reintegracja społeczna – rozwiązywanie problemów wynikających z uzależnień behawioralnych przez zapewnienie m.in. dostępu do zróżnicowanej oferty oddziaływań pomocowych dla problemowych i patologicznych hazardzistów oraz osób z innymi uzależnieniami behawioralnymi, ich bliskim i rodzinom.

Realizator: KBPN w ramach FRPH oraz NFZ

5.4. Badania naukowe, epidemiologiczne, monitoring, ewaluacja – wspieranie badań naukowych, epidemiologicznych oraz badań ewaluacyjnych dotyczących uzależnień

behawioralnych a także badań dotyczących skutecznych metod rozwiązywania problemów z tym związanych.

Realizator: KBPN w ramach FRPH

VIII. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego „Poprawa dobrostanu psychicznego

1. Wspieranie zdrowia psychicznego.

1.1. Ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w 2016 r. oraz ich aktualizacja w 2020 r.

Realizator: MZ

1.2. Zdrowotna polityka społeczna – prowadzenie polityki społecznej i zdrowotnej w sposób:

- 1) umożliwiający i ułatwiający społeczeństwu podejmowanie działań ukierunkowanych na ochronę, umacnianie i zwiększanie potencjału zdrowia psychicznego;
- 2) zapobiegający powstawaniu zaburzeń psychicznych.

Realizator: MZ we współpracy z MPIPS.

1.3. Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wzmacniającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych.

Realizator: MZ we współpracy z MPiPS, MEN, MSW, MS, MON, MNiSzW oraz MAiC, podmioty wyłonione w drodze konkursów organizowanych przez te ministerstwa oraz JST i podmioty wyłonione w drodze konkursów organizowanych przez JST

1.4. Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu psychicznemu przez:

- 1) ukierunkowanie sposobu prowadzenia polityki lokalnej i regionalnej na kształtowanie warunków sprzyjających utrzymaniu, poprawie i umacnianiu zdrowia psychicznego;

Realizator: JST

- 2) prowadzenie działań mających na celu poprawę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego;

Realizator: MEN

- 3) opracowanie i realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym;

Realizator: MEN, MPiPS oraz JST

- 4) prowadzenie działań dotyczących zapobiegania przemocy w podmiotach, w których przebywają nieletni kierowani przez sąd, w populacji osób pozbawionych wolności oraz funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej;

Realizator: MEN, MPiPS, MSW, MS oraz MZ

- 5) prowadzenie działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego w miejscu pracy, w tym przeciwdziałanie narażeniu na stres, zapobieganie mobbingowi i promowanie zachowania równowagi pomiędzy życiem zawodowym a prywatnym.

Realizator: MPiPS oraz podmioty wyłonione w ramach konkursów ogłaszanych przez MPiPS

2. Działania profilaktyczne.

2.1. Rozwój kadr uczestniczących w profilaktycznej opiece psychiatrycznej – podnoszenie kompetencji kadr medycznych uczestniczących w realizacji profilaktycznej opieki psychiatrycznej, w tym wczesnego wykrywania objawów zaburzeń psychicznych.

Realizator: MZ

2.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez:

- 1) wczesną diagnostykę, terapię i rehabilitację zaburzeń neurorozwojowych u dzieci w wieku 2–6 lat;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

- 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom oraz zaburzeniom odżywiania się (anoreksja, bulimia) w populacji generalnej oraz w populacjach o zwiększonym ryzyku;

Realizator: MZ we współpracy z MEN, MPiPS, MS, MSW, MON oraz MAiC oraz podmioty wyłaniane w drodze konkursu przez MZ, MEN, MPiPS, MS, MSW, MON lub MAiC

- 3) realizację programu zapobiegania wypaleniu zawodowemu w rodzinach zastępczych i rodzinnych domach dziecka oraz w populacji pracowników placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej, populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych;

Realizator: MPiPS oraz MSW

- 4) realizację programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy służb mundurowych;

Realizator: MS oraz MSW

- 5) realizację programu zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniom nastroju w populacji żołnierzy.

Realizator: MON

3. Pozostałe zadania wspierające realizację celu operacyjnego:

- 1) prowadzenie regularnego badania kondycji psychicznej społeczeństwa i analiz czynników warunkujących zdrowie psychiczne przez zlecenie w 2016 r. oraz w 2020 r. kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 2) zapewnianie wsparcia naukowego na potrzeby realizacji Programu przez finansowanie badań dotyczących rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń psychicznych w wybranych populacjach oraz uwzględnienie zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego w priorytetach NCN i NCBiR;

Realizator: MNiSzW, NCN, NCBiR oraz MZ

- 3) podjęcie badań populacji rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka oraz wychowawców w placówkach instytucjonalnej pieczy zastępczej, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu;

Realizator: MPiPS

- 4) podjęcie badań populacji żołnierzy, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu;

Realizator: MON

- 5) koordynacja, ewaluacja skuteczności i efektywności zadań prowadzonych w ramach Programu;

Realizator: MZ we współpracy z Radą ds. Zdrowia Psychicznego.

- 6) powołanie zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację Programu na terenie JST, z udziałem przedstawicieli jednostek organizacyjnych związanych z realizacją polityki społecznej, opieki zdrowotnej oraz systemu oświaty na danym obszarze;

Realizator: JST

7) opracowanie i realizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;

Realizator: JST

8) wsparcie finansowe inicjatyw wpisujących się w Program.

Realizator: MZ po zasięgnięciu opinii Komitetu Sterującego Programu

VIII. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego „Ograniczenie narażenia na środowiskowe i zawodowe czynniki ryzyka dla zdrowia”

1. Kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu.

1.1. Prowadzenie polityki ukierunkowanej na zmniejszenie narażenia na fizyczne, chemiczne i biologiczne czynniki ryzyka zdrowotnego przez:

1) wspieranie poprawy jakości powietrza;

Realizator: MŚ

2) promowanie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności i wody;

Realizator: GIS

3) ograniczanie ekspozycji na nadmierny hałas;

Realizator: MŚ

4) zmniejszanie narażenia na biologiczne czynniki chorobotwórcze;

Realizator: MZ we współpracy z GIS oraz NIZP-PZH

5) przeciwdziałanie wytwarzaniu się antybiotykooporności u drobnoustrojów;

Realizator: MZ, MRiRW we współpracy z GIS oraz NIZP-PZH

6) ograniczanie narażenia na szkodliwe substancje chemiczne w otoczeniu człowieka (w tym środki ochrony roślin, środki uprawy roślin, produkty biobójcze, antybiotyki, substancje endokrynnie czynne);

Realizator: MZ, MRiRW, MŚ oraz Inspektor do spraw Substancji Chemicznych

7) zwiększenie zaangażowania służb medycyny pracy w zadania profilaktyczne.

Realizator: MZ

1.2. Prowadzenie działalności edukacyjnej, w tym:

1) upowszechnianie wiedzy na temat szkodliwego oddziaływania substancji chemicznych i ich mieszanin na zdrowie człowieka i środowisko oraz wiedzy na temat zapobiegania takim oddziaływaniom na czynniki chemiczne stosowane w gospodarstwach domowych i w miejscu pracy;

Realizator: Inspektor do spraw Substancji Chemicznych

- 2) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących uświadamiania ryzyka związanego z nadmiernym narażeniem na promieniowanie ultrafioletowe;

Realizator: podmiot wybrany w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 3) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych promujących zachowania prozdrowotne u osób pracujących w narażeniu na czynniki szkodliwe w miejscu i ograniczanie narażenia na czynniki szkodliwe w zakładach pracy.

Realizator: organizacje reprezentatywne dla pracodawców wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MPiPS

2. Profilaktyka.

2.1. Prowadzenie działań zapobiegawczych, w tym:

- 1) ocena środowiskowych zagrożeń zdrowia mieszkańców jednostek samorządu terytorialnego;

Realizator: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera oraz Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

- 2) podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą oraz wzmocnienie zdrowia pracujących;

Realizator: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera oraz Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

- 3) profilaktyka próchnicy, w tym przez ułatwienie dostępu do bezpłatnej opieki stomatologicznej w przedszkolach i szkołach podstawowych;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ oraz JST

- 4) profilaktyka chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, w tym przede wszystkim wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, chorób przenoszonych drogą płciową (HIV, kiła, rzeżączka, chlamydia, HPV) oraz gruźlicy.

Realizator: MZ we współpracy z GIS, KCAIDS, NIZP-PZH oraz Instytutem Gruźlicy

- 5) prowadzenie badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych dla celów nadzoru epidemiologicznego obejmujące:

- a) potwierdzenie podejrzenia albo rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej,

- b) prowadzenie badań przeglądowych oraz nadzoru środowiskowego zakażeń i chorób zakaźnych oraz wywołujących je biologicznych czynników chorobotwórczych,

- c) identyfikację oraz scharakteryzowanie biologicznych czynników chorobotwórczych w zakresie ich cech genotypowych i fenotypowych, w tym ich lekooporności,
 - d) badania niezbędne do potwierdzenia nieobecności biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących choroby zakaźne podlegające eliminacji lub eradykacji
- w przypadkach uzasadnionych sytuacją epidemiologiczną oraz potrzebami krajowego i międzynarodowego nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi;

Realizator: NIZP-PZH w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

- 6) prowadzenie działań na rzecz eradykacji odry, polio i różyczki;

Realizator: GIS we współpracy z MZ oraz NIZP-PZH

- 7) poprawa bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, w tym kształtowanie postaw i umiejętności personelu medycznego, dotyczących metod sterylizacji, dekontaminacji i dezynfekcji;

Realizator: MZ we współpracy z GIS oraz CMJ

- 8) zwiększania kompetencji dotyczących monitorowania zakażeń szpitalnych;

Realizator: MZ we współpracy z GIS oraz CMJ

- 9) zachęcanie do szczepień nieobowiązkowych.

Realizator: MZ we współpracy z NIZP-PZH oraz GIS

3. Pozostałe zadania wspierające:

- 1) prowadzenie monitoringu, w tym:

- a) prowadzenie baz danych dot. występowania czynników rakotwórczych i mutagennych w miejscu pracy:
 - powadzenie Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych,
 - prowadzenie Krajowego Rejestru Czynnikiów Biologicznych,
 - program monitorowania zdrowia pracujących,

Realizator: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera

- b) gromadzenie informacji o stanie sanitarnym kraju,

Realizator: GIS

- c) prowadzenie Państwowego Monitoringu Środowiska,

Realizator: IOŚ

- d) monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych, biologicznych i psychologicznych w miejscu pracy,

Realizator: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera oraz Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

e) nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi,

Realizator: NIZP-PZH w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

f) kompleksowe badania rozpowszechnienia chorób zakaźnych oraz ich czynników ryzyka;

Realizator: NIZP-PZH w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

2) badania naukowe, w tym:

a) badanie i ocena wpływu jakości środowiska na stan zdrowia, z uwzględnieniem następujących komponentów środowiska i elementów z nim powiązanych: powietrza, odpadów i ścieków odprowadzanych do środowiska (w tym farmaceutyki i substancje endokrynopodobne), wody przeznaczonej do spożycia oraz wykorzystywanej do celów rekreacyjnych, hałasu, promieniowania elektromagnetycznego, zanieczyszczenia związkami chemicznymi gleb wykorzystywanych rolniczo, klimatu (susze i zjawiska ekstremalne, choroby wektorowe, osuwiska ziemi, powodzie i podtopienia itd.) i działań związanych z adaptacją do jego zmian,

Realizator: podmiot wybrany w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

b) prowadzenie monitoringu oceniającego ekspozycję społeczeństwa na związki chemiczne w środowisku pracy i zamieszkania,

Realizator: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera oraz Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

c) prowadzenie badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności.

Realizator: NIZP-PZH

IX. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego „Narodowy Program Zdrowotnej Polityki Senioralnej”

1. Podejmowanie działań sprzyjających zdrowemu i aktywnemu starzeniu się.

1.1. Prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych, w tym:

1) tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej;

Realizator: MPiPS we współpracy z MKiDzN, MNiSzW oraz JST

2) wydłużenie okresu aktywności zawodowej;

Realizator: MPiPS

3) włączenie potencjału osób starszych w obszar aktywności społecznej i obywatelskiej (np. parlament seniorów, rady seniorów w gminach);

Realizator: MPiPS oraz JST

4) zapobieganie e-wykluczeniu osób starszych;

Realizator: MAiC

5) zbudowanie instrumentów promujących zachowania prozdrowotne w okresie wieku okołoemerytalnego w zakładach pracy;

Realizator: MPiPS we współpracy z MZ

6) podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa i zapobieganie wykluczeniu społecznemu i marginalizacji;

Realizator: MPiPS oraz JST

7) kształtowanie polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu;

Realizator: MPiPS

8) poprawa zabezpieczenia socjalnego, chroniącego przed skutkami niepełnosprawności i inwalidztwa;

Realizator: MPiPS

9) wspieranie i promowanie zorganizowanych zajęć adresowanych do osób starszych, z włączeniem w nie młodszych pokoleń, w celu wzmacniania więzi międzypokoleniowych.

Realizator: MPiPS oraz podmioty wyłonione w drodze konkursów ogłaszanych przez MPiPS

2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych:

1) przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i niepełnosprawności, w tym opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;

Realizator: MZ we współpracy z MPiPS oraz NFZ

- 2) dostarczanie i udoskonalanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających komponenty edukacyjne, w szczególności dotyczące poradnictwa dietetycznego, w tym walki z dietą sprzyjającą chorobom metabolicznym i dotyczące aktywności fizycznej osób starszych;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

- 3) zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie schorzeń występujących powszechnie u osób starszych i zapobieganie im (zapobieganie powstawaniu tzw. wielkich zespołów geriatrycznych);

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

- 4) opracowanie i wdrożenie bilansu 60-latką;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

- 5) rozwój usług i ośrodków geriatrycznych i wprowadzenie elementów geriatrii do praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

- 6) rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych;

- 7) profilaktyka upadków u osób starszych przebywających w podmiotach leczniczych.

Realizator: MZ

3. Działania edukacyjne:

- 1) edukacja kadr w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej, ukierunkowana głównie na podniesienie wiedzy i umiejętności lekarzy i pielęgniarek;

Realizator: MZ i podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 2) edukacja pracowników ochrony zdrowia w zakresie kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego;

Realizator: MZ i podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 3) rozwój poradnictwa dietetycznego: Określenie i popularyzacja wiedzy w zakresie odmienności potrzeb dietetycznych w grupie seniorów (zapobieganie uraty masy ciała, przy jednoczesnym przeciwdziałaniu diecie sprzyjającej chorobom metabolicznym, braki uzębienia, ciała obce, zakrztuszenia, schorzenia przewodu pokarmowego, np. zespoły złego wchłaniania (suplementacja), czy konieczność przygotowywania posiłków lekkostrawnych);

Realizator: MZ i podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 4) promowanie edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka urazów: zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego, umiejętność wykonywania wysiłku, zachowania się w warunkach atmosferycznych sprzyjających urazom;

Realizator: MZ i podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 5) realizacja zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów.

Realizator: MZ i podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

4. Prowadzenie działalności naukowo-badawczej i współpracy międzynarodowej:

- 1) prowadzenie badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 2) testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych, niż określone w NPZ przez programy pilotażowe;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 3) badanie sytuacji dotyczącej nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych na podstawie danych NFZ, GUS, ZUS oraz MPiPS;

Realizator: NIZP-PZH w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

- 4) analiza wpływu interwencji podejmowanych w ramach Programu pod kątem pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu;

Realizator: NIZP-PZH w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

- 5) ukierunkowanie interwencji podejmowanych w ramach Programu na grupy najbardziej wrażliwe społecznie. Proponowanie interwencji zmniejszających różnice pomiędzy najbardziej uprzywilejowanymi a najbardziej wrażliwymi grupami społecznymi i ograniczających gradient czynników ryzyka i problemów zdrowotnych w populacji;

Realizator: MZ we współpracy z NIZP-PZH

- 6) analiza danych o strukturze świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom starszym;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ

- 7) badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 8) tworzenie innowacyjnych rozwiązań dotyczących farmakoterapii oraz działań prozdrowotnych i aktywizujących osoby w wieku podeszłym;

Realizator: instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ

- 9) analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych;

Realizator: NIZP-PZH w ramach umowy z MZ zawartej na wniosek Instytutu

- 10) prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej profilaktyki problemów zdrowotnych osób starszych.

Realizator: MPiPS oraz MZ

X. Zadania koordynacyjne

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...) minister właściwy do spraw zdrowia, lub Pełnomocnik Rządu ds. zdrowia publicznego, w przypadku jego powołania, współdziała z organami administracji rządowej, samorządowej, instytutami badawczymi, inspekcjami i organizacjami pozarządowymi.

Zadaniem ministra lub Pełnomocnika jest przygotowywanie rocznych harmonogramów pracy, określających szczegółowe terminy ogłaszania konkursów, zawierania umów w trybie wnioskowym, wysokość alokacji środków na poszczególne zadania oraz grona podmiotów, spośród których wyłaniani będą realizatorzy zadań, jeżeli nie zostali wskazani w Programie. Kolejnym zadaniem jest również wspieranie realizatorów zadań w zakresie dostarczania informacji o zalecanym sposobie ich wykonywania pod kątem ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

XI. Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji Programu

Podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację Programu jest minister właściwy do spraw zdrowia. Monitorowanie zadań i ich efektów będzie prowadzone w oparciu o wskaźniki gromadzone w ramach systemu statystyki publicznej, systemu monitorowania rozwoju, dane dotyczące chorobowości szpitalnej, dane o przyczynach zgonu a także informacje gromadzone przez realizatorów poszczególnych zadań przewidzianych niniejszym Programem. Szczegółowy katalog wskaźników służących monitorowaniu Programu stanowi część B załącznika.

Wskaźniki monitorowania Narodowego Programu Zdrowia w latach 2016-2020.

Lp.	Wskaźnik
1.	Średnia oczekiwana długość życia
2.	Odsetek kobiet i mężczyzn umierających przed 64 rokiem życia
3.	Liczba zgonów z powodu nowotworów ogółem
4.	Liczba zgonów z powodu nowotworu sutka
5.	Liczba zgonów z powodu raka szyjki macicy
6.	Liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych (współczynnik śmiertelności w wypadkach drogowych)
7.	Liczba wypadków powstałych przy pracy
8.	Liczba osób korzystających z różnych form opieki psychologicznej i psychiatrycznej
9.	Liczba programów promocji zdrowia psychicznego
10.	Liczba instytucji realizujących programy promocji zdrowia
11.	Odsetek powiatów, w których istnieją centra zdrowia psychicznego i zespoły opieki środowiskowej
12.	Liczba miejsc pracy dla osób przewlekle chorych psychicznie
13.	Liczba mieszkań chronionych
14.	Liczba przyznanych rent rocznie z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów (ICD 10 M05, M06)
15.	Liczba zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc
16.	Współczynnik zapadalności na wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe u dzieci do lat 2
17.	Zapadalność dzieci do lat 2 na biegunki o nieokreślonej etiologii
18.	Częstość wykrywania nowych zakażeń HIV
19.	Liczba chorób, przeciwko którym prowadzone są masowe, obowiązkowe szczepienia
20.	Odsetek osób zaszczepionych terminowo w ramach powszechnych, obowiązkowych szczepień przewidzianych Programem Szczepień Ochronnych
21.	Procentowy udział przypadków chorób zakaźnych potwierdzonych laboratoryjnie w ogólnej liczbie rejestrowanych zachorowań zakaźnych
22.	Odsetek osób palących papierosy codziennie w Polsce
23.	Liczba papierosów przypadających rocznie na statystycznego mieszkańca
24.	Zachorowalność na choroby odtytoniowe
25.	Umieralność na choroby odtytoniowe

26.	Liczba programów edukacyjnych i interwencyjnych dotyczących palenia tytoniu
27.	Liczba programów edukacyjnych i interwencyjnych dotyczących palenia tytoniu skierowanych do dzieci i młodzieży
28.	Liczba świadczeniobiorców, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu
29.	Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzależnienia od tytoniu
30.	Średnie spożycie alkoholu w Polsce w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na 1 mieszkańca w wieku powyżej 15 lat
31.	Średnie spożycie piwa w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na 1 mieszkańca w wieku powyżej 15 lat
32.	Średnie spożycie alkoholi mocnych - wyroby spirytusowe (100% alkoholu) w litrach
33.	Średnie spożycie wina w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na 1 mieszkańca w wieku powyżej 15 lat
34.	Liczba zgonów spowodowanych zatruciem alkoholem
35.	Liczba zgonów z powodu chorób wątroby
36.	Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych związanych z nadużywaniem alkoholu
37.	Liczba punktów sprzedaży alkoholu
38.	Liczba mieszkańców przypadających na punkt sprzedaży napojów alkoholowych
39.	Liczba wydanych zezwoleń na sprzedaż alkoholu
40.	Liczba butelek poszczególnych napojów alkoholowych, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie
41.	Wartość sprzedanego alkoholu rocznie
42.	Odsetek abstynentów wśród niepełnoletniej młodzieży
43.	Liczba zakładów leczenia odwykowego poszczególnych typów
44.	Odsetek pacjentów uzależnionych od alkoholu uczestniczących w pogłębionych programach psychoterapii uzależnienia
45.	Liczba pacjentów placówek leczenia odwykowego
46.	Odsetek osób zachowujących abstynencję (w tym kobiet w ciąży)
47.	Odsetek konsumentów spożywających alkohol ryzykownie lub szkodliwie
48.	Liczba osób pijących alkohol szkodliwie objętych świadczeniami opieki leczenia odwykowego
49.	Odsetek młodzieży spożywającej alkohol
50.	Odsetek młodzieży upijającej się
51.	Liczba osób doprowadzonych do wytrzeźwienia
52.	Liczba sprawców czynów karalnych pod wpływem alkoholu
53.	Liczba wykrytych kierowców prowadzących pojazd pod wpływem alkoholu
54.	Liczba nietrzeźwych sprawców wypadków i kolizji drogowych
55.	Liczba zrealizowanych działań o charakterze edukacji publicznej, w tym publikacji, emisji, kampanii
56.	Liczba działań edukacyjnych kierowanych do osób spożywających alkohol ryzykownie lub szkodliwie
57.	Liczba powiatów zapewniających ambulatoryjne świadczenia w zakresie terapii uzależnienia

58.	Liczba gmin realizujących rekomendowane programy profilaktyczne
59.	Liczba młodzieży uczestniczącej w programach profilaktycznych realizowanych na terenie szkół, placówek opiekuńczo-wychowawczych, zakładów resocjalizacyjnych i poprawczych
60.	Wysokość środków przeznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia w zakresie leczenia odwykowego
61.	Liczba działań edukacyjnych (konferencji, szkoleń, publikacji) uczących różnorodnych metod leczenia osób uzależnionych
62.	Liczba skazanych, objętych terapią uzależnienia od alkoholu w zakładach karnych
63.	Zawartość energii z tłuszczu w łącznej wartości energetycznej diety oraz zawartości energii z kwasów tłuszczowych
64.	Spożycie artykułów żywnościowych na mieszkańca, a także spożycie według grup społeczno-ekonomicznych z uwzględnieniem podziału terytorialnego
65.	Odsetek osób niedożywionych w ogólnej populacji
66.	Odsetek osób z nadwagą w ogólnej populacji
67.	Odsetek osób z otyłością w ogólnej populacji
68.	Odsetek osób z zaburzeniami odżywienia w ogólnej populacji
69.	Odsetek osób z nadwagą wśród dzieci i młodzieży
70.	Odsetek osób z otyłością wśród dzieci i młodzieży
71.	Odsetek osób z zaburzeniami odżywienia wśród dzieci i młodzieży
72.	Odsetek uczniów spożywających posiłki w szkołach
73.	Odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią
74.	Liczba spożywanych warzyw w kg na 1 mieszkańca
75.	Liczba spożywanych owoców w kg na 1 mieszkańca
76.	Liczba spożywanego mięsa w kg na 1 mieszkańca
77.	Liczba spożywanych tłuszczu zwierzęcych w kg na 1 mieszkańca
78.	Liczba spożywanych tłuszczu roślinnych w kg na 1 mieszkańca
79.	Liczba spożywanego mleka (krowiego) w litrach na 1 mieszkańca
80.	Liczba spożywanych ryb w kg na 1 mieszkańca
81.	Liczba spożywanego cukru w kg na 1 mieszkańca
82.	Liczba szkół mających sale gimnastyczne i realizujące nowy program wychowania fizycznego
83.	Liczba gmin zapewniających podstawowe warunki do aktywności ruchowej mieszkańców (infrastruktura)
84.	Odsetek osób uprawiających w wolnym czasie różne formy aktywności ruchowej
85.	Odsetek dzieci i młodzieży uprawiających w wolnym czasie różne formy aktywności ruchowej
86.	Odsetek dzieci w wieku szkolnym biorąca udział w lekcjach wychowania fizycznego
87.	Wskaźnik sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży (testy)

88.	Częstotliwość uczestnictwa dorosłych Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej
89.	Poziom rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w różnych grupach społeczeństwa
90.	Liczba osób używających regularnie substancji psychoaktywnych w sposób powodujący problemy (narkomanów)
91.	Wskaźnik zakażeń HIV, HCV oraz zachorowań na AIDS wśród osób używających substancji psychoaktywnych
92.	Wskaźnik zgonów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych
93.	Poziom marginalizacji społecznej narkomanów
94.	Liczba osób przyjętych do leczenia w stacjonarnych placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych
95.	Ceny narkotyków na nielegalnym rynku
96.	Dostępność narkotyków w poszczególnych grupach społeczeństwa
97.	Wskaźnik konfiskat substancji nielegalnych
98.	Odsetek kobiet wykonujących test na HIV po wizycie u lekarza ginekologa
99.	Wskaźnik umieralności z powodu chorób układu oddechowego
100.	Wskaźnik umieralności z powodu chorób układu krążenia
101.	Zapadalność na ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego
102.	Zapadalność na choroby zawodowe
103.	Zapadalność na choroby zakaźne i inwazyjne ogółem
104.	Zapadalność na alergiczne i niealergiczne choroby układu oddechowego i skóry
105.	Zapadalność na raka płuc
106.	Częstość występowania podwyższonego stężenia ołowiu w krwi dzieci w miastach
107.	Częstość występowania niskiej masy urodzeniowej
108.	Częstość występowania wad wrodzonych u noworodków
109.	Wskaźnik wielkości emisji i misji zanieczyszczeń powietrza
110.	Wskaźnik jakości wody
111.	Odsetek obiektów użyteczności publicznej o złym stanie sanitarnym
112.	Odsetek obiektów ochrony zdrowia o złym stanie sanitarnym
113.	Odsetek obiektów oświatowo-wychowawczych o złym stanie sanitarnym
114.	Odsetek obiektów produkcji żywności i żywienia o złym stanie sanitarnym
115.	Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu C
116.	Wskaźnik występowania zakażeń szpitalnych
117.	Zapadalność na choroby odzwierzęce
118.	Liczba zakażeń patogenami alarmowymi w szpitalach

119.	Odsetek dzieci i młodzieży objętych profilaktycznymi badaniami lekarskimi
120.	Liczba pielęgniarek szkolnych
121.	Częstość występowania otyłości w populacji osób w wieku szkolnym
122.	Częstość występowania depresji i innych zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży
123.	Częstość samobójstw i prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży
124.	Umieralność z powodu urazów i zatruc dzieci i młodzieży
125.	Wskaźnik hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu urazów i zatruc
126.	Liczba dzieci i młodzieży poszkodowanych w wypadkach drogowych
127.	Częstość występowania chorób przenoszonych drogą płciową (HIV)
128.	Częstość występowania ciąży wśród małoletnich
129.	Liczba dzieci będących ofiarami przemocy domowej i rówieśników w szkole
130.	Odsetek młodzieży 15-18 lat, która regularnie pali papierosy
131.	Odsetek młodzieży 15-18 lat, która regularnie pali marihuanę
132.	Odsetek młodzieży 15-18 lat, która regularnie upija się
133.	Odsetek młodzieży 15-18 lat, która osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej
134.	Odsetek młodzieży 15-18 lat, która codziennie spożywa warzywa i owoce
135.	Odsetek młodzieży 15-18 lat, która rzadko spożywa słodkie i słodkie napoje gazowane
136.	Odsetek młodzieży 15-18 lat, która pozytywnie ocenia swoje zdrowie
137.	Odsetek młodzieży 15-18 lat, która jest zadowolona z życia i rzadko odczuwa dolegliwości psychosomatyczne
138.	Liczba niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 r.ż.
139.	Wskaźnik umieralności w populacji powyżej 60 r.ż.
140.	Liczba lat wolnych od niepełnosprawności (HALE)
141.	Przeciętne dalsze trwanie życia osób powyżej 60 r.ż.
142.	Liczba oddziałów geriatrycznych
143.	Liczba zol, zpo
144.	Liczba poradni geriatrycznych
145.	Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry
146.	Poziom życia gospodarstw domowych osób starszych
147.	Liczba osób niepełnosprawnych
148.	Liczba kobiet niepełnosprawnych
149.	Liczba mężczyzn niepełnosprawnych

150.	Liczba osób niepełnosprawnych mieszkających w miastach
151.	Liczba osób niepełnosprawnych mieszkających na wsi
152.	Liczba osób z lekkim stopniem niepełnosprawności
153.	Liczba osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
154.	Liczba osób z znacznym stopniem niepełnosprawności
155.	Liczba osób niepełnosprawnych według poziomu wykształcenia
156.	Liczba osób niepełnosprawnych według głównego źródła utrzymania i statusu zatrudnienia
157.	Poziom życia gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych lub ich rodzin
158.	Liczba obiektów użyteczności publicznej przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych
159.	Instytucjonalne formy wsparcia osób niepełnosprawnych
160.	Liczba programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego
161.	Liczba organizacji pozarządowych działających w zakresie ochrony zdrowia
162.	Wskaźnik śmiertelności poudarowej
163.	Umieralność z powodu chorób naczyń mózgowych
164.	Odsetek osób niepełnosprawnych z powodu udaru mózgu
165.	Liczba rent z powodu udaru mózgu
166.	Liczba osób niezdolnych do pracy z powodu udaru mózgu
167.	Zapadalność na POChP
168.	Chorobowość z powodu POChP
169.	Umieralność z powodu POChP
170.	Liczba nowych świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób reumatycznych
171.	Liczba chorych na choroby reumatyczne
172.	Wskaźnik hospitalizacji z powodu chorób reumatycznych
173.	Wskaźnik hospitalizacji z powodu chorób nowotworowych
174.	Wskaźnik hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia
175.	Liczba świadczeniobiorców leczonych w ramach AOS na choroby reumatyczne
176.	Liczba świadczeniobiorców leczonych w ramach AOS na choroby nowotworowe
177.	Liczba świadczeniobiorców leczonych w ramach AOS na choroby układu krążenia
178.	Liczba nowo orzekanych rent z powodu chorób reumatycznych
179.	Liczba programów promocji zdrowia
180.	Liczba jednostek samorządu terytorialnego realizujących programy polityki zdrowotnej

181.	Liczba programów adresowanych do osób po 50 roku życia
182.	Liczba programów adresowanych do osób powyżej 65 roku życia
183.	Liczba publikacji na temat profilaktyki chorób i promocji zdrowia
184.	Liczba kampanii emitowanych w środkach masowego przekazu z zakresu promowania zdrowia
185.	Liczba realizowanych programów zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia
186.	Liczba programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia

Uzasadnienie

1. Uzasadnienie podjęcia prac

Niniejszy Program jest wydawany na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września o zdrowiu publicznym.

Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania ulegają systematycznej poprawie w ostatnich dziesięcioleciach. Wśród najistotniejszych czynników wpływających na tę sytuację można wymienić poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i dbałość o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Ich efektem jest nieustająca poprawa stanu zdrowia Polaków. Jednak umieralność i przeciętna długość życia w naszym kraju są wciąż na poziomie gorszym niż wynoszą średnie wskaźniki dla krajów Unii Europejskiej, a poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybki sposób¹. Społeczeństwo jest obciążone istotnie chorobami cywilizacyjnymi, powodowanych przede wszystkim stylem życia. Koszty tych chorób cywilizacyjnych, liczone w dziesiątkach miliardów złotych rocznie, kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na zapobieganie tym chorobom. Jak pokazują zagraniczne badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można zapobiegać. Wg szacunków WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie zapobiec redukując narażenie na czynniki ryzyka.

Całkowite koszty chorób sercowo-naczyniowych (hospitalizacje, leki, produktywność utracona z powodu wcześniejszych rent i emerytur, przedwczesna umieralność, zwolnienia chorobowe itd.) wyniosły w 2011 r. 42 mld zł². Wzrost kosztów związanych z chorobami sercowo-naczyniowymi będzie jeszcze silniejszy i zdecydowanie bardziej dotkliwy dla gospodarki. Szacuje się, że całkowite koszty związane z tą grupą chorób wzrosną z obecnych 42 mld zł rocznie do 93,0 mld zł w 2030 r., z czego koszty bezpośrednie (świadczenia zdrowotne i leki) wyniosą 39,6 mld zł (obecnie 15,3 mld zł), zaś pośrednie – 53,3 mld zł (obecnie 26,7 mld zł). Według danych Instytutu Żywności i Żywienia otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln hospitalizacji w Rzeczypospolitej Polskiej, a leczenie otyłości i jej powikłań pochłania 21% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia (tj. 14,5 mld zł). Liczba zgonów w Polsce z powodu chorób uznanych jako zależnych od palenia tytoniu jest szacowana na ok. 67 tys.

1 „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Warszawa 2012 r., str. 11-12.

2 „Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce, Stan obecny i prognoza do 2030 roku”, KPMG Polska 2012 r.

rocznie (a zatem nawet co piąty zgon jest efektem palenia tytoniu). Dodatkowo straty spowodowane wyłącznie biernym paleniem tytoniu sięgają 5,5 mld zł³.

Rosnące w zastraszającym tempie koszty opieki zdrowotnej należy zestawić z niekorzystnymi prognozami demograficznymi, które to czynniki w istotny sposób będą determinować przyszły rozwój gospodarczy. Najnowsze prognozy wskazują na dalszy spadek liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej oraz istotne zmiany w strukturze wieku populacji. Zdecydowanie niepokoi fakt, że największe ubytki następują w grupie osób w wieku produkcyjnym. O ile w 2013 r. liczba Polaków w tej grupie przekraczała 24 mln, o tyle w 2050 r. będzie to już tylko 19 mln. Zatem tak istotna jest dbałość o dobry stan zdrowia osób, które będą przyczyniać się do podtrzymania i rozwoju gospodarki. Jednym ze szczególnie ważnych aspektów branych pod uwagę przy analizie kosztów społecznych chorób są nie tylko wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia ponoszone na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ale także koszty związane z niezdolnością do pracy.

Prognozowany gwałtowny wzrost wydatków związanych z chorobami cywilizacyjnymi, które bardzo istotnie obciążą Narodowy Fundusz Zdrowia, będą miały istotny wpływ na budżet państwa przy jednoczesnym spadku liczby osób utrzymujących stabilność finansową z podatków i składek zdrowotnych. Pogorszenie stanu zdrowia społeczeństwa wpłynie na wszystkie sektory, zmniejszy produktywność i spowoduje konieczność alokowania dodatkowych środków na leczenie kosztem innych działów administracji.

Wśród największych problemów zdrowia publicznego wymienia się choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, cukrzycę oraz choroby psychiczne, które powodowane są m.in. przez palenie wyrobów tytoniowych, nadmierne spożycie alkoholu, nieprawidłową dietę oraz niewystarczającą aktywność fizyczną⁴. Bardzo istotną kwestią są również tzw. przyczyny zewnętrzne, przede wszystkim wypadki drogowe, powodujące wiele zgonów i przyczyniające się do powstawania niepełnosprawności⁵.

Zapewnienie obywatelom dostępu do ochrony zdrowia polegające przede wszystkim na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. medycyny naprawczej) może przyczynić się jedynie w niewielkim stopniu do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji. Niezbędne jest wdrożenie systematycznych oddziaływań mających na celu zmniejszenie skali występowania głównych czynników ryzyka powstawania wspomnianych chorób niezakaźnych i urazów, wczesne wykrywanie chorób, a także kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych,

3 Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009-2010, Ministerstwo Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia 2010 r.

4 "Global status report on noncommunicable diseases 2014", Światowa Organizacja Zdrowia, 2014 r. str. 9.

5 „Sytuacja Zdrowotna ludności”..., str. 224.

ułatwianie dokonywania właściwych wyborów i kreowanie warunków środowiska (w tym społeczno-ekonomicznego) umożliwiającym zachowanie i poprawę zdrowia.

Wszelkie działania podejmowane przez instytucje i podmioty zajmujące się tą problematyką powinny być ukierunkowane na promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i wyrównywanie nierówności zdrowotnych (obserwowanych przykładowo w dużym zróżnicowaniu oczekiwanej długości życia pomiędzy regionami i grupami społecznymi). Dla zdrowia publicznego kluczowa jest również trwała współpraca międzysektorowa na wszystkich szczeblach administracji rządowej i samorządowej, na każdym etapie organizowania działań z zakresu zdrowia publicznego.

Zmiany dla zdrowia publicznego są możliwe nie tylko poprzez programy polityki zdrowotnej i programy zdrowotne oraz kampanie społeczne. Konieczne jest także kształtowanie środowiska pracy, nauki i odpoczynku, aby możliwe było prowadzenie prozdrowotnego stylu życia. Ponadto istotne jest zachęcanie do zachowań poprawiających stan zdrowia i zmniejszanie narażenia na szkodliwe czynniki. Oprócz prowadzonych działań polegających na edukacji i promocji zdrowia istnieją znacznie większe możliwości oddziaływania na czynniki warunkujące zdrowie. Przede wszystkim są to działania o charakterze regulacyjnym – wprowadzające zakazy (np. palenia), nakazy (np. obowiązek zapinania pasów bezpieczeństwa w samochodzie), a także cała gama rozwiązań o charakterze fiskalnym (zmiana struktury opodatkowania żywności zalecanej do spożycia lub używek). Narzędziem służącym do realizacji tych celów jest też dokonywanie stosownych zmian legislacyjnych przez ministrów innych niż Minister Zdrowia, a także działania podejmowane przez władze lokalne. Koszt finansowy związany z ich wprowadzeniem jest niewielki, a relacja do efektów znacznie bardziej korzystna w porównaniu do programów interwencyjnych. Jednakże uzyskanie konsensusu różnych środowisk i interesariuszy w procesie uzgadniania realizowanej polityki wymaga najczęściej prowadzenia intensywnego dialogu i szukania trudnych kompromisów.

Dzięki realizacji zadań zaplanowanych do realizacji na podstawie Programu możliwa będzie znacząca poprawa sytuacji zdrowotnej i zbliżenie się przynajmniej do poziomu średniej wartości analizowanych wskaźników dla państw członkowskich Unii Europejskiej. Długość życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej była w 2012 r. krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – kobiet o 2,1 lat, a mężczyzn o 4,8 lat. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa i tempo wzrostu długości trwania życia ludności kraju będzie nadal takie jak w ostatnich latach, to obecna

średnią długość życia dla krajów Unii Europejskiej osiągniemy w przypadku kobiet w latach 2021–2022, a w przypadku mężczyzn dopiero 10 lat później – tj. w latach 2031–2032⁶.

Zgodnie z ustawą zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń dla zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności: dzieci, młodzieży i osób starszych;
- 3) promocję zdrowia;
- 4) profilaktykę chorób;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.

Powyższe zadania zostały przyporządkowane do poszczególnych celów operacyjnych, określonych na podstawie prognoz i analizy sytuacji zdrowotnej i demograficznej, a także danych o rozpowszechnieniu czynników ryzyka. Jako cele operacyjne przyjęto:

- 1) poprawę sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa;
- 2) zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa;
- 3) ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych;
- 4) poprawę zdrowia psychicznego;
- 5) ograniczenie narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka dla zdrowia somatycznego;
- 6) poprawę zdrowia osób starszych.

Zadania określone w Programie mają dwojaki charakter. Pierwsza grupa zadań to zadania własne administracji rządowej i samorządowej, wynikające z kompetencji przypisanych dla poszczególnych działów administracji rządowej lub z ustaw nakładających poszczególne obowiązki na jednostki samorządu terytorialnego. Druga grupa zadań obejmuje nowe interwencje, które nie stanowią zadań własnych administracji rządowej i samorządowej i które

wymagają wsparcia finansowego ze środków przewidzianych na realizację Programu.

Nadrzędnym celem, który powinien być osiągnięty poprzez realizację Programu jest wydłużenie życia w zdrowiu i dobrej jakości życia poprzez oddziaływanie na czynniki ryzyka i społeczne nierówności w zdrowiu. Wprowadzenie Programu umożliwi osiągnięcie wielu korzystnych efektów, wśród których do najważniejszych należy zmniejszenie narażenia na czynniki ryzyka odpowiedzialne za większość przewlekłych chorób niezakaźnych. Zadania z zakresu zdrowia publicznego, polegające na zwiększaniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyce chorób, tworzeniu środowisk sprzyjających zdrowiu, ułatwianiu podejmowania wyborów prozdrowotnych przyczynią się do dalszego wydłużenia życia, w tym życia bez choroby i niepełnosprawności, zmniejszenia zapadalności, chorobowości i przedwczesnej umieralności – przede wszystkim z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych. Interwencje muszą być prowadzone z uwzględnieniem konieczności przeciwdziałania nierównościom społecznym w zdrowiu.

Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego przewidzianych w ustawie i Narodowym Programie Zdrowia przyczyni się do wielu korzystnych zmian zdrowotnych. Podstawowe z nich obejmą:

- 1) zmniejszenie odsetka palących o 2% do 2020 r.;
- 2) zatrzymanie wzrostu otyłości i cukrzycy do 2025 r.;
- 3) zmniejszenie odsetka osób nieuprawiających aktywności fizycznej o 10% do 2025 r.;
- 4) zmniejszenie liczby osób pijących szkodliwie alkohol o 10% do 2025 r.;
- 5) długofalowym efektem będzie wydłużenie trwania życia do 78 lat (mężczyźni) i 84 lat (kobiety) w 2030 r. oraz zmniejszenie różnicy w przeciętnej długości życia między kobietami a mężczyznami z 8 lat do 6 lat.

Trudno oszacować precyzyjnie oszczędności z tytułu poprawy stanu zdrowia wynikającej ze zmniejszenia zapadalności i umieralności na choroby cywilizacyjne, jednak z pewnością będą one liczone w miliardach złotych rocznie. Dopiero wieloletnie monitorowanie prowadzone w ramach Narodowego Programu Zdrowia umożliwi przeprowadzenie dokładnych kalkulacji.

Zadania zaplanowane do realizacji na podstawie Programu są w dużym stopniu zgodne z priorytetami zdrowotnymi określonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie priorytetów zdrowotnych⁷ wydanym na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. Nr 137, poz. 1126).

świadczeniach opieki zdrowotnej finansanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581).

W Rzeczypospolitej Polskiej, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, w ciągu kilkudziesięciu lat po II wojnie światowej zbudowano powszechny i osiągalny system opieki zdrowotnej, który w wysokim stopniu zapewnił dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej adekwatnych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Poprawa warunków życia, uzyskana dzięki propagowaniu zasad higieny, walce z chorobami zakaźnymi, przy jednoczesnym zabezpieczeniu potrzeb społecznych i ekonomicznych społeczeństwa, przyczyniła się do znacznego wydłużenia życia oraz zmniejszenia umieralności ogólnej i chorobowości. Jednakże dynamiczny trend poprawy stanu zdrowia i stopniowego zbliżania się do sytuacji obserwowanej w krajach zachodnich, z lat 90-tych XX wieku, uległ w ostatnich latach stopniowemu spowolnieniu. Jedną z przyczyn tego spowolnienia jest fakt, iż proces poprawy stanu zdrowia społeczeństwa nie przebiega równomiernie - obserwuje się zauważalne nierówności w stanie zdrowia odzwierciedlające zróżnicowane warunki społeczno-ekonomiczne życia ludności. Przykładowo osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogą oczekiwać, że będą żyły znacznie dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym lub niższym – mężczyźni o około 12 lat, a kobiety o około 5 lat. Z kolei najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są miasta poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej. Przeciętnie najdłużej żyją natomiast mieszkańcy największych miast. Drugim problemem jest rosnące rozpowszechnienie chorób uwarunkowanych stylem życia. W krajach wysokorozwiniętych stan zdrowia populacji zależy w głównej mierze od indywidualnych zachowań ludzi, o szacunkowym wpływie 55%-65% na zdrowie ludzi⁸. Głównym problemem zdrowotnym Polaków jest dziś obciążenie przewlekłymi chorobami niezakaźnymi wynikającymi ze stylu życia: chorobami układu sercowo-naczyniowego (zawały serca, udary mózgu, nadciśnienie tętnicze), nowotworami (głównie rak płuca oraz rak piersi), cukrzycą, a także chorobami układu oddechowego. Złożoność przyczyn tych jednostek chorobowych powoduje, że wiele działań podejmowanych od kilku dekad wyłącznie przez sektor ochrony zdrowia nie pozwala na osiągnięcie zadowalających efektów populacyjnych.

Zjawisku rozpowszechniania chorób cywilizacyjnych towarzyszy dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii medycznych, w tym farmakoterapii. Pojawienie się tych technologii

⁸ Obok czynników związanych ze środowiskiem psychospołecznym oraz fizycznym (15%-20% wpływu na zdrowie ludzi), czynników genetycznych (około 10%-15% wpływu na zdrowie ludzi) oraz wpływu systemu medycznej opieki zdrowotnej (około 5%-10% wpływu na zdrowie ludzi).

pociąga za sobą olbrzymie nakłady finansowe, które przekładają się na wzrastający koszt terapii jednostkowej. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że w latach 1940–1990 nakłady na opiekę zdrowotną wzrosły o 790%, przy czym aż 49–65% tego wzrostu wynika jedynie z pojawienia się nowych technologii medycznych⁹. Wzrost kosztów terapii jest znacznie większy niż przyrost PKB, co sugeruje, że przy braku wdrożenia działań przeciwdziałających rozwojowi chorób państwo nie będzie w stanie zapewnić powszechnego dostępu do nowoczesnych terapii. Możliwość podniesienia oczekiwanej długości życia, czy zmniejszenia umieralności wyłącznie przy pomocy interwencji medycznych (tzw. medycyny naprawczej), jest bardzo ograniczona. Pomimo, że przeznaczana się na nią przeciętnie 95% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia, to przyczynia się ona do poprawy zdrowia w ujęciu populacyjnym jedynie we wspomnianych kilku- kilkunastu procentach. Dzięki postępowi technologii medycznych udało się znacznie poprawić wyniki leczenia chorób nowotworowych, zawałów serca czy udarów mózgu, jednak nie udało się dotąd wprowadzić spójnego modelu prozdrowotnej polityki publicznej pozwalającej na skuteczne przeciwdziałanie tym chorobom i ograniczanie nierówności wynikających z czynników społeczno-ekonomicznych.

Nowym rozdziałem w podejściu do zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa w Rzeczypospolitej Polskiej jest niewątpliwie ustawa z dnia 11 września o zdrowiu publicznym. Niniejszy Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „Programem”, określany na podstawie tej ustawy, jest podstawowym dokumentem polityki zdrowia publicznego. Program stanowi dopełnienie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, finansowanego przede wszystkim ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczanych na leczenie chorób oraz ograniczony zakres działań profilaktycznych. Podstawowym założeniem Programu jest praktyczna implementacja generalnej zasady polityki Unii Europejskiej i WHO wskazującej, że zdrowie powinno być obecne we wszystkich politykach, a nie stanowić wyłącznie wyodrębniony element polityki zdrowotnej, a także zwiększenie udziału i ważności zadań polegających na promocji zdrowia i profilaktyce chorób wśród aktywności finansowanych ze środków publicznych na rzecz zdrowia. Wiele państw już dziś buduje swą politykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i ekonomiczne, sprzyja niwelacji nierówności na różnych płaszczyznach, buduje dobrobyt i dalszy stabilny rozwój. Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi Program na lata 2016-2020 pozostaje zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia pt. „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek”, uzupełniane przez plany działania w poszczególnych grupach problemów

⁹ Smith S, Heffler S, Freeland M: The impact of technological change on health care cost spending: an evaluation of the literature, Health Care Financing Administration, Centers of Medicaid and Medicare Services 2000

zdrowotnych¹⁰ i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”¹¹ oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”¹², uzupełnianą również przez dokumenty wykonawcze¹³. Wizja międzynarodowej polityki rozwojowej, w tym odnosząca się do zdrowia, jest uwzględniona w szeregu dokumentów strategicznych opracowanych i realizowanych w ramach systemu zarządzania rozwojem kraju. Problemy ochrony zdrowia oraz cele i kierunki interwencji w tym obszarze zostały uwzględnione w Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030 – DSRK oraz Strategii Rozwoju Kraju 2020 – ŚSRK, oraz w strategiach zintegrowanych, w szczególności w:

- 1) Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego;
- 2) Strategii Sprawne Państwo;
- 3) Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego – Regiony – miasta – obszary wiejskie;
- 4) Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki Dynamiczna Polska 2020;
- 5) Strategii Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa na lata 2012-2020.

Celem głównym Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030 – Trzecia Fala Nowoczesności jest poprawa jakości życia Polaków. W DSRK inwestycje w zdrowie traktowane są jako tzw. wydatki prorozwojowe, dzięki którym możliwe jest dążenie do kompleksowego rozwoju „jakości życia” jako dobrostanu w różnych obszarach bytu, które przejawia się m.in. w długości życia w zdrowiu. Strategia Rozwoju Kraju 2020 wskazuje sposób osiągnięcia wskaźników szczegółowych, określonych w strategiach zintegrowanych. Działania z zakresu zdrowia publicznego, zmierzające w konsekwencji do wydłużenia aktywności zawodowej, są jednym ze strategicznych zadań państwa w perspektywie średniookresowej. W ramach urzeczywistniania idei zdrowego starzenia się priorytetowe znaczenie będą miały precyzyjnie adresowane działania profilaktyczne, kampanie informacyjne popularyzujące zdrowy styl życia, w tym przede wszystkim w środowisku pracy. Działania profilaktyczne ukierunkowane powinny być przede wszystkim na przeciwdziałanie i zwalczanie chorób cywilizacyjnych.

¹⁰ „Jak np. „European Mental Health Action Plan ” czy “European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020”

¹¹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 oraz http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf

¹² Komunikat Komisji Europejskiej Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, KOM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 03.03.2010 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServLexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>.

¹³ Jak np. “EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020”

Rozwój systemu ochrony zdrowia do 2020 r. został określony w przyjętym w 2014 r. przez Ministra Zdrowia dokumencie „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. Krajowe ramy strategiczne polityki w obszarze ochrony zdrowia określają kierunek działań oraz priorytety w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej oraz profilaktyki. W dokumencie określono cele operacyjne, których realizacja przez system ochrony zdrowia ma przyczynić się do wypełnienia celu europejskiego. Znalazł się wśród nich rozwój profilaktyki i diagnostyki ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Rzeczypospolitej Polskiej, przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym oraz inne działania o charakterze systemowym, konieczne w procesie dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych. Program na lata 2016-2020 jest także komplementarny względem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁴. Konieczne jest jednak podkreślenie, że istniejące rozwiązania w postaci finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, ukierunkowane przede wszystkim na leczenie konsekwencji zdrowotnych niewłaściwego stylu życia oraz działania czynników środowiskowych, w tym również społecznych, nie pozwalają na uzyskanie znaczącej poprawy zdrowia publicznego. Niniejszy Program stanowi kontynuację Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, przyjętego uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. Wnioskami z koordynacji Programu przez Zespół Koordynacyjny, ustanowiony w drodze zarządzenia Prezesa Rady Ministrów Nr 108 z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, było m.in. ograniczenie liczby celów Programu, zapewnienie stałego finansowania Programu i poprawa sprawozdawczości dotyczącej realizacji zadań przez jednostki samorządu terytorialnego.

Zdrowie społeczeństwa jest fundamentem rozwoju gospodarczego państw rozwiniętych, w sposób bezpośredni wpływa na jakość kapitału ludzkiego i stanowi najbardziej efektywną inwestycję w rozwój. Efektywność działań podejmowanych w obszarach nakreślonych w Programie zależy od wielu czynników. Specyfika interwencji w zdrowiu publicznym powoduje, że oczekiwane rezultaty przyniesie jedynie wspólny, ciągły i skoordynowany wysiłek administracji rządowej i samorządowej, specjalistów z różnych dziedzin, nie tylko zdrowia rozumianego przez pryzmat medycyny naprawczej ale również organizacji społeczeństwa obywatelskiego czy sektora prywatnego.

2. Opis sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowań

Sytuacja demograficzna

¹⁴ Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

Najnowsze prognozy wskazują na ciągły spadek liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej oraz istotne zmiany w strukturze wieku populacji. W najbliższym czasie liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym będzie się sukcesywnie zmniejszać przy jednoczesnym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Szacuje się, że odsetek osób starszych będzie wyższy od przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej. Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej w 2050 r. wyniesie 34 miliony. Niekorzystne prognozy demograficzne to istotny czynnik determinujący przyszły rozwój gospodarczy. Polska gospodarka będzie musiała się zmierzyć nie tylko ze stopniowym ubytkiem liczby ludności, lecz także z procesem starzenia się społeczeństwa. Czynniki te powodują, że na rynek pracy wchodzi coraz mniej liczne roczniki oraz zwiększa się udział osób starszych w grupie aktywnych zawodowo. Procesy te z pewnością narzucą nowe wymagania związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi, kształceniem pracowników czy wyposażeniem stanowisk, a nawet całych zakładów pracy. Zmiany te w konsekwencji zwiększą obciążenia systemu emerytalnego i będą stanowić poważne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Zdecydowanie niepokoi fakt, że największe ubytki następują w grupie osób w wieku produkcyjnym. O ile w 2013 r. liczba Polaków w tej grupie przekraczała 24 miliony, o tyle w 2050 r. będzie to już tylko 19 milionów. Z kolei liczba Polaków w wieku poprodukcyjnym wzrośnie w tym okresie z 6,5 miliona do 10 milionów - co oznacza, że populacja ta będzie stanowiła prawie 1/3 ludności kraju. Efektem tych zmian będzie również wzrost liczby zgonów na przestrzeni kolejnych lat, która – jak pokazują dostępne dane – będzie rosła stopniowo do 2043 r.¹⁵ Długość życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – mężczyzn o 4,8 lat, a kobiet o 2,1 lat. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, a tempo wzrostu długości trwania życia będzie takie samo jak na przestrzeni ostatnich lat, to obecna średnia długość życia dla mieszkańców krajów Unii Europejskiej zostanie osiągnięta w latach 2031-2032 (w przypadku mężczyzn) i w latach 2021-2022 (w przypadku kobiet)¹⁶. Wskaźnik długości życia jest bowiem warunkowany czynnikami społecznymi. Należy do nich poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i zamożność. Oszacowano, że w 2010 r. w Rzeczypospolitej Polskiej osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogły oczekiwać, że będą żyły znacznie dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczo-zawodowym lub niższym. Nie bez znaczenia pozostaje także miejsce zamieszkania

¹⁵ Raport Głównego Urzędu Statystycznego „Prognoza ludności na lata 2014-2050”, Warszawa 2014

¹⁶ „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, red. B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz, Warszawa 2012 r.

- jak wspomniano powyżej najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej są małe miasta - ich mieszkańcy żyją najkrócej.

Sytuacja zdrowotna i jej uwarunkowania

Obciążenie populacji problemami zdrowotnymi i struktura umieralności w ciągu ostatnich lat nie uległy istotnym zmianom. Prawie połowa zgonów jest następstwem chorób układu sercowo-naczyniowego. Choroby te stanowią jednocześnie jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz niepełnosprawności. Wpływają w znaczący sposób na jakość życia społeczeństwa, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym. Główną rolę wśród chorób układu krążenia odgrywają: choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca (45,8 tys. zgonów w tym zawał 17,8 tys., a więc odpowiednio 26% i 10% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych), choroby naczyń mózgowych (35,6 tys. zgonów, 20% całej grupy), zespół sercowo-płucny i inne choroby serca (51,5 tys. zgonów, 30%) oraz miażdżycy (31,4 tys. zgonów, 18%). Drugą grupą chorób istotnie obciążających społeczeństwo są nowotwory złośliwe. Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn są nowotwory płuca stanowiące około 1/5 zachorowań na nowotwory. W dalszej kolejności znajduje się rak gruczołu krokowego (13%), rak jelita grubego (12%) i rak pęcherza moczowego (7%). Wśród dziesięciu najczęstszych nowotworów u mężczyzn znajdują się również nowotwory żołądka, nerki, krtani, białaczki i chłoniaki. Wśród kobiet nowotworem jest rak piersi stanowiący ponad 1/5 zachorowań na nowotwory. Nowotwory jelita grubego są drugim co do częstości nowotworem u kobiet (10%). Trzecie miejsce zajmuje rak płuca (9%). W dalszej kolejności występują nowotwory trzonu macicy (7%), jajnika (5%), szyjki macicy, nerki, żołądka i tarczycy¹⁷. Jeżeli spośród chorób nowotworowych wydzielić te występujące w układzie oddechowym i połączyć je z POChP, to wówczas schorzenia układu oddechowego wysuną się na drugie lub co najwyżej trzecie miejsce przyczyn przedwczesnych zgonów. Wg danych zawartych w Konkluzjach Rady Unii Europejskiej z dnia 2 grudnia 2011 r. pn. „Profilaktyka, wczesne wykrywanie i leczenie przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci” (2011/C 361/05) przyjętej przez 27 krajów unijnych podczas polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, alergię górnych dróg oddechowych, dotyczącą około 1/4 populacji Rzeczypospolitej Polskiej, powoduje ryzyko nawet 9-cio krotnie wyższego zachorowania na astmę. Astma (dotykająca od 12% do 16% populacji), obok palenia tytoniu jest największym czynnikiem ryzyka rozwoju POChP, zwiększając szansę na zachorowania aż 12-krotnie. Dodatkowo schorzenia te mają całożyciowy charakter i zmniejszają istotnie sprawność populacji nimi dotkniętą. Właściwa promocja zdrowia, szczególnie oparta na kontrolowaniu

¹⁷ Krajowy Rejestr Nowotworów.

środowiskowych czynników ryzyka (zanieczyszczenie środowiska w miejscu zamieszkania i pracy, palenie tytoniu) może istotnie zmniejszyć w perspektywie krótko- i długoterminowej niepełnosprawność, liczbę przedwczesnych zgonów i ograniczyć koszty leczenia chorób układu oddechowego. Kolejny istotny aspekt zdrowia to stan zdrowia psychicznego. W październiku 2012 r. opublikowano wyniki reprezentatywnego badania stanu zdrowia psychicznego, przeprowadzonego na reprezentatywnej grupie 10 tysięcy osób w wieku od 18 do 65 lat. Znaczna część ankietowanych (niemal co czwarty ankietowany) przyznała, że przynajmniej raz w życiu doświadczyła jednego z objawów zaburzeń zdrowia psychicznego: m.in. fobii, lęków, rozdrażnienia lub napastliwości. U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowiły łącznie 3,5% (w tym 3% depresja). Impulsywne zaburzenia zachowania: opozycyjno-buntownicze, zachowania eksplozywne, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi rozpoznawano u 3,5% respondentów. Zdrowie psychiczne obywateli jest jednym z najważniejszych komponentów i zasobów współczesnego społeczeństwa. Choroby psychiczne mają negatywne skutki nie tylko dla osób chorych oraz ich rodziny lecz również dla całego społeczeństwa. Osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi prawie zawsze są stygmatyzowane i wyobcowane. Niezwykle często wymagają długotrwałego leczenia, które wiąże się ze stałą kontrolą. Niestety w wielu przypadkach rodziny nie są w stanie poradzić sobie z tak dużym obciążeniem. Rozwój społeczno-gospodarczy oraz zmiana stylu życia i funkcjonowanie społeczeństwa jako całości powodują, iż zdrowie psychiczne obywateli narażone jest na wiele niekorzystnych czynników ekonomicznych i społecznych. Wśród nich wymienia się brak zatrudnienia, który obejmuje nie tylko bezrobotnych, ale także rencistów, emerytów oraz gospodynie domowe. Jednocześnie osoby, które straciły partnera w wyniku rozwodu lub śmierci, są narażone na wyższe ryzyko doświadczania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń depresyjnych, lękowych, a także wykazują większą tendencję do zaburzeń zachowania. Mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety, narażone są na częstsze występowanie zaburzeń psychicznych. Do czynników ryzyka zalicza się ponadto przemoc i rozluźnienie więzi społecznych. Transformacja epidemiologiczna, która dokonała się w ostatnich dekadach w państwach rozwiniętych, nie pozwala na bagatelizowanie zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi – zarówno znanymi, lecz powracającymi często z nowym, groźnym obliczem (odporność na dotychczasowe leczenie), jak i nowo pojawiającymi się chorobami zakaźnymi, wobec których działania profilaktyczne i lecznicze są bardzo ograniczone. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Rzeczypospolitej Polskiej należy uznać za ogólnie dobrą. W ostatnich latach nie obserwowano epidemicznego występowania

chorób zakaźnych, zaś wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich. Jednakże istnieje duże zagrożenie ze strony chorób zakaźnych, w tym grypy, wirusowego zapalenia wątroby, chorób przenoszonych drogą płciową, chorób uznawanych dotychczas za niemalże niewystępujące w Polsce lub nowych zagrożeń związanych z ryzykiem zawleczenia chorób tropikalnych. Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2014 r. zarejestrowano w Polsce 18.646 przypadków zakażenia HIV, zanotowano 3.200 przypadków zachorowania na AIDS, a 1.288 chorych zmarło. Szacuje się, że zakażonych HIV w Polsce jest ok. 30-35 tys. osób. W 2014 r., podobnie jak w latach poprzednich, nowowykryte zakażenia zdecydowanie dominują u mężczyzn (nieco powyżej 82%, kobiety - 16%). Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV w 2014 r., to przede wszystkim osoby bardzo młode i młode (w przedziale wieku 20–39). Niestety nadal w większości zarejestrowanych zakażeń HIV nie jest znana prawdopodobna droga zakażenia. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest w dalszym ciągu określana jako stabilna, nie sposób jednak nie zauważyć, że z roku na rok wykrywa się coraz więcej nowych zakażeń. Istnieje konieczność podjęcia bardziej intensywnych działań na rzecz poprawy wykrywalności i profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą płciową. Istotnym problemem zdrowotnym, o bardzo dużym rozpowszechnieniu jest próchnica zębów, związana z czynnikiem zakaźnym. W ostatnich latach notuje się wysoką częstość i nasilenie próchnicy wczesnej (choroby atakującej uzębienie dzieci do 3 roku życia). W Rzeczypospolitej Polskiej ponad 50% dzieci w wieku lat 3 ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio o dzieci w tym wieku objęte próchnicą są około 3 zęby. Problem narasta z wiekiem – odsetek młodzieży z usuniętym co najmniej jednym zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 8,8%. U osób dorosłych tylko u 5% badanych nie stwierdza się nieprawidłowości ze strony przyzębia. Jednoznacznie wskazuje się na potrzebę wdrożenia ogólnopolskiego programu edukacyjnego na poziomie klas 0-3 szkół podstawowych. Istotnym problemem istniejącym w systemach opieki zdrowotnej są również zakażenia szpitalne. Szacuje się, że w przypadku 10-20% hospitalizacji dochodzi do jakiejś formy zakażenia, co istotnie pogarsza jakość opieki dla pacjentów i wpływa na wydłużenie hospitalizacji i ich koszty. Innym zagrożeniem jest zjawisko powstawania antybiotykooporności i lekooporności drobnoustrojów, wynikające z nieracjonalnego stosowania antybiotyków, skutkujące często brakiem możliwości podjęcia skutecznego leczenia i wysoką śmiertelnością.

Spośród czynników warunkujących sytuację zdrowotną społeczeństwa najistotniejsze są determinanty związane ze stylem życia. W Rzeczypospolitej Polskiej, tak jak w innych krajach,

również w szybkim tempie zwiększa się występowanie nadwagi i otyłości w społeczeństwie. W ciągu niespełna 15 lat (od 1991 r. do 2005 r.) nastąpił 2-krotny wzrost otyłości wśród mieszkańców. Obecnie według danych WHO nadwagę ma połowa osób dorosłych i jedna piąta dzieci z państw europejskich. Jak pokazują wyniki badań przeprowadzonych przez WHO w ramach Global Database on Body Mass Index na tle innych wybranych krajów wskaźnik BMI dla Rzeczypospolitej Polskiej klasyfikuje się w środkowej wartości europejskich wyników. Otyłość stanowi obecnie najczęściej występującą chorobę metaboliczną, osiągającą wg WHO rozmiary epidemii, zagrażającą rozwojowi cywilizacyjnemu i będącą w krajach rozwiniętych oraz rozwijających się jednym z największych problemów zdrowotnych – szacuje się, że ponad 1 mln zgonów rocznie w regionie europejskim WHO spowodowanych jest chorobami związanymi z nadmierną masą ciała. Szczególnie alarmujące jest zjawisko występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Roczne tempo wzrostu występowania tego rodzaju zjawiska w wieku dziecięcym stale wzrasta i obecnie jest dziesięciokrotnie wyższe w porównaniu z 1970 r. Niepokojące wyniki badań przedstawione zostały w 2010 r. przez Zakład Zdrowia Publicznego Centrum Zdrowia Dziecka (projekt pn.: „Olaf”), według których otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym w Rzeczypospolitej Polskiej wynosi obecnie od 12,6% do 18,9% populacji.

Występowanie chorób cywilizacyjnych, w tym w szczególności nadwagi i otyłości wynika ze zmian o charakterze środowiskowym, społecznym oraz gospodarczym. Brak równowagi w bilansie energetycznym, przyczyniający się do występowania chorób dietozależnych, spowodowany jest radykalnym spadkiem aktywności fizycznej i zmianą żywienia, w tym zwiększeniem spożycia żywności i napojów o wysokiej wartości energetycznej, a jednocześnie ubogich w składniki odżywcze, w połączeniu z niewystarczającym spożyciem warzyw i owoców. Z danych opublikowanych przez WHO wynika, iż dwie trzecie populacji osób dorosłych w większości krajów europejskich nie jest aktywnych fizycznie w stopniu zapewniającym osiągnięcie i utrzymanie korzyści zdrowotnych.

Z najnowszych badań Instytutu Żywności i Żywienia wynika, że prawie 30% dzieci ze szkół podstawowych jada słodycze co najmniej raz dziennie. Wśród uczniów szkół gimnazjalnych aż 38,1% dziewcząt i 28,5% chłopców spożywa słodycze przynajmniej raz dziennie, natomiast zakupy w sklepiku szkolnym robi 70% uczniów. Trend ten wykazuje znamiona globalnej pandemii. Prognoza rozpowszechnienia otyłości wśród osób dorosłych (2010-2030) przewiduje, że w 2020 r. otyłych będzie 23% mężczyzn i 17% kobiet, a do 2030 r. odsetek

otyłych mężczyzn wzrosło do 28%, a kobiet do 18%¹⁸. Występowanie nadwagi i otyłości wpływa także w istotny sposób na rozwój gospodarczy - aktualnie szacuje się, iż około 6% całości wydatków na ochronę zdrowia w Europie związanych jest z leczeniem schorzeń powiązanych z występowaniem nadwagi i otyłości u osób dorosłych. Jednocześnie należy wskazać, iż koszty pośrednie nadwagi i otyłości, takie jak: wydatki związane z przedwczesnymi zgonami, utratą zdolności do pracy, świadczeniami socjalnymi, stanowią ponad 12% całości wydatków państw europejskich przeznaczanych na ochronę zdrowia.

Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Rzeczypospolitej Polskiej jest jednym z najniższych w Europie, na co wskazują m.in. badania przeprowadzone w sześciu krajach europejskich w ramach programu CINDI WHO. Wśród zbadanych w naszym kraju osób 72,9% zakwalifikowano do prowadzących siedzący styl życia, podczas gdy np. w Finlandii do tej grupy zaliczono jedynie co dziesiątą osobę. Według badań Komisji Europejskiej (Eurobarometr, 2009), aż 49% Polaków odpowiedziało, że nigdy nie ćwiczy lub nie uprawia sportu, przy średniej dla ogółu krajów członkowskich wynoszącej 39%. Z pewną regularnością (od 1 do 4 razy w tygodniu) aktywność fizyczną uprawiało 19% Polaków, podczas gdy średnia dla całej Unii Europejskiej wynosiła 31%.

W ciągu ostatnich 30 lat obserwuje się w Rzeczypospolitej Polskiej stopniowe ograniczenie spożycia tytoniu. Mimo to palenie tytoniu niezmiennie pozostaje jedną z głównych przyczyn zgonów wśród dorosłej populacji Polaków. Odnosząc się do liczby osób cierpiących na choroby odtytoniowe istotnym jest, że liczba zgonów w kraju bezpośrednio wynikających z palenia tytoniu wynosi, zależnie od szacunków od 67 do 90 tys. przypadków rocznie. Szacuje się, że 38% wszystkich zgonów mężczyzn w wieku 38-69 lat pozostaje w związku z paleniem tytoniu z czego 55% zgonów bezpośrednio wynika z powodu nowotworu powstałego na skutek palenia tytoniu. Rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów spośród nowotworów złośliwych zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet w Rzeczypospolitej Polskiej. 94% przypadków raka płuca wśród mężczyzn i 68% wśród kobiet jest wynikiem palenia tytoniu. Oznacza to, że w kraju średnio co roku na nowotwór płuca zapada 15.713 mężczyzn oraz 4.200 kobiet. Biernie narażenie na dym tytoniowy osób niepalących powoduje dodatkowe straty. Z tego powodu rocznie umiera blisko 2.000 niepalących, głównie z powodu choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, raka płuca i przewlekłych chorób układu oddechowego. Globalny Sondaż Dotyczący Używania Tytoniu Przez Osoby Dorosłe (GATS) zrealizowany przy współpracy Ministerstwa Zdrowia w latach 2009 - 2010 wykazał, że w grupie osób w wieku 15-19 lat

¹⁸ Raport o modelowaniu otyłości osób dorosłych w Europejskim Regionie – Europejskie Biuro Regionalne WHO, 2013 r.

eksperymentowanie z paleniem tytoniu zadeklarowało 32,7% mężczyzn i 26,9% kobiet. Dodatkowo w wieku 11-17 lat regularnie palić tytoń rozpoczęło obecnie palących 39,6% mężczyzn i 28,6% kobiet. Należy również zwrócić uwagę na łatwiejszy dostęp do wyrobów tytoniowych u osób niepełnoletnich mieszkających w miastach, prawie dwie piąte osób (37,7%), które w wieku 14 lat rozpoczęły palenie, było mieszkańcami dużych aglomeracji. Ponadto osoby młode bardzo często nie są skłonne do definitywnego rzucenia palenia, przekonane, że ewentualne negatywne skutki palenia pojawią się dopiero w odległej przyszłości. Dzieci, które zaczynają palić we wczesnym dzieciństwie zazwyczaj palą w dorosłym życiu. Palenie tytoniu jest główną przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), 4-tej przyczyny przedwczesnych zgonów i jednego z głównych powodów skrócenia oczekiwanej długości życia w zdrowiu. 2,5 mln osób w Polsce jest dotkniętych tym schorzeniem, odpowiadającym za głęboką niepełnosprawność, fatalną jakość życia, znacznie większe ryzyko rozwoju chorób układu krążenia, a szczególnie jego niewydolności i znacznych kosztów bezpośrednich i pośrednich.

Kolejnym czynnikiem ryzyka zdrowotnego jest nadmierne spożycie alkoholu. Wskaźnikiem pokazującym zmiany w konsumpcji alkoholu na przestrzeni lat jest wielkość spożycia 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W 2013 r. spożycie czystego alkoholu *per capita* wyniosło 9,67l, co oznacza wzrost wobec 2012 r. o 0,51 l. Najbardziej wzrosło spożycie wyrobów spirytusowych – było wyższe o 15% w stosunku do 2012 r. i wyniosło 3,6l. Spożycie wina wyniosło 5,8l, natomiast spożycie piwa – 97,7l. Szacuje się, że w Rzeczypospolitej Polskiej uzależnionych od alkoholu jest 600-740 tys. osób¹⁹, a nadużywa alkoholu, tj. pije w sposób szkodliwy, ok. 3 mln osób²⁰. Według WHO alkohol znajduje się na drugim (po tytoniu) miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 200 rodzajów chorób i urazów wiąże się z jego spożywaniem, w tym: uzależnienia, depresje i samobójstwa, wypadki oraz utonięcia, a także choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia, zaburzenia rytmu serca, udary mózgu oraz zwiększone ryzyko powstawania nowotworów jamy ustnej, gardła, przełyku, wątroby, jelita grubego, piersi, a także wad wrodzonych płodu.

Wśród środowiskowych czynników ryzyka jednym z najbardziej istotnych z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa jest czystość powietrza. Bardzo wiele chorób (np. choroby układu oddechowego, nowotwory i inne choroby płuc, choroby układu krążenia, alergie) jest istotnie

¹⁹ Wyniki badania EZOP, Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012

²⁰ „Global status report on alcohol and health 2014”, WHO, 2014

związana z oddziaływaniem zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego w miejscu zamieszkania. Szacuje się, że ponad 80% ludności Europy zamieszkującej obszary zurbanizowane żyje na terenach, na których zanieczyszczenie powietrza wymienioną substancją przekracza zalecany przez WHO poziom, a z tego powodu przeciętna długość życia mieszkańca Europy ulega skróceniu o prawie 9 miesięcy. W ostatnich kilkudziesięciu latach udało się w Europie znacząco obniżyć emisję i poziom narażenia na działanie takich zanieczyszczeń powietrza, jak: dwutlenek siarki, tlenek węgla, benzen i ołów. Pomimo to cząstki pyłu zawieszzonego, ozon, reaktywne substancje azotowe i niektóre związki organiczne wciąż stanowią poważne zagrożenie. W Polsce w warunkach przekraczających normatywy dla zapylenia pracuje około 70 tys. pracowników. Jest to drugi po hałasie najczęstszy czynnik szkodliwy w środowisku pracy.

Z kolei hałas jest jednym z najbardziej odczuwalnych zagrożeń środowiska. WHO zaleca aby hałas w środowisku nie przekraczał 50-55 dB w dzień i 40-45 dB w nocy. Przyjmuje się, że w przypadku hałasu komunikacyjnego jego uciążliwość średnia kształtuje się w przedziale 52-62 dB, duża w przedziale 63-70 dB i bardzo duża powyżej 70 dB. Niekorzystne objawy zdrowotne są obserwowane przy długotrwałej ekspozycji na hałas już od poziomu 55 dB. Pojawiają się wtedy zmęczenie i ogólne rozdrażnienie, a także bóle głowy, brzucha i mięśni. Prowadzi to do zaburzeń snu i życia codziennego. Zakres od 60 do 75 dB wywołuje już zmiany w akcji serca, co prowadzi do skoków ciśnienia i zaburzeń oddychania. ekspozycja na taki poziom hałasu podwyższa znacznie ryzyko wystąpienia zawału serca. W 2012 r. mapowaniem hałasu objęto ok. 9,7 mln osób ludności miejskiej, co stanowi ok. 25,2% całkowitej liczby ludności kraju i zarazem ok. 41,4% populacji miejskiej. Z map akustycznych wykonanych dla dużych miast wynika, że w Rzeczypospolitej Polskiej żyje ponad 3 mln ludzi narażonych na ponadnormatywny hałas w porze dziennej i ponad 2 mln ludzi narażonych na ponadnormatywny hałas w porze nocnej. W dalszym ciągu problemem jest zagrożenie hałasem w środowisku pracy. Blisko 200 tys. pracowników, w tym ponad 170 tys. pracowników przemysłu zatrudnionych jest w warunkach ponadnormatywnej ekspozycji na hałas.

Starzenie się społeczeństw stanowi powszechny problem współczesnego świata. Procesy starzenia związane są z wieloma konsekwencjami społecznymi, psychologicznymi, ekonomicznym i politycznymi. Istotne jest także zidentyfikowanie specyfiki problemów społecznych i zdrowotnych tej populacji, w porównaniu z innymi. Seniorzy znajdują się w grupie znaczących konsumentów świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej w społeczeństwie. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia wskaźniki niesprawności na globie ziemskim

wykazują korelację z wiekiem. Problemy z samodzielnią, codzienną egzystencją potwierdzono w grupie osób w wieku 75 lat i więcej u ponad 30% badanych, natomiast wieku 85 lat i powyżej aż u 70% badanych seniorów.

Procesom starzenia towarzyszy postępujące zwyrodnienie wszystkich układów czynnościowych i anatomicznych. Procesy inwolucyjne są następstwem miejscowego i ogólnego starzenia się tkanek oraz spowolnienia procesów biologicznych, przemiany materii, procesów reparacyjnych i regeneracyjnych²¹. W miarę upływu lat życia obserwuje się obniżenie aktywności ruchowej, przedkładanie form wypoczynku biernego nad czynny. Także utrwalane stereotypy związane z przekonaniem, że okres emerytalny to czas zasłużonego wypoczynku, sprzyjają ograniczaniu wysiłku fizycznego w życiu codziennym. Brak regularnej aktywności ruchowej prowadzi do ograniczania wydolności fizycznej i sprawności funkcjonalnej osób w starszym wieku. Dużą rolę w ograniczaniu tej wydolności odgrywają zmiany w układzie ruchu, a zwłaszcza spadek siły mięśniowej, sarkopenia oraz zmiany w strukturach kostno-stawowych. W przebiegu zespołu unieruchomienia obserwuje się obniżenie zdolności adaptacyjnych układu sercowo-naczyniowego wynikające z zaburzeń funkcji baroreceptorów, wzmożonej stymulacji układu współczulnego, zmniejszenie powrotu żylnego oraz maksymalnego zużycia tlenu. W zakresie układu oddechowego dochodzi do ograniczenia ruchomości klatki piersiowej, spadku elastyczności dróg oddechowych, zmniejszenia wentylacji i wzrostu przestrzeni martwej, redukcji aktywności rzęskowej i odruchu kaszlowego. Znany jest niekorzystny wpływ braku wysiłku fizycznego na rozwój zaburzeń metabolicznych, hiperlipidemii oraz wrażliwość tkanek na insulinę²².

Wiek podeszły stanowi naturalny etap ontogenezy człowieka, który zazwyczaj charakteryzuje się zmniejszaniem ogólnej wydolności, postępującą degradacją fizycznych i psychicznych funkcji. W konsekwencji tych zmian występują różnorodne ograniczenia zdolności jednostki w zakresie jej możliwości samoobsługowych, adaptacyjnych, lokomocyjnych oraz efektywnego wypełniania różnych ról społecznych. Istotną cechą populacji wieku podeszłego jest statystycznie częstsze występowanie niesprawności i niepełnosprawności, która wykazuje tendencje wzrostowe wraz z wiekiem seniora. Tempo procesów starzenia się charakteryzuje wieloczynnikowe zróżnicowanie. Im osoby są starsze, tym bardziej różnią się od siebie cechami morfofunkcjonalnymi.

W ciągu kilku ostatnich lat subiektywna ocena stanu zdrowia poprawiła się. Największą poprawę odnotowano wśród osób w wieku średnim - odsetek osób niezadowolonych ze stanu

²¹ „Stabilność posturalna w procesie starzenia”, *Gerontologia Polska*, 2005 r., tom 13, nr 1, str. 25-36;

²² „Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku”, *Gerontologia Polska*, 2009 r., tom 17, nr 2, str. 79-84.

zdrowia zmniejszył się aż o ok 10%. Ale już w grupie 70-latków i starszych poprawa jest minimalna - tylko 2%. Samopoczucie Polaków owszem poprawiło się, ale to nie znaczy, że społeczeństwo przestało chorować. Dystans dzielący nas nie tylko od krajów starej Unii Europejskiej, lecz nawet europejskiej średniej ciągle jest ogromny. Warto wskazać chociażby na umieralność z powodu raka płuca u mężczyzn – wyższą o 1/3 od wartości średniej dla Unii Europejskiej, czy umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego na poziomie niemal dwukrotnie wyższym niż w Unii Europejskiej. Potrzeba wielu lat i podejmowania intensywnych wysiłków, by ten dystans uległ zmniejszeniu.

Koszty zdrowotne i społeczne chorób

Szacunki skutków zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych przewlekłych chorób niezakaźnych, zależnych w największym stopniu właśnie od stylu życia, oraz prognozy ich wzrostu na najbliższe dwie dekady są zatrważające i kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na ich zapobieganie. Całkowite koszty chorób sercowo-naczyniowych (hospitalizacje, leki, produktywność utracona z powodu wcześniejszych rent i emerytur, przedwczesna umieralność, zwolnienia chorobowe itd.) wyniosły w 2011 r. 41,9 mld zł²³. Sama cukrzyca skutkuje wydatkami bezpośrednimi i pośrednimi przekraczającymi 4,5 mld zł rocznie. Koszty zdrowotne i społeczne (wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) spowodowane otyłością (nie nadwagą) szacowane są na podstawie danych płatników na kwotę przekraczającą 3,5 mld zł rocznie²⁴.

Liczba zgonów z powodu chorób uznanych jako zależnych od palenia tytoniu w Rzeczypospolitej Polskiej jest szacowana na 67 – 90 tys. rocznie (a zatem co czwarty zgon w kraju ma związek z paleniem). Straty spowodowane wyłącznie biernym paleniem tytoniu sięgają 5,5 mld zł²⁵.

WHO szacuje, że co roku ok. 3,3 milionów (5,9%) zgonów na świecie było związanych z konsumpcją alkoholu. Alkohol jest często przyczyną śmierci lub niepełnosprawności na stosunkowo wczesnym etapie życia – w grupie wiekowej 20–39 lat ok. 25% wszystkich zgonów jest przypisywane alkoholowi.

Jak pokazują badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można zapobiegać. Wg szacunków WHO nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40%

²³ „Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce, Stan obecny i prognoza do 2030 roku”, KPMG Polska 2012 r.

²⁴ „Społeczne koszty otyłości i jej powikłań w Polsce”, Fundacja MY Pacjenci, 2014 r.

²⁵ Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009-2010, Ministerstwo Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia 2010 r.

nowotworów można skutecznie zapobiec redukując narażenie na czynniki ryzyka. Najnowsze analizy międzynarodowego konsorcjum badawczego EuroHeart II wykazały, że pozornie niewielkie zmiany w zachowaniach zdrowotnych mogą mieć olbrzymi efekt zdrowotny i ekonomiczny. Przykładowo stosunkowo prosta do osiągnięcia redukcja palenia o 5%, połączona z 1% spadkiem spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych, 10% spadkiem konsumpcji soli i zmniejszeniem braku aktywności fizycznej o 5%, przyczyni się do spadku umieralności z powodu choroby wieńcowej o 11%, nie wspominając o pozostałych korzyściach zdrowotnych odnoszących się do nowotworów, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP) czy cukrzycy. Możemy tu mówić o oszczędnościach wielokrotnie przekraczających poniesione nakłady. Aby doprowadzić do takich zmian w czynnikach determinujących zdrowie (w niektórych państwach Unii Europejskiej uzyskano 3-krotnie większe efekty od wyżej wymienionych) konieczne jest prowadzenie świadomej, skoordynowanej i precyzyjnie monitorowanej polityki zdrowia publicznego.

Jak wynika z badań przeprowadzonych w ramach programu „Zachowaj Równowagę”, realizowanego przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie, leczenie otyłości i jej powikłań pochłania w kraju około 21% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia – odpowiada to kwocie ponad 11 mld zł rocznie. Koszty opieki zdrowotnej w przypadku osób z nadwagą i otyłością są o 44% wyższe w porównaniu z osobami z prawidłową masą ciała. Choroby przyczynowo związane z nadwagą i otyłością są powodem 25% hospitalizacji. Bezpośrednie koszty leczenia 1 mln pacjentów wynoszą 250 mln zł – według tych obliczeń ogólne koszty bezpośrednie związane z otyłością w Polsce sięgałyby blisko 3 mld zł.

Niekorzystna z ekonomicznego punktu widzenia jest również rosnąca liczba otyłych pracowników. Osoby otyłe nie są w stanie wykonać niektórych prac, np. wymagających większego wysiłku bądź sprawności. Otyłość wiąże się również ze zwiększoną niezdolnością do pracy i absencją. Czynniki te wpływają na obniżenie produktywności i zysku przedsiębiorstwa, stwarzają też konieczność wypłaty zasiłków chorobowych.

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia w Rzeczypospolitej Polskiej otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln, możliwych do uniknięcia, hospitalizacji.

Czynniki środowiskowe również istotnie wpływają na konieczność korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Przykładowo nieodpowiednia jakość powietrza przekłada się bezpośrednio na gorszą kondycję zdrowotną społeczeństwa. Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, że w 2012 roku hospitalizacji, ze

względu na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, związaną z działaniem czynników środowiskowych poddanych było 48 431 pacjentów, a w 2013 roku 48 736.

W 2012 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 30,4 mld zł i w stosunku do 2011 r. wzrosły o 888,9 mln zł. Kwota tych wydatków w omawianym roku stanowiła 1,9% PKB i w porównaniu z 2011 r. udział ten kształtował się na tym samym poziomie. Podobny wzrost, w porównaniu z 2011 r., odnotowano w przypadku wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Wydatki te wzrosły o 921,7 mln zł i w 2012 r. wyniosły 26 mld zł.

W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2012 r. grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 16,7% ogółu wydatków, choroby układu krążenia – 15,1%, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,9%, choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 10,5%, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 10,1%, choroby układu nerwowego – 9,5% oraz choroby układu oddechowego – 7,1%. W 2012 r. wyżej wymienione grupy chorobowe w 81,9% były przyczyną poniesionych wydatków w związku z niezdolnością do pracy.²⁶

Najwyższy odsetek w wydatkach na świadczenia związane z niezdolnością do pracy stanowiły wydatki związane z rentami. W 2008 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 56,3% ogółu wydatków, zaś w 2012 r. – 49,5%.

Drugą z kolei pozycją w wydatkach na świadczenia związane z niezdolnością do pracy są wydatki na absencję chorobową finansowaną z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i funduszy zakładów pracy. Ich udział w 2012 r. wynosił 40,3%. Udział wydatków na absencję chorobową z roku na rok wzrasta, gdyż w 2008 r. wydatki z tego tytułu stanowiły ok. 5 punktów procentowych mniej.

3. Przegląd rozwiązań międzynarodowych

Wiele krajów rozwiniętych buduje swą politykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i ekonomiczne, sprzyja niwelacji nierówności na różnych płaszczyznach, buduje dobrobyt i dalszy stabilny rozwój. Międzynarodowa polityka rozwojowa w kwestiach dotyczących zdrowia dotyka istoty pojęcia zdrowia publicznego, w którym zapobieganie konsekwencjom zdrowotnym niewłaściwego stylu życia oraz działania czynników środowiskowych jest wskazywane jako

²⁶ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktualnych. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2012

bardziej efektywne dla zachowania pożądanej jakości zdrowia i życia ludzi niż świadczenia opieki zdrowotnej o charakterze naprawczym.

Kraje rozwinięte prowadząc działania – skoordynowane w różnym stopniu i na różnym poziomie – na rzecz zdrowia publicznego, realizują opracowywane przez specjalistów zalecenia instytucji międzynarodowych. Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi także projekt polskiego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 pozostaje zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) pt. „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek” i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”²⁷ oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”²⁸.

Mimo wspólnych wytycznych organizacji międzynarodowych, czy to na poziomie światowym czy regionalnym, poszczególne rozwiązania stosowane w krajach rozwiniętych, w tym w Unii Europejskiej, są zróżnicowane pod względem systemowym, a zatem prawnym, organizacyjnym czy finansowym. Ponadto różnice są pochodną specyfiki poszczególnych zagadnień z obszaru zdrowia publicznego w krajach i regionach, zakresu przedmiotowego realizowanych dokumentów strategicznych bądź też ustalonych priorytetów poszczególnych rządów. Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy obszaru zdrowia publicznego przejście wprost w Rzeczypospolitej Polskiej rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest ani możliwe ani pożądane.

Austria podjęła decyzję o ustaleniu długoterminowych (20 lat) celów zdrowotnych na poziomie federalnym dla uzupełnienia istniejących polityk na szczeblu lokalnym w 2010 r. Cele zostały przyjęte przez austriacką Radę Ministrów w 2012 r. i dotyczą m.in. wspierania tworzenia prozdrowotnych warunków życia i pracy, dbania o środowisko naturalne, gwarantowania równego traktowania w zdrowiu bez względu na płeć czy status społeczno-ekonomiczny, zdrowia dzieci i młodzieży, zdrowego żywienia, promocji zdrowia psychicznego²⁹. Cele te są realizowane poprzez szereg polityk prozdrowotnych, w tym o charakterze regulacyjnym dotyczących np. cen i podatków, reklam czy obrotu określonymi typami produktów.

²⁷ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 oraz http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf

²⁸ Komunikat Komisji Europejskiej Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, KOM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 03.03.2010 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServLexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>.

²⁹ <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/health-targets-for-austria/>

Także w **Belgii**, choć to gminy są odpowiedzialne za promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, to większość decyzji dotyczących zdrowia publicznego, zwłaszcza tych strategicznych i regulacyjnych, jest podejmowanych przez rząd federalny. Wśród zagadnień opisanych planami działań wskazać można zdrowie psychiczne, szkodliwe czynniki fizyczne i chemiczne środowiska, choroby zakaźne, szczepionki, higienę, stosowanie substancji psychoaktywnych (alkohol i tytoń), zdrowe odżywianie i promocję aktywności fizycznej oraz zapobieganie wypadkom. Działania są koordynowane i w procesie uczestniczą różne instytucje: Minister of Social Affairs and Public Health (minister do spraw społecznych i zdrowia publicznego), Scientific Institute of Public Health (instytucja badawcza, opiniodawcza), the Superior Health Council (na podstawie danych naukowych rada wydaje zalecenia dla rządu), a także dla społeczności flamandzkiej – Flemish Institute of Health Promotion and Sickness Prevention oraz fransuskiej – Directorate-General of Health within the Ministry of the French Community³⁰.

W **Bulgarii** działania dotyczące zdrowia publicznego organizuje, finansuje i koordynuje rząd, tj. minister właściwy do spraw zdrowia, współpracując m. in. z ministrami właściwymi do spraw finansów, edukacji, środowiska, rolnictwa, transportu oraz z takimi instytucjami jak np. National Centre of Public Health Protection, która odpowiada za wsparcie metodologiczne i prowadzenie badań naukowych, służy doświadczeniem w zdrowiu publicznym, w tym w ocenie wpływu środowiska i innych czynników na zdrowie, oraz wdraża programy promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Polityka państwa w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jest ujmowana w ramy dokumentu strategicznego (National Health Strategy), ale także szeregu programów tematycznych (np. na temat zagrożeń środowiskowych dla zdrowia, ograniczania palenia tytoniu, profilaktyki uzależnień od alkoholu, przeciwdziałania narkomanii, żywności i żywienia, przeciwdziałania HIV i AIDS oraz innych infekcji przenoszonych drogą płciową, czy gruźlicy).³¹

Chorwacja ujmuje zdrowie publiczne w szeregu dokumentów tematycznych (np. żywność i żywienie, uzależnienia od narkotyków, zdrowie psychiczne), a za dokumenty strategiczne łączące wszystkie najistotniejsze problemy zdrowia publicznego, choćby z perspektywy nierówności społecznych w zdrowiu, można uznać np. the National Health Care Strategy 2012–2020 oraz the Plan for the Development of Public Health 2011–2015. Minister właściwy do spraw zdrowia, przy współpracy m. in. Croatian National Institute of Public Health i jego

³⁰ Health Systems in Transition, Vol. 12, No. 5 2010, Belgium – Health system review, Sophie Gerkens, Sherry Merkur; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF?ua=1

³¹ Health Systems in Transition, Vol. 14, No. 3 2012, Bulgaria – Health system review, Antoniya Dimova, Maria Rohova, Emanuela Moutafova, Elka Atanasova, Stefka Koeva, Dimitra Panteli, Ewout van Ginneken; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/169314/E96624.pdf?ua=1

oddziałami regionalnymi, odpowiada za planowanie strategiczne i ewaluację, także programów podejmujących poszczególne zagadnienia zdrowia publicznego.³²

Rząd **Republiki Czeskiej** na początku 2014 r. przyjął w drodze rezolucji, bazujący na ww. strategii Unii Europejskiej, dokument Health 2020 – National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention, który stanowi wyznacznik dla polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego. Celem głównym strategii jest poprawa zdrowia populacji oraz ograniczenie zachorowalności i przedwczesnych zgonów, cele strategiczne to poprawa zdrowia ludności, zwalczanie nierówności w zdrowiu, wzmacnianie społeczności lokalnych oraz zapewnienie bezpiecznego i zrównoważonego środowiska w celu osiągnięcia pełnego potencjału zdrowotnego, a także wzmocnienie zarządzania w publicznym sektorze zdrowia oraz angażowanie społeczności i jednostek w procesy decyzyjne dotyczące zdrowia. Dokument określa też priorytety zgodne z tymi celami. Są to: poprawa zdrowia oraz lepsza prewencja chorób w cyklu życia, promocja i ochrona zdrowia, przeciwdziałanie chorobom zakaźnym i niezakaźnym, monitorowanie sytuacji zdrowotnej ludności, wzmacnianie systemów zdrowotnych skoncentrowanych na pacjencie, zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych, rozwój zdrowia publicznego, monitorowanie i gotowość reagowania w sytuacjach kryzysowych, budowanie odpowiedzialnych wspólnot lokalnych tworzących wspierające środowisko życia. Obszary tematyczne strategii dotyczą m. in.: wzrostu aktywności fizycznej, rozwijania zdrowych nawyków żywieniowych, redukcji stresu i poprawy zdrowia psychicznego, ograniczania ryzykownych zachowań zdrowotnych, ograniczania zagrożeń środowiskowych i związanych z warunkami pracy, nadzoru nad chorobami zakaźnymi, zakażeniami szpitalnymi, antybiotykoodporności, programów szczepień, programów badań przesiewowych oraz identyfikacji nowych obszarów do realizacji badań, podnoszenia świadomości zdrowotnej populacji. Koordynatorem realizacji postanowień dokumentu jest minister właściwy do spraw zdrowia. Inni ministrowie, właściwi ze względu na opisane w nim działania, są zobowiązani do współpracy.³³

W **Estonii** do 2008 r. nie było jednego regularnie odnawianego narodowego planu działań dla zdrowia publicznego. Przyjęta w latach 90., w czasie transformacji systemowych, strategia (Health Policy Document) została wtedy zastąpiona średniookresową strategią na lata 2009-2020 (National Health Plan 2009–2020). Dokument ten określa cele dla zdrowia publicznego, które

³² Health Systems in Transition, Vol. 16, No. 3 2014, Croatia – Health system review, Aleksandar Dzakula, Anna Sagan, Nika Pavic, Karmen Loncarek, Katarina Sekelj-Kauzlaric;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf?ua=1

³³ <http://www.mzcr.cz/> oraz <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00185216>; Health 2020 - National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention, Ministry of Health of the Czech Republic in cooperation with the National Institute of Public Health, Prague 2014, ISBN 978-80-85047-50-9

umożliwią m. in. wydłużenie przeciętnego trwania życia mężczyzn do 75 lat, a kobiet do 84. Ponad to politykę zdrowia publicznego opisuje szereg dokumentów tematycznych, do których koordynacji został ustawowo³⁴ zobowiązany minister właściwy do spraw społecznych (the Ministry of Social Affairs), a instytucją naukowo-badawczą, wspierającą rząd jest publiczny instytut (the National Institute for Health Development). Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują też organizacje pozarządowe. Działania edukacyjne i profilaktyczne są finansowane z budżetu państwa (w 2010 r. to minister właściwy do spraw społecznych wraz z agencjami dysponował 92,9% publicznych środków finansowych przeznaczanych na zdrowie, z czego 16% alokowano na promocję zdrowia i ww. programy).³⁵

System w **Finlandii** nakłada obowiązki dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki chorób na gminy, przy wsparciu ze strony administracji centralnej. Ministrem odpowiedzialnym za wytyczanie kierunków interwencji, koordynację, monitoring i ewaluację zadań jest minister właściwy do spraw społecznych i zdrowia (Ministry of Social Affairs and Health) oraz komitet do spraw zdrowia publicznego (Public Health Committee – trzyletnia kadencja członków, reprezentantów różnych ministerstw, władz lokalnych, systemu ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych, naukowców). Finlandia przyjęła rządowy plan na lata 2000-2015 w postaci Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Wyznaczone w dokumencie kierunki działania i cele opierają się na podejściu zgodnym z cyklem życia, tj. dotyczą dzieci, ludzi młodych, zdrowia w środowisku pracy oraz osób starszych, i kładą główny nacisk na kształtowanie w społeczeństwie postaw umożliwiających codzienne prozdrowotne decyzje. Raport z realizacji dokumentu jest przedstawiany co cztery lata (the Social and Health Report).³⁶

We **Francji**, choć nie ma jednego dokumentu określającego politykę państwa w zakresie zdrowia publicznego, świadomość wagi działań w tym obszarze, a zwłaszcza działań edukacyjnych i profilaktycznych znajduje odzwierciedlenie m.in. w rozwiązaniach organizacyjnych. Odpowiedzialna za opracowanie i implementację polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego jest działająca w strukturze ministerstwa (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes) tzw. generalna dyrekcja do spraw zdrowia (Direction Générale de la Santé). Jednym z głównych zadań ministerstwa jest utrzymanie i poprawa zdrowia populacji poprzez interwencje tematyczne w zdrowiu publicznym opisane w narodowych planach

³⁴ ustawa z dnia 14 czerwca 1995 r. o zdrowiu publicznym - Public Health Act

³⁵ Health Systems in Transition, Vol. 15, No. 6 2013, Estonia – Health system review, Taavi Lai, Triin Habicht, Kristiina Kahur, Marge Reinap, Raul Kiivet, Ewout van Ginneken;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf?ua=1

³⁶ <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114637/Es200108eng.pdf?sequence=1>

dotyczących najistotniejszych epidemiologicznie problemów zdrowotnych (w tym: stan zdrowia dzieci i młodzieży, zwyczaje żywieniowe, profilaktyka uzależnień, chorób niezakaźnych i zakaźnych, wpływu środowiska na zdrowie etc.). Zadania w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki pierwotnej realizuje, zgodnie z polityką rządu, specjalnie do tego utworzony w 2002 r. instytut (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES), natomiast wszystkie kwestie dotyczące nadzoru sanitarnego, w tym badań epidemiologicznych, leżą w gestii drugiej instytucji (Institut de Veille Sanitaire – InVS). Warto zauważyć, że w 2015 r. sam INPES dysponuje budżetem w wysokości 76,5 mln Euro³⁷. W 2014 r. podjęto decyzję o pełniejszej integracji działań w zakresie zdrowia publicznego i rozpoczęto tworzenie wyspecjalizowanej narodowej agencji, która przejmie obowiązki i personel ww. instytucji (INPES i InVS) oraz podmiotu odpowiedzialnego za przeciwepidemiczne reagowanie kryzysowe (l'Établissement pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires – Éprus)³⁸.

Organizacja działań w obszarze zdrowia publicznego w **Hiszpanii** odzwierciedla dużą autonomię regionów (wspólnot autonomicznych) przy jednoczesnym zachowaniu koordynacyjnej roli rządu centralnego, tj. głównie ministerstwa właściwego do spraw zdrowia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), który określa politykę państwa w przedmiotowym zakresie³⁹. Inną instytucją współpracującą w zakresie ustanawiania strategii zdrowia publicznego jest rada wspólnot autonomicznych do spraw systemu ochrony zdrowia (Inter-territorial Council of the National Health System) i to ona zatwierdziła w 2013 r. dokument strategiczny dotyczący profilaktyki i promocji zdrowia (Prevention and Health Promotion Strategy of the Spanish NHS).⁴⁰ Główny nacisk położono w dokumencie na działania w populacji dzieci i młodzieży oraz osób po 50 roku życia, z uwzględnieniem środowiskowych determinantów zdrowia tych osób i niezamierzonych nierówności w zdrowiu, oraz na czynniki ryzyka i zachowania anty- i prozdrowotne (w tym zdrowsze żywienie, aktywność fizyczna, użycie tytoniu, ryzykowne picie alkoholu, dobrostan psychiczny).

Rozwiązania przyjęte w **Holandii** nakładają obowiązki dotyczące ochrony, promocji zdrowia i profilaktyki chorób na gminy, przy wsparciu ze strony administracji centralnej, tj. ministerstwa właściwego do spraw do zdrowia (Ministry of Health, Welfare and Sport) oraz instytucji naukowo-badawczej podległej ministerstwu, tj. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Na podstawie badań epidemiologicznych określone są priorytety tematyczne. Nie ma jednego dokumentu opisującego politykę państwa w zdrowiu publicznym,

³⁷ <http://www.inpes.sante.fr/INPES/quisommesnous.asp>

³⁸ http://www.inpes.sante.fr/INPES/nouvel-institut/Rapport_Prefiguration.pdf

³⁹ <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/home.htm>

⁴⁰ <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ExecutiveSummary.pdf>

jednak jego priorytety są wyznacznikiem działań rządu, w tym ministra właściwego do spraw zdrowia.⁴¹

System zdrowia publicznego na **Litwie** składa się z 10 centrów zdrowia publicznego podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wielu agencji wyspecjalizowanych. Ponadto działania podejmowane są przez władze lokalne. Można uznać, że dokumentami strategicznymi dla skoordynowania tych działań jest ustawa z 2002 r. (Public Health Law) oraz wprowadzający koncepcję zdrowia publicznego do systemu ochrony zdrowia w 1998 r. dokument Lithuanian Health Programme (1998-2010) i strategia National Public Health Strategy na lata 2006–2013. Zadania mające na celu poprawę zdrowia populacji m.in. poprzez bezpieczne środowisko społeczne, zdrowy styl życia, skuteczną opiekę zdrowotną etc. są opisane w różnych dokumentach.⁴²

Z kolei sąsiadująca **Łotwa** prowadzi działania z zakresu zdrowia publicznego w oparciu o strategię przyjętą przez Radę Ministrów w 2011 r. Celem dokumentu Public Health Strategy na lata 2011–2017⁴³ jest wydłużenie życia jednostek w zdrowiu, prewencja przedwczesnych zgonów, poprawa zdrowia i jakości życia. Dokument zawiera diagnozę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, a jego cele mają być zrealizowane poprzez niwelowanie nierówności w zdrowiu, zmniejszanie zachorowalności i umieralności na choroby niezakaźne, ograniczanie wpływu niebezpiecznych czynników, poprawę zdrowia matki i dziecka, ograniczanie umieralności niemowląt, promocję zdrowego środowiska życia i pracy, zmniejszanie odsetka wypadków (w tym śmiertelnych), zmniejszanie odsetka zachorowań na choroby zakaźne w społeczeństwie, ale także zapewnienie efektywnego zarządzania systemem opieki zdrowotnej, efektywnej alokacji zasobów i optymalizacji kosztów, a także zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Obok strategii są realizowane inne, wpisujące się w nią programy i plany działań dotyczące określonych obszarów zdrowotnych.

Władze **Malty** ujęły zadania zdrowia publicznego w dokumencie National Health Systems Strategy (NHSS) na lata 2014-2020, który jako cele wskazuje, obok zapewnienia każdej osobie okazji do prowadzenia zdrowego i aktywnego życia, zapewnienie dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Realizacja zadań zdrowia publicznego jest obowiązkiem ministra właściwego do spraw zdrowia (Public Health Regulation Division przy współpracy z innymi komórkami: Infectious Disease Prevention and Control Unit, Health Promotion and Disease Prevention

⁴¹ <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport>

⁴² Health Systems in Transition, Vol. 15, No. 2 2013, Lithuania – Health system review, Liubove Murauskiene, Raimonda Janoniene, Marija Veniute, Ewout van Ginneken;

Marina Karanikolos http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf?ua=1

⁴³ http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/latvia_annex2_public_health_strategy_2011_2017.pdf

Directorate, National Immunization Service etc.). Obok ww. strategii są realizowane zapisy dokumentów poświęconych różnym aspektom zdrowia publicznego, w tym chorobom niezakaźnym (Non-Communicable Disease Strategy 2010), nowotworom (National Cancer Plan 2011), zdrowiu seksualnemu (Sexual Health Strategy 2011), nadwadze i otyłości (Healthy Weight for Life Strategy 2012), czy profilaktyce gruźlicy (Tuberculosis Prevention Strategy 2012).⁴⁴

W **Norwegii** to ustawa obowiązująca od 2012 r.⁴⁵ określa cel strategiczny i cele operacyjne w zdrowiu publicznym: wskazuje na zdrowie publiczne, jako na determinant rozwoju społecznego i redukcji nierówności społecznych w zdrowiu. W ustawie opisuje się konieczność promocji zdrowia wśród ludności, podejmowania działań mających na celu osiągnięcie dobrostanu fizycznego i psychicznego poprzez zapewnienie odpowiednich warunków społecznych i środowiskowych, zapobieganie chorobom psychicznym i somatycznym oraz urazom. Ustawa nakłada obowiązki dotyczące planowania i realizacji działań na rzecz identyfikacji czynników ryzyka i niwelowania nierówności zdrowotnych przez gminy, powiaty i administrację rządową. Określa również sposoby reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego w sytuacjach kryzysowych. Ustawie towarzyszą liczne plany i strategie poświęcone różnym zagadnieniom z zakresu zdrowia publicznego, np. z zakresu zdrowia psychicznego i uzależnień (Action plan for the prevention of suicide and self-harm 2014-2017, Norwegian National Action Plan on Alcohol and Drugs, Norwegian National Overdose Strategy 2014–2017) czy chorób niezakaźnych (Non-Communicable Diseases Strategy 2013-2017). Na uwagę zasługuje też opublikowany w 2012 r., m.in. ze względu na duże zaangażowanie Norwegii w międzynarodową pomoc rozwojową, dokument *Global health in foreign and development policy* (tzw. *White paper*)⁴⁶, który określa priorytety kraju do 2020 r. dotyczące zdrowia publicznego na świecie (wspieranie kobiet i dzieci w ich prawach i zdrowiu, profilaktyka chorób, ze szczególnym uwzględnieniem szczepień oraz przeciwdziałania epidemii HIV i AIDS, malarii i gruźlicy, promocja i poprawa bezpieczeństwa poprzez interwencje w dziedzinie zdrowia).

Portugalia prowadzi działania w zdrowiu publicznym według planu opisanego w dokumencie *National Health Plan* (na lata 2004–2010 oraz 2011–2016), który definiuje największe wyzwania dla zdrowia publicznego w kraju, w tym: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, zdrowie psychiczne, zdrowie osób starszych czy HIV i AIDS. Ideą przyświecającą

⁴⁴ Health Systems in Transition, Vol. 16, No. 1 2014, Malta – Health system review, Natasha Azzopardi Muscat, Neville Calleja, Antoinette Calleja, Jonathan Cylus;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/241849/HiT-Malta.pdf?ua=1

⁴⁵ <https://www.mindbank.info/item/463>

⁴⁶ https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/meld.-st.-11-20112012/id671098/?docId=STM201120120011000EN_EPIS&q=&navchap=1&ch=2

podejmowanym działaniom jest sprawiedliwość społeczna, równość i solidarność. Plan uzupełniają programy poświęcone poszczególnym zagadnieniom zdrowotnym.⁴⁷

Rząd **Słowacji** przyjął w 2013 r. dokument strategiczny (Strategic framework for health for 2014-2030), którego elementem jest wyznaczenie średnio- i długoterminowych działań mających na celu poprawę stanu zdrowia populacji. Jednym z opisanych kierunków działań są interwencje medyczne i pozamedyczne (dot. np. rynku pracy, środowiska życia) w zdrowiu publicznym.⁴⁸

W **Szwecji**, podobnie jak w Norwegii, to ustawa określa priorytety zdrowia publicznego i jej realizacja jest cyklicznie monitorowana i ewaluowana, w tym analizowane jest zaangażowanie władz centralnych i lokalnych, społeczności i innych podmiotów.⁴⁹ System planowania skutecznych interwencji jest uzupełniony publikacją wytycznych rządowej agencji dotyczących poszczególnych tematów zdrowia publicznego (np. National Guidelines for: Adult Dental Care, Treatment of Breast, Prostate and Colorectal Cancers, Care in cases of Dementia, Care in cases of Depression and Anxiety Disorders, Diabetes Care, Methods of Preventing Disease, Psychosocial Interventions for Schizophrenia or Schizophrenia-type Conditions).⁵⁰

Rząd **Wielkiej Brytanii** opublikował w 2010 r. strategię, tzw. Białą Księgę (White Paper: Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England)⁵¹, w której ogłosił początek nowej ery dla sektora zdrowia publicznego. Zdrowiu publicznemu nadano wyższą rangę oraz specjalnie przeznaczono środki. Biała Księga przedstawia w zarysie pożądane formy zaangażowania w ochronę społeczeństwa przed poważnymi zagrożeniami zdrowotnymi, w udzielanie wsparcia ludziom, tak aby mogli się cieszyć dłuższym, zdrowszym i bardziej spełnionym życiem. Księga porusza też kwestie nierówności społecznych w zdrowiu. W Księdze wskazuje się na samorządy oraz społeczności lokalne, które powinny odgrywać najważniejszą rolę w kwestiach dotyczących poprawy zdrowia i samopoczucia społeczności lokalnych oraz walki z nierównościami, przy zachowaniu silnej roli władz centralnych w stanowieniu systemu ochrony zdrowia.

4. Efektywność promocji zdrowia i profilaktyki chorób

Postępujące oczekiwania społeczne (w krajach rozwiniętych) co do jakości usług i ich dostępności, przy jednoczesnych zmianach w systemach opieki zdrowotnej, które nie zawsze

⁴⁷ Health Systems in Transition, Vol. 13, No. 4 2011, Portugal – Health system review, Pedro Pita Barros, Sara Ribeirinho Machado, Jorge de Almeida Simões;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf?ua=1

⁴⁸ <http://www.health.gov.sk/?Key-publications>

⁴⁹ <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12827/R2013-04-Ten-years-of-Swedish-public-health-policy.pdf>

⁵⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines>

⁵¹ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216096/dh_127424.pdf

nadążają za szybkim postępowaniem w medycynie i – szerzej – postępowaniem cywilizacyjnym, powodują konieczność zmiany podejścia do zdrowia publicznego, w tym zaniedbywanej częstokroć promocji zdrowia i profilaktyki chorób. W uzasadnianej danymi, eksperckiej debacie międzynarodowej postuluje się, by opieka zdrowotna – nie tylko medycyna naprawcza, ale też usługi promocji zdrowia i profilaktyki chorób – była jak najlepiej dopasowana do zmieniających się w cyklu życia potrzeb jednostki⁵². Osiągnięcie tego celu jest możliwe poprzez budowanie i wzmacnianie kapitału ludzkiego (pacjentów, środowisk lokalnych, usługodawców), poprawę koordynacji udzielanych usług i zarządzania w ochronie zdrowia, wzrost odpowiedzialności decydentów, zmianę modelu opieki na bardziej holistyczny przy zachowaniu wysokich standardów specjalistycznych czy wreszcie poprzez działania systemowe, w tym prawodawcze.

Rosnące koszty terapii wobec coraz większego obciążenia społeczeństw chorobami cywilizacyjnymi, w tym przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, powodują konieczność podjęcia pilnych działań mających na celu odwrócenie trendów epidemiologicznych. Należy zauważyć przy tym ciekawy paradoks: coraz większej wiedzy i świadomości zdrowotnej nie zawsze towarzyszy dokonywanie świadomych wyborów prozdrowotnych. Wobec tego konieczne są nakłady sił i środków na działania edukacyjne i profilaktyczne o udowodnionej skuteczności. Za skuteczne należy uznać te działania, za którymi idzie zarówno trwała zmiana zachowań jak i postaw, przynosząc w krótszej lub dłuższej perspektywie wymierne korzyści nie tylko dla zdrowia publicznego, ale także korzyści mierzone w skalach mikro- i makroekonomicznej (jako oszczędności dla budżetów domowych, samorządowych, państwa).

Wobec potrzeby dalszego inwestowania w zdrowie i w systemy opieki zdrowotnej, zatem w zachowanie zdrowia i jego przywracanie, przy jednoczesnych ograniczonych zasobach, w tym środków finansowych, analizy ekonomiczne stały się integralną częścią światowych starań. WHO, OECD⁵³, Bank Światowy i inne organizacje międzynarodowe prowadzą badania mające wesprzeć kraje i regiony w podejmowaniu decyzji pozwalających nie tylko zaoszczędzić na wydatkach, na których zaoszczędzić można, ale także decyzji, które przyniosą zwrot poniesionych kosztów. Dane z dziesiątków badań zebrane przez WHO pozwoliły ekspertom na opracowanie katalogu interwencji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przynoszących udowodnioną korzyść ekonomiczną – już w ciągu pierwszych pięciu lat od podjęcia danego działania bądź w perspektywie wieloletniej⁵⁴. Pośród interwencji

⁵² „The WHO global strategy on people-centered integrated health services. Interim report”, WHO 2015: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1

⁵³ <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>

⁵⁴ „The case for investing in public health. The strengthening public health services and capacity”, WHO Europe, 2014, s.4

przynoszących wymierne korzyści w ciągu pierwszych pięciu lat od ich zastosowania wymienia się np. działania prozdrowotne w miejscu pracy, w tym ochrona zdrowia psychicznego pracowników i ich bliskich, przeciwdziałanie przemocy, szczepienia, zapewnienie bezpieczeństwa na drogach, utrzymanie terenów zielonych etc. Wiele rządów zareagowało na kryzys finansowy ograniczając wydatki budżetowe, a biorąc pod uwagę, że dla większości krajów wydatki na zdrowie są drugie co do wielkości w budżecie⁵⁵, skala implikacji wszelkich przyjętych ograniczeń jest duża i pociąga za sobą istotne konsekwencje.

W pierwszej kolejności te konsekwencje obnażają nierówności w zdrowiu w danych kraju. Wg badań porównawczych 25 krajów europejskich (Mackenbach et al., 2011) nierówności w zdrowiu spowodowały ponad 700 000 zgonów oraz 33 mln zachorowań, które pochłonęły 20% wydatków z budżetu o spowodowały spadek PKB o 1,4%, czyli o 141 mld Euro. Łączne koszty konsekwencji nierówności w zdrowiu oszacowano na 960 mld Euro.⁵⁶

Koszty zdrowia i chorób mierzone są z kilku perspektyw, przy uwzględnieniu wielu czynników i zastosowaniu różnych wartości. Jednym z podstawowych przyjętych mierników jest DALY (*Disability Adjusted Life Years*) – liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność. W wielu krajach wysoko rozwiniętych działania w opiece zdrowotnej są uznawane za efektywne kosztowo, gdy ich koszt nie przekracza 50 000 USD za jeden uzyskany DALY.⁵⁷ W przypadku wyliczenia łącznej korzyści płynącej z ochrony osób przed niekorzystnymi skutkami palenia tytoniu (interwencja wielokierunkowa: podniesienie podatków, zakaz reklamy, ostrzeżenia, ochrona przed dymem) stwierdzono uzyskane 25-30 mln DALY, podobna interwencja dot. spożycia alkoholu pozwoliła na uzyskanie 5-10 mln DALY.⁵⁸ Wyliczenie kosztów osiągnięcia takich korzyści mierzonych w DALY wskazuje na znacznie większą efektywność kosztową niż wyżej wymieniona wartość progowa 50 000 USD.

Jednak część badaczy, także w celu wykazania decydom innym niż związani tradycyjnie z sektorem ochrony zdrowia, posługuje się danymi liczbowymi ujętymi systemem walutowym. Na przykład w odniesieniu do zdrowia psychicznego, w Wielkiej Brytanii oszacowano koszt wczesnego wykrycia depresji poporodowej połączonego z działaniem pomocowym na 119 £ na osobę, natomiast oszczędność z tytułu podjęcia tej interwencji na 383 £ miesięcznie (Petrou et al., 2006)⁵⁹. Z kolei w Stanach Zjednoczonych badania wykazały, że promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka depresji w miejscu pracy, której koszt wyniósł 100-400 USD na osobę rocznie, przyniosła oszczędności w wysokości 1800 USD na osobę rocznie (Wang et al.,

⁵⁵ Tamże, s. 5, 8

⁵⁶ Tamże, s. 8

⁵⁷ Tamże, s. 11

⁵⁸ Tamże, s. 13

⁵⁹ Tamże, s. 17

2007).⁶⁰ Do działań szczególnie efektywnych kosztowo, przynoszących duże oszczędności, zalicza się szczepienia – oszczędności są jeszcze większe, gdy dotyczą populacji szczególnie narażonych na określone czynniki chorobotwórcze.⁶¹

5. Wykonanie przepisów rozporządzenia

Do koordynacji, inicjowania i monitorowania realizacji przepisów przewidzianych projektowanym rozporządzeniem wyznaczony został minister właściwy do spraw zdrowia (lub Pełnomocnik Rządu ds. zdrowia publicznego w przypadku jego powołania). Funkcjonuje również Komitet Sterującego Narodowego Programu Zdrowia, w którego skład wchodzi oprócz ministra podsekretarze lub sekretarze stanu z ministerstw odpowiedzialnych za wdrażanie zadań określonych w Programie.

Wsparcie prowadzenia międzysektorowej polityki zdrowia publicznego zapewnia Rada do Spraw Zdrowia Publicznego, pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą ministra i stanowiącą forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego. W jej skład wchodzi przedstawiciele administracji publicznej, a także najważniejszych podmiotów biorących udział w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym jednostki naukowe, przedstawiciele pracodawców i organizacji pozarządowych. Interwencje z zakresu zdrowia publicznego muszą być wdrażane w oparciu o aktualny stan wiedzy naukowej. W chwili obecnej istotnym problemem jest źródło finansowania regularnych badań epidemiologicznych dotyczących skali występowania chorób i czynników ryzyka. Z uwagi na konieczność prowadzenia prozdrowotnej polityki publicznej w oparciu o obiektywne, rzetelne i wiarygodne dane nie mniej niż 10% środków planowanych do przeznaczenia na realizację Programu rocznie będzie przeznaczane na realizację zadań polegających na:

- 1) monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa;
- 2) identyfikacji i analizie rozpowszechnienia czynników ryzyka przyczyniających się do pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa;
- 3) identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu;
- 4) inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, w tym badań zmierzających do oceny zależności pomiędzy czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a zdrowiem, oraz badań dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego.

⁶⁰ Tamże, s. 18

⁶¹ Tamże, s. 21

Podczas realizacji celów operacyjnych będzie konieczne korzystanie z dotychczasowych doświadczeń, a także uwzględnianie aktualnego stanu wiedzy. W odniesieniu do poszczególnych celów powinno się to odbywać w następujący sposób:

Cel operacyjny a)

Realizacja tego celu przyczyni się przede wszystkim do zatrzymania wzrostu liczby osób z otyłością, czego konsekwencją będzie spadek obciążenia populacji przewlekłymi chorobami niezakaźnymi. Przede wszystkim realizacja celu przyczyni się do ograniczenia zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy i innych chorób metabolicznych, chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób psychicznych.

Przy realizacji zadań wpisujących się w ten cel operacyjny konieczna będzie koordynacja i korzystanie z doświadczeń programów:

- 1) „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” (Szkoły promujące europejski kodeks walki z rakiem);
- 2) „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej” współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej;
- 3) „Szkół promujących zdrowie” w ramach Europejskiej Sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie;
- 4) Programu „Trzymaj Formę!”;
- 5) „Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym”, modułu I pn. „Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH na lata 2007-2011”;

W realizacji zadań niezbędne będzie korzystanie z doświadczenia oraz danych zgromadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia, Instytut Matki i Dziecka, Instytut – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Główny Inspektorat Sanitarny.

-Dla realizacji zadań istotne będzie korzystanie z wyników badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*) oraz OLAF (Opracowanie norm ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w Polsce). Dla uzyskania szczegółowych i porównywalnych międzynarodowo danych dotyczących skali nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży konieczne będzie monitorowanie sytuacji poprzez prowadzenie badania COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*).

Cel operacyjny b)

Realizacja tego celu przyczyni się do zmniejszenia obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi wynikającymi ze szkodliwego stosowania substancji psychoaktywnych oraz

uzależnień, w tym behawioralnych. Wpłynie to pozytywnie na poprawę zdrowia psychicznego społeczeństwa oraz zmniejszenie obciążenia chorobami somatycznymi, przede wszystkim nowotworami i uszkodzeniami narządów wewnętrznych.

Przy realizacji zadań wpisujących się w ten cel operacyjny konieczna będzie koordynacja i korzystanie z doświadczeń:

- 1) programów ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu,
- 2) narodowych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- 3) krajowych programów przeciwdziałania narkomanii,
- 4) „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” (w zakresie zadań związanych z prewencją pierwotną),
- 5) programów finansowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
- 5) programu „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła”.

W realizacji zadań niezbędne będzie korzystanie z doświadczenia oraz danych zgromadzonych przez Główny Inspektorat Sanitarny, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Dla realizacji celu niezbędne będzie opieranie się na wynikach badania GATS („*The Global Adult Tobacco Survey*” WHO), badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*) oraz badania „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD).

Profilaktyka uzależnień od substancji psychoaktywnych jest istotna w całej populacji, niemniej jednak najbardziej istotne jest zapobieganie wchodzeniu w nałóg przez dzieci i młodzież.

Cel operacyjny c)

Realizacja tego celu przyczyni się przede wszystkim do poprawy stanu zdrowia psychicznego, ograniczenia zapadalności na zaburzenia psychiczne (głównie na depresję), zmniejszenia liczby samobójstw, dalszej reorientacji opieki zdrowotnej w kierunku opieki środowiskowej i integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Obok zapobiegania depresji i samobójstwom konieczne jest ograniczenie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, edukowanie społeczeństwa i pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w zakresie wczesnego wykrywania tych zaburzeń.

W ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego będą również realizowane zadania polegające na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej poprzez upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Konieczne będzie również finansowanie zadań polegających na

inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, a także monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia psychicznego i jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym.

Przy realizacji zadań wpisujących się w ten cel operacyjny konieczne będzie korzystanie z doświadczenia zgromadzonego podczas realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015. Dla realizacji zadań istotne będzie korzystanie z wyników badania EZOP - „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej”.

Cel operacyjny d)

Realizacja tego celu przyczyni się przede wszystkim do ograniczenia zapadalności na choroby wywołane czynnikami chemicznymi, fizycznymi, biologicznymi i zawodowymi.

W realizacji zadań niezbędne będzie korzystanie z doświadczenia oraz danych zgromadzonych m.in. przez Państwową Inspekcję Sanitarną, Inspekcję Ochrony Środowiska, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Państwową Inspekcję Pracy, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Centralny Instytut Ochrony Pracy w Warszawie oraz Inspektora do spraw Substancji Chemicznych.

Dla realizacji zadań istotne będzie korzystanie z raportów o stanie sanitarnym kraju, wyników monitoringu środowiska, wyników nadzoru i działań kontrolnych, baz danych o zagrożeniach czynnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi w środowisku pracy, raportów o bezpieczeństwie w ruchu drogowym oraz informacji o zatruciach spowodowanych czynnikami chemicznymi.

Niezbędne jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym pod względem bezpieczeństwa mikrobiologicznego i chemicznego, powietrza atmosferycznego i wewnętrznego w środowisku bytowania i pracy, żywności i wody, zapobieganie chorobom związanym z pracą, poprawa stanu zdrowia osób pracujących, zwiększenie bezpieczeństwa transportu, profilaktyka wypadków w szkole i miejscu pracy, profilaktyka upadków u osób starszych. Niezbędne jest także wzmocnienie działań pozwalających na skuteczne zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, w tym takich którym zapobiega się poprzez szczepienia ochronne lub podlegające światowym programom eliminacji lub eradykacji oraz zakażeń oraz zakażeń związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Cel operacyjny e)

Realizacja tego celu przyczyni się do poprawy poszczególnych obszarów zdrowia osób starszych, pozwoli na zmniejszenie obciążenia chorobami typowymi dla wieku podeszłego. W realizacji zadań niezbędne będzie korzystanie z doświadczeń z realizacji Założeń Długofalowej

Polityki Senioralnej na lata 2014-2020. Efektem podejmowanych interwencji będzie również poprawa Wskaźnika Aktywnego Starzenia. Projektem „Wskaźnik aktywnego starzenia się” kierują wspólnie Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL) oraz Wydział ds. Ludności Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ (EKG ONZ). W pierwszej fazie rozpoczętej w 2012 r., Europejskie Centrum Polityki Społecznej i Badań w Wiedniu opracowało wskaźnik i opublikowało wyniki dla wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej. Konieczna jest intensyfikacja współpracy na rzecz poprawy wyników wskaźnika, istnieje ku temu znaczny potencjał.

Dla osiągnięcia poprawy stanu zdrowia niezbędna jest reorientacja opieki zdrowotnej udzielanej osobom starszym i zapewnienie kompleksowych świadczeń a także wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych charakterystycznych dla wieku podeszłego.

Niezbędnym elementem dla poprawy stanu zdrowia osób starszych jest szkolenie kadr medycznych i zwiększanie wiedzy dotyczącej problemów geriatrycznych. Konieczne jest tworzenie środowisk sprzyjających zachowaniu i poprawie zdrowia, w tym w podmiotach leczniczych.

Przygotowanie projektu rozporządzenia zostało poprzedzone analizą rozwiązań międzynarodowych. Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy obszaru zdrowia publicznego przejście wprost rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest możliwe. Rozproszenie funkcji zdrowia publicznego, sposób przypisania ich poszczególnym podmiotom publicznym, a także różnorodność definiowania zakresu zdrowia publicznego pomiędzy poszczególnymi państwami nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących europejskiego modelu zdrowia publicznego i jest podstawą do przyjęcia w projektowanych przepisach rozwiązań dostosowanych do istniejących realiów organizacyjnych, finansowych oraz kompetencji instytucji publicznych.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

<p>Nazwa projektu Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Beata Małecka-Libera, Pełnomocnik Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Dariusz Poznański, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, tel. (22) 53 00 318, e-mail: d.poznanski@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 13.11.2015 r.</p> <p>Źródło:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strategia „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”, 2. Strategia Światowej Organizacji Zdrowia pod nazwą „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”, 3. Strategia Rozwoju Kraju 2020, 4. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego. <p>Nr w Wykazie Rady Ministrów: ...</p>
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Rozwój gospodarczy i społeczny Rzeczypospolitej Polskiej w ostatnich trzech dekadach przyniósł wiele korzystnych zmian dla sytuacji zdrowotnej w naszym kraju. Wśród najistotniejszych czynników można wymienić poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i dbałość o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Ich efektem jest nieustająca poprawa stanu zdrowia Polaków. Jednak umieralność i przeciętna długość życia w naszym kraju są wciąż na poziomie gorszym niż wynoszą średnie wskaźniki dla krajów Unii Europejskiej, a ich poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybki sposób. Społeczeństwo jest obciążone istotnie chorobami cywilizacyjnymi, powodowanych przede wszystkim stylem życia.

Obszarami, które przyczyniają się do największego obciążenia społeczeństwa i jednocześnie wymagają najbardziej intensywnego działania i jednocześnie uzasadniają wybór celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia są cztery przewlekłe choroby niezakaźne (choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, cukrzyca oraz choroby układu oddechowego), które dzielą ze sobą podstawowe czynniki ryzyka zdrowotnego – palenie tytoniu, nieprawidłową dietę, brak aktywności fizycznej oraz nadmierną konsumpcję alkoholu¹. Kolejnym obszarem, obok zgrupowanych w dwa cele dotyczące problemu nadwagi i otyłości wywołanej wspomnianymi czynnikami ryzyka oraz uzależnień i problemów z nich wynikających jest sfera zdrowia psychicznego. Około 1,5 miliona osób leczy się z powodu zaburzeń psychicznych, ponad 750 tys. osób jest narażonych na zachorowanie na depresję (liczba przypadków rośnie). Konsekwencją tych problemów jest wysoka liczba samobójstw, przekraczająca liczbę zgonów z powodu wielu powszechnie występujących nowotworów czy wypadków drogowych. Z kolei zgodnie z klasycznym modelem czynników wpływających na stan zdrowia populacji (tzw. model Lalonde’a) obok opisanych wcześniej modyfikowalnych czynników ryzyka (zależnych od stylu życia – jak palenie tytoniu, czy dieta) drugą grupą determinant zdrowotnych podlegających się interwencji zdrowia publicznego są środowiskowe czynniki ryzyka, odpowiedzialne nawet za 1/5 problemów zdrowotnych rozpatrywanych łącznie. Ostatnim obszarem działania, nabierającym szczególnie istotnego znaczenia w związku z zauważalnym procesem dynamicznego starzenia się polskiego społeczeństwa, jest obszar zdrowotnej polityki senioralnej. Zwiększający się udział osób starszych w strukturze demograficznej wymaga działań dotyczących zapobiegania lub opóźniania występowaniu chorób zależnych od wieku a także dostosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych. Szczegółowa informacja o sytuacji zdrowotnej i jej uwarunkowaniach (w tym narażeniu na czynniki środowiskowe i biologiczne)

¹ Światowa Organizacja Zdrowia – informacja o epidemiologii przewlekłych chorób niezakaźnych <http://www.who.int/ncdnet/about/4diseases/en/>, data akcesji 28.10.2015 r.

dostępna jest w opracowaniu kompleksowo opisującym stan zdrowia publicznego – przygotowywanej cyklicznie przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny², a w odniesieniu do sytuacji zdrowotnej osób starszych w monografii projektu PolSenior³.

Koszty chorób cywilizacyjnych, liczone w dziesiątkach miliardów złotych rocznie, kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na zapobieganie tym chorobom. Jak pokazują zagraniczne badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można zapobiegać. Wg szacunków WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie zapobiec redukując narażenie na czynniki ryzyka.

Całkowite koszty chorób sercowo-naczyniowych (hospitalizacje, leki, produktywność utracona z powodu wcześniejszych rent i emerytur, przedwczesna umieralność, zwolnienia chorobowe itd.) wyniosły w 2011 r. 42 mld zł. Wzrost kosztów związanych z chorobami sercowo-naczyniowymi będzie jeszcze silniejszy i zdecydowanie bardziej dotkliwy dla gospodarki. Szacuje się, że całkowite koszty związane z tą grupą chorób wzrosną z obecnych 42 mld zł rocznie do 93,0 mld zł w 2030 r., z czego koszty bezpośrednie (świadczenia zdrowotne i leki) wyniosą 39,6 mld zł (obecnie 15,3 mld zł), zaś pośrednie – 53,3 mld zł (obecnie 26,7 mld zł). Według danych Instytutu Żywności i Żywienia otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln hospitalizacji w Rzeczypospolitej Polskiej, a leczenie otyłości i jej powikłań pochłania 21% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia (tj. 14,5 mld zł). Liczba zgonów w Polsce z powodu chorób uznanych jako zależnych od palenia tytoniu jest szacowana na ok. 67 tys. rocznie (a zatem nawet co piąty zgon jest efektem palenia tytoniu). Dodatkowo straty spowodowane wyłącznie biernym paleniem tytoniu sięgają 5,5 mld zł.

Rosnące w zastraszającym tempie koszty opieki zdrowotnej należy zestawić z niekorzystnymi prognozami demograficznymi, które to czynniki w istotny sposób będą determinować przyszły rozwój gospodarczy. Najnowsze prognozy wskazują na dalszy spadek liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej oraz istotne zmiany w strukturze wieku populacji. Zdecydowanie niepokoi fakt, że największe ubytki następują w grupie osób w wieku produkcyjnym. O ile w 2013 r. liczba Polaków w tej grupie przekraczała 24 mln, o tyle w 2050 r. będzie to już tylko 19 mln. Zatem tak istotna jest dbałość o dobry stan zdrowia osób, które będą przyczyniać się do podtrzymania i rozwoju gospodarki. Jednym ze szczególnie ważnych aspektów branych pod uwagę przy analizie kosztów społecznych chorób są nie tylko wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia ponoszone na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ale także koszty związane z niezdolnością do pracy.

Prognozowany gwałtowny wzrost wydatków związanych z chorobami cywilizacyjnymi, które bardzo istotnie obciążą Narodowy Fundusz Zdrowia, będą miały istotny wpływ na budżet państwa przy jednoczesnym spadku liczby osób utrzymujących stabilność finansową z podatków i składek zdrowotnych. Pogorszenie stanu zdrowia społeczeństwa wpłynie na wszystkie sektory, zmniejszy produktywność i spowoduje konieczność alokowania dodatkowych środków na leczenie kosztem innych działów administracji. Obciążenie populacji problemami zdrowotnymi i struktura umieralności w ciągu ostatnich lat nie uległy istotnym zmianom. Prawie połowa zgonów w naszym kraju jest następstwem chorób układu sercowo-naczyniowego. Choroby te stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz niepełnosprawności. Wpływają w znaczący sposób na jakość życia Polaków, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym. W leczeniu ostrych zdarzeń wieńcowych, udarów mózgu i innych problemów z układem sercowo-naczyniowym Rzeczpospolita Polska zrobiła w ostatnich latach krok do przodu, jednak nadal dużo pozostaje do zrobienia.

Nadal niepokojąca wzrasta liczba osób zmagająca się z chorobami nowotworowymi. Liczba ta będzie rosła wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Główne czynniki ryzyka to wiek, obciążenia genetyczne i styl życia (używkami, alkohol, palenie tytoniu oraz brak aktywności fizycznej i niewłaściwe nawyki żywieniowe). Ryzyko zachorowania rośnie po 50 roku życia.

Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn są nowotwory płuca stanowiące około 1/5 zachorowań na nowotwory. W dalszej kolejności znajduje się rak gruczołu krokowego (13%), rak jelita grubego (12%) i rak pęcherza moczowego (7%). Wśród dziesięciu najczęstszych nowotworów u mężczyzn znajdują się również nowotwory żołądka, nerki, krtań, białaczki i chłoniaki. Wśród kobiet nowotworem jest rak piersi stanowiący ponad 1/5 zachorowań na nowotwory. Nowotwory jelita grubego są drugim co do częstości nowotworem u kobiet (10%). Trzecie miejsce zajmuje rak płuca (9%). W dalszej kolejności występują nowotwory trzonu macicy (7%), jajnika (5%), szyjki macicy, nerki,

² <http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/>

³ <http://polsenior.iimcb.gov.pl/monografia>

żołądka i tarczycy.

Jednym z czynników najsilniej zaburzających harmonijny rozwój społeczny są nierówności zdrowotne pojawiające się w następstwie niezrównoważonego oddziaływania społecznych czynników determinujących zdrowie. Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne – w Polsce w 2010 r. osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogły oczekiwać, że będą żyły znacznie dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym lub niższym – mężczyźni o około 12 lat i kobiety o około 5 lat. Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; przeciętnie najdłużej żyją natomiast mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi. Analizy wskazują, iż najkrócej żyją w Polsce mieszkańcy województwa łódzkiego - w 2010 r. mężczyźni o 3,6 lat, a kobiety o 2,5 lat krócej niż osoby mieszkające w najlepszych pod względem długości życia województwach tj. małopolskim i podkarpackim w przypadku mężczyzn oraz podlaskim w przypadku kobiet. Czynnikiem bardzo silnie różnicującym długość życia ludności jest poziom posiadanego wykształcenia. Sytuacja taka występuje nie tylko w naszym kraju ale również w krajach Europy środkowo-wschodniej zaznacza się szczególnie silnie. Wynika to ze stosunkowo krótkiego życia osób o niskim poziomie wykształcenia. Polacy w wieku 30 lat z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym żyją przeciętnie krócej od swoich rówieśników o takim samym wykształceniu w Danii, Finlandii Szwecji czy Włoszech aż o 7,5 – 11,0 lat podczas gdy różnice w długości życia mężczyzn z wyższym wykształceniem wahają się w granicach 1,3 – 3,9 lat. W przypadku kobiet różnice te są znacznie mniejsze. Jednym z podstawowych zadań systemu zdrowia publicznego jest właściwa identyfikacja przyczyn leżących u podstaw nierówności zdrowotnych oraz właściwe adresowanie interwencji zdrowotnych do populacji o największym stopniu marginalizacji i wykluczenia społecznego, dzięki czemu oczekuje się stopniowej redukcji przytoczonych powyżej danych świadczących o wysokim poziomie społecznych nierówności zdrowotnych.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Program jest dokumentem wykonawczym do ustawy z dnia 11 września o zdrowiu publicznym. Zgodnie z ustawą zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń dla zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
 - 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności: dzieci, młodzieży i osób starszych;
 - 3) promocję zdrowia;
 - 4) profilaktykę chorób;
 - 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
 - 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
 - 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
 - 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
 - 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.
- Powyższe zadania zostały przyporządkowane do poszczególnych celów operacyjnych, określonych na podstawie prognoz i analizy sytuacji zdrowotnej i demograficznej, a także danych o rozpowszechnieniu czynników ryzyka. W projekcie Programu jako cele operacyjne zaproponowano:
- a) poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa - Narodowy Program Profilaktyki Nadwagi i Otyłości.
 - b) ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie uzależnieniom behawioralnym - Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Związanych z Uzależnieniami.
 - c) poprawa dobrostanu psychicznego.
 - d) ograniczenie narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka.
 - e) utrzymanie i poprawa zdrowia osób starszych.

Zadania określone w Programie mają dwójaki charakter. Pierwsza grupa zadań to zadania własne administracji rządowej i samorządowej, wynikające z kompetencji przypisanych dla poszczególnych działów administracji rządowej lub z ustaw nakładających poszczególne obowiązki na jednostki samorządu terytorialnego (jak ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i zapobieganiu alkoholizmowi, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego czy ustawa o rewitalizacji).

Druga grupa zadań obejmuje nowe interwencje, które nie stanowią zadań własnych administracji rządowej i samorządowej i które wymagają wsparcia finansowego ze środków przewidzianych na realizację Programu. Zaproponowane zadania w ramach celów operacyjnych składają się na proces analizy stanu zdrowia i rozpowszechnienia czynników ryzyka, testowania interwencji profilaktycznych, wdrażaniu i ewaluacji tych interwencji a także tworzenie środowisk sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia.

Grupy działań zaproponowane w ramach każdego z celów operacyjnych NPZ to przede wszystkim promocja zdrowia (czyli edukacja zdrowotna oraz polityka prozdrowotna) a także profilaktyka zgrupowana w trzech fazach – wczesna (kierowana do ogółu społeczeństwa), wtórna (kierowana do grup o zwiększonym ryzyku) oraz profilaktyka trzeciej fazy (zapobieganie powikłaniom). Są to dwie podstawowe formy oddziaływań w zdrowiu publicznym.

Zgodnie z ustawą z dnia 11 września o zdrowiu publicznym w ramach Narodowego Programu Zdrowia nie mniej niż 10% środków przeznaczonych na jego realizację przeznacza się na zadania z zakresu:

- 1) monitorowania i oceny stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa;
- 2) identyfikacji i analizy rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie stanu zdrowia społeczeństwa;
- 3) identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 4) inicjowania i prowadzenia badań naukowych:
 - a) zmierzających do oceny związku między potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności,
 - b) dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego, obejmujących testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych niż określone w NPZ.

Realizacja zadań określonych w Programie przyczyni się do zwiększenia liczby lat przeżywanych w zdrowiu, poprawy jego jakości związanej ze zdrowiem i zmniejszenia liczby chorób i urazów możliwych do uniknięcia. Nowym zadaniem, ujętym w NPZ będzie program profilaktyki otyłości, nieobjęty finansowaniem w chwili obecnej. Otyłość stanowi w chwili obecnej jeden z największych problemów zdrowia publicznego, a niemal wszystkie państwa członkowskie UE realizują tego typu programy.

Dzięki Programowi będzie możliwe zapewnienie spójności zadań z zakresu zdrowia publicznego i uniknięcie dublowania lub pominięcia poszczególnych obszarów. Program jest dokumentem kompleksowo opisującym rozwiązania przyjmowane na rzecz ograniczenia występowania poszczególnych problemów zdrowotnych, skali występowania czynników ryzyka zdrowotnego.

Postępujące oczekiwania społeczne (w krajach rozwiniętych) co do jakości usług i ich dostępności, przy jednoczesnych zmianach w systemach opieki zdrowotnej, które nie zawsze nadążają za szybkim postępowaniem w medycynie i – szerzej – postępowaniem cywilizacyjnym, powodują konieczność zmiany podejścia do zdrowia publicznego, w tym zaniedbywanej częstokroć promocji zdrowia i profilaktyki chorób. W uzasadnianej danymi, eksperckiej debacie międzynarodowej postuluje się, by opieka zdrowotna – nie tylko medycyna naprawcza, ale też usługi promocji zdrowia i profilaktyki chorób – była jak najlepiej dopasowana do zmieniających się w cyklu życia potrzeb jednostki. Osiągnięcie tego celu jest możliwe poprzez budowanie i wzmacnianie kapitału ludzkiego (pacjentów, środowisk lokalnych, usługodawców), poprawę koordynacji udzielanych usług i zarządzania w ochronie zdrowia, wzrost odpowiedzialności decydentów, zmianę modelu opieki na bardziej holistyczny przy zachowaniu wysokich standardów specjalistycznych czy wreszcie poprzez działania systemowe, w tym prawodawcze.

Rosnące koszty terapii wobec coraz większego obciążenia społeczeństw chorobami cywilizacyjnymi, w tym przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, powodują konieczność podjęcia pilnych działań mających na celu odwrócenie trendów epidemiologicznych. Należy zauważyć przy tym ciekawy paradoks: coraz większej wiedzy i świadomości zdrowotnej nie zawsze towarzyszy dokonywanie świadomych wyborów prozdrowotnych. Wobec tego konieczne są nakłady sił i środków na działania edukacyjne i profilaktyczne o udowodnionej skuteczności. Za skuteczne należy uznać te działania, za którymi idzie zarówno trwała zmiana zachowań jak i postaw, przynosząc w krótszej lub dłuższej perspektywie wymierne korzyści nie tylko dla zdrowia publicznego, ale także korzyści mierzone w skalach mikro- i

makroekonomicznej (jako oszczędności dla budżetów domowych, samorządowych, państwa).

Wobec potrzeby dalszego inwestowania w zdrowie i w systemy opieki zdrowotnej, zatem w zachowanie zdrowia i jego przywracanie, przy jednoczesnych ograniczonych zasobach, w tym środków finansowych, analizy ekonomiczne stały się integralną częścią światowych starań. WHO, OECD, Bank Światowy i inne organizacje międzynarodowe prowadzą badania mające wesprzeć kraje i regiony w podejmowaniu decyzji pozwalających nie tylko zaoszczędzić na wydatkach, na których zaoszczędzić można, ale także decyzji, które przyniosą zwrot poniesionych kosztów. Dane z dziesiątków badań zebrane przez WHO pozwoliły ekspertom na opracowanie katalogu interwencji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przynoszących udowodnioną korzyść ekonomiczną – już w ciągu pierwszych pięciu lat od podjęcia danego działania bądź w perspektywie wieloletniej. Pośród interwencji przynoszących wymierne korzyści w ciągu pierwszych pięciu lat od ich zastosowania wymienia się np. działania prozdrowotne w miejscu pracy, w tym ochrona zdrowia psychicznego pracowników i ich bliskich, przeciwdziałanie przemocy, szczepienia, zapewnienie bezpieczeństwa na drogach, utrzymanie terenów zielonych etc. Wiele rządów zareagowało na kryzys finansowy ograniczając wydatki budżetowe, a biorąc pod uwagę, że dla większości krajów wydatki na zdrowie są drugie co do wielkości w budżecie, skala implikacji wszelkich przyjętych ograniczeń jest duża i pociąga za sobą istotne konsekwencje.

W pierwszej kolejności te konsekwencje obnażają nierówności w zdrowiu w danych kraju. Wg badań porównawczych 25 krajów europejskich (Mackenbach et al., 2011) nierówności w zdrowiu spowodowały ponad 700 000 zgonów oraz 33 mln zachorowań, które pochłonęły 20% wydatków z budżetu o spowodowały spadek PKB o 1,4%, czyli o 141 mld Euro. Łączne koszty konsekwencji nierówności w zdrowiu oszacowano na 960 mld Euro.

Koszty zdrowia i chorób mierzone są z kilku perspektyw, przy uwzględnieniu wielu czynników i zastosowaniu różnych wartości. Jednym z podstawowych przyjętych mierników jest DALY (Disability Adjusted Life Years) – liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność. W wielu krajach wysoko rozwiniętych działania w opiece zdrowotnej są uznawane za efektywne kosztowo, gdy ich koszt nie przekracza 50 000 USD za jeden uzyskany DALY. W przypadku wyliczenia łącznej korzyści płynącej z ochrony osób przed niekorzystnymi skutkami palenia tytoniu (interwencja wielokierunkowa: podniesienie podatków, zakaz reklamy, ostrzeżenia, ochrona przed dymem) stwierdzono uzyskanie 25-30 mln DALY, podobna interwencja dot. spożycia alkoholu pozwoliła na uzyskanie 5-10 mln DALY. Wyliczenie kosztów osiągnięcia takich korzyści mierzonych w DALY wskazuje na znacznie większą efektywność kosztową niż wyżej wymieniona wartość progowa 50 000 USD.

Jednak część badaczy, także w celu wykazania decydentom innym niż związani tradycyjnie z sektorem ochrony zdrowia, posługuje się danymi liczbowymi ujętymi systemem walutowym. Na przykład w odniesieniu do zdrowia psychicznego, w Wielkiej Brytanii oszacowano koszt wczesnego wykrycia depresji poporodowej połączonego z działaniem pomocowym na 119 £ na osobę, natomiast oszczędność z tytułu podjęcia tej interwencji na 383 £ miesięcznie (Petrou et al., 2006). Z kolei w Stanach Zjednoczonych badania wykazały, że promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka depresji w miejscu pracy, której koszt wyniósł 100-400 USD na osobę rocznie, przyniosła oszczędności w wysokości 1800 USD na osobę rocznie (Wang et al., 2007). Do działań szczególnie efektywnych kosztowo, przynoszących duże oszczędności, zalicza się szczepienia – oszczędności są jeszcze większe, gdy dotyczą populacji szczególnie narażonych na określone czynniki chorobotwórcze.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia publicznego. Rozwiązania stosowane w krajach Unii Europejskiej są bardzo zróżnicowane pod względem organizacji i finansowania. Ponadto zakres przedmiotowy w sposób istotny różni się pomiędzy krajami. Niemniej jednak wszystkie państwa członkowie Unii Europejskiej należą do Światowej Organizacji Zdrowia, której dokumenty strategiczne są przyjmowane na posiedzeniach Komitetu Regionalnego WHO. W tych dokumentach określa się katalog zadań niezbędnych do osiągnięcia poprawy zdrowia, przede wszystkim poprzez walkę z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi.

Porównanie międzynarodowe

Kraje rozwinięte, prowadząc działania – skoordynowane w różnym stopniu i na różnym poziomie – na rzecz zdrowia publicznego, realizują opracowywane przez specjalistów zalecenia instytucji międzynarodowych, przyjmowane przez ich państwa członkowskie. Zaprezentowane poniżej syntetyczne

podsumowanie rozwiązań międzynarodowych, wnioski ze współpracy i wymiany doświadczeń międzynarodowych z ekspertami Światowej Organizacji Zdrowia (w ramach umów o współpracę Ministerstwa Zdrowia z Biurem WHO w Polsce), analizy dostępnych publikacji i rekomendacji dotyczących walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, substancjami psychoaktywnymi, działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, poprawy zdrowia środowiskowego czy polityki senioralnej, wskazują na fakt, iż zaproponowane w programie interwencje są zgodne z działaniami prowadzonymi w państwach członkowskich UE/OECD.

Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi także projekt polskiego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 pozostaje zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) pt. „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek” i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”⁴ oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”⁵. Mimo wspólnych wytycznych organizacji międzynarodowych, poszczególne rozwiązania stosowane w krajach rozwiniętych, w tym w Unii Europejskiej, są zróżnicowane pod względem systemowym, a zatem prawnym, organizacyjnym czy finansowym. Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy obszaru zdrowia publicznego przejęcie wprost w Rzeczypospolitej Polskiej rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest zasadne i realne, ale może służyć jako wytyczna do projektowania i przyjmowania krajowych rozwiązań.

Przykładowo można wskazać na poniższe rozwiązania stosowane w krajach europejskich:

Austria podjęła decyzję o ustaleniu długoterminowych (20 lat) celów zdrowotnych na poziomie federalnym dla uzupełnienia istniejących polityk na szczeblu lokalnym w 2010 r. Cele zostały przyjęte przez austriacką Radę Ministrów w 2012 r.⁶ Cele te są realizowane poprzez szereg polityk prozdrowotnych, w tym o charakterze regulacyjnym.

Także w **Belgii**, choć to gminy są odpowiedzialne za promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, to większość decyzji dotyczących zdrowia publicznego, zwłaszcza tych strategicznych i regulacyjnych, jest podejmowanych przez rząd federalny.⁷

W **Bułgarii** działania dotyczące zdrowia publicznego organizuje, finansuje i koordynuje rząd, tj. minister właściwy do spraw zdrowia, współpracując m. in. z ministrami właściwymi do spraw finansów, edukacji, środowiska, rolnictwa, transportu oraz z instytucjami naukowymi. Polityka państwa w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jest ujmowana w ramy dokumentu strategicznego (*National Health Strategy*) oraz szeregu programów tematycznych.⁸

Chorwacja ujmuje zdrowie publiczne w różnych dokumentach tematycznych, a za dokumenty łączące wszystkie najistotniejsze problemy zdrowia publicznego, np. perspektywy nierówności społecznych w zdrowiu, można uznać np. *the National Health Care Strategy 2012–2020* oraz *the Plan for the Development of Public Health 2011–2015*.⁹

Rząd **Republiki Czeskiej** na początku 2014 r. przyjął w drodze rezolucji, bazujący na ww. strategii Unii Europejskiej, dokument *Health 2020 – National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention*, który stanowi wyznacznik dla polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego.

⁴ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 oraz http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf

⁵ Komunikat Komisji Europejskiej Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, KOM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 03.03.2010 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServLexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>.

⁶ <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/health-targets-for-austria/>

⁷ Health Systems in Transition, Vol. 12, No. 5 2010, Belgium – Health system review, Sophie Gerkens, Sherry Merkur; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF?ua=1

⁸ Health Systems in Transition, Vol. 14, No. 3 2012, Bulgaria – Health system review, Antoniya Dimova, Maria Rohova, Emanuela Moutafova, Elka Atanasova, Stefka Koeva, Dimitra Panteli, Ewout van Ginneken; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/169314/E96624.pdf?ua=1

⁹ Health Systems in Transition, Vol. 16, No. 3 2014, Croatia – Health system review, Aleksandar Dzakula, Anna Sagan, Nika Pavic, Karmen Loncarek, Katarina Sekelj-Kauzlaric; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf?ua=1

Celem głównym strategii jest poprawa zdrowia populacji oraz ograniczenie zachorowalności i przedwczesnych zgonów. Koordynatorem realizacji postanowień dokumentu jest minister właściwy do spraw zdrowia. Inni ministrowie, właściwi ze względu na opisane w nim działania, są zobowiązani do współpracy.¹⁰

W **Estonii** w 2008 r. przyjęto średniookresową strategię na lata 2009-2020 (*National Health Plan 2009–2020*). Dokument ten określa cele dla zdrowia publicznego, które umożliwią m. in. wydłużenie przeciętnego trwania życia mężczyzn do 75 lat, a kobiet do 84. Ponadto politykę zdrowia publicznego opisuje szereg dokumentów tematycznych, do których koordynacji został ustawowo¹¹ zobowiązany minister właściwy do spraw społecznych (*the Ministry of Social Affairs*).¹²

System w **Finlandii** nakłada obowiązki dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki chorób na gminy, przy wsparciu ze strony administracji centralnej. Finlandia przyjęła rządowy plan na lata 2000-2015, w postaci *Government Resolution on the Health 2015 public health programme*. Raport z realizacji dokumentu jest przedstawiany co cztery lata (*the Social and Health Report*).¹³

We **Francji**, choć nie ma jednego dokumentu określającego politykę państwa w zakresie zdrowia publicznego, świadomość wagi działań w tym obszarze, a zwłaszcza działań edukacyjnych i profilaktycznych znajduje odzwierciedlenie m.in. w rozwiązaniach organizacyjnych. Odpowiedzialna za opracowanie i implementację polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego jest działająca w strukturze ministerstwa (*Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes*) tzw. generalna dyrekcja do spraw zdrowia (*Direction Générale de la Santé*). Jednym z głównych zadań ministerstwa jest utrzymanie i poprawa zdrowia populacji poprzez interwencje tematyczne w zdrowiu publicznym opisane w narodowych planach dotyczących najistotniejszych epidemiologicznie problemów zdrowotnych. Zadania w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki pierwotnej realizuje natomiast, zgodnie z polityką rządu, specjalnie do tego utworzony w 2002 r. instytut (*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES*). W 2014 r. podjęto decyzję o pełniejszej integracji działań w zakresie zdrowia publicznego i rozpoczęto tworzenie wyspecjalizowanej narodowej agencji, która przejmie obowiązki i personel kilku instytucji, w tym INPES czy inspekcji sanitarnej.¹⁴

Organizacja działań w obszarze zdrowia publicznego w **Hiszpanii** odzwierciedla dużą autonomię regionów (wspólnot autonomicznych) przy jednoczesnym zachowaniu koordynacyjnej roli rządu centralnego, tj. głównie ministerstwa właściwego do spraw zdrowia (*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*), który określa politykę państwa w przedmiotowym zakresie¹⁵. Instytucją współpracującą w zakresie ustanawiania strategii zdrowia publicznego jest rada wspólnot autonomicznych do spraw systemu ochrony zdrowia (*Inter-territorial Council of the National Health System*) i to ona zatwierdziła w 2013 r. dokument strategiczny dotyczący profilaktyki i promocji zdrowia (*Prevention and Health Promotion Strategy of the Spanish NHS*).¹⁶

Rozwiązania przyjęte w **Holandii** nakładają obowiązki dotyczące ochrony, promocji zdrowia i profilaktyki chorób na gminy, przy wsparciu ze strony administracji centralnej. Nie ma jednego dokumentu opisującego politykę państwa w zdrowiu publicznym, jednak jego priorytety są wyznacznikiem działań rządu, w tym ministra właściwego do spraw zdrowia.¹⁷

Można uznać, że na **Litwie** dokumentami strategicznymi dla skoordynowania tych działań jest ustawa z 2002 r. (*Public Health Law*) oraz wprowadzający koncepcję zdrowia publicznego do systemu ochrony zdrowia w 1998 r. dokument *Lithuanian Health Programme (1998-2010)* i strategia *National Public*

¹⁰ <http://www.mzcr.cz/> oraz <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00185216>; Health 2020 - National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention, Ministry of Health of the Czech Republic in cooperation with the National Institute of Public Health, Prague 2014, ISBN 978-80-85047-50-9

¹¹ ustawa z dnia 14 czerwca 1995 r. o zdrowiu publicznym - Public Health Act

¹² Health Systems in Transition, Vol. 15, No. 6 2013, Estonia – Health system review, Taavi Lai, Triin Habicht, Kristiina Kahur, Marge Reinap, Raul Kiivet, Ewout van Ginneken; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf?ua=1

¹³ <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114637/Es200108eng.pdf?sequence=1>

¹⁴ http://www.inpes.sante.fr/INPES/nouvel-institut/Rapport_Prefiguration.pdf

¹⁵ <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/home.htm>

¹⁶ <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ExecutiveSummary.pdf>

¹⁷ <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport>

Health Strategy 2006–2013. Zadania mające na celu poprawę zdrowia populacji m.in. poprzez bezpieczne środowisko społeczne, zdrowy styl życia, skuteczną opiekę zdrowotną etc. są opisane w różnych dokumentach.¹⁸

Z kolei sąsiadująca **Łotwa** prowadzi działania z zakresu zdrowia publicznego w oparciu o strategię przyjętą przez Radę Ministrów w 2011 r. – *Public Health Strategy* na lata 2011–2017¹⁹. Dokument zawiera diagnozę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, a sposoby realizacji celów. Obok strategii są realizowane inne, wpisujące się w nią programy i plany działań dotyczące określonych obszarów zdrowotnych.

Władze **Malty** ujęły zadania zdrowia publicznego w dokumencie *National Health Systems Strategy* (NHSS) na lata 2014-2020. Obok ww. strategii są realizowane działania wynikające z dokumentów poświęconych różnym aspektom zdrowia publicznego, w tym chorobom niezakaźnym, nowotworom, zdrowiu seksualnemu, nadwadze i otyłości, czy profilaktyce gruźlicy.²⁰

W **Norwegii** to ustawa obowiązująca od 2012 r.²¹ określa cel strategiczny i cele operacyjne w zdrowiu publicznym, nakłada obowiązki dotyczące planowania i realizacji działań na gminy, powiaty i administrację rządową. Ustawie towarzyszą liczne plany i strategie poświęcone różnym zagadnieniom z zakresu zdrowia publicznego. Na uwagę zasługuje też opublikowany w 2012 r., m.in. ze względu na duże zaangażowanie Norwegii w międzynarodową pomoc rozwojową, dokument *Global health in foreign and development policy* (tzw. *White paper*)²², który określa priorytety kraju do 2020 r. dotyczące zdrowia publicznego na świecie.

Portugalia prowadzi działania w zdrowiu publicznym według planu opisanego w dokumencie *National Health Plan* (na lata 2004–2010 oraz 2011–2016), który definiuje największe wyzwania dla zdrowia publicznego w kraju.²³

Rząd **Słowacji** przyjął w 2013 r. dokument strategiczny (*Strategic framework for health for 2014-2030*), którego elementem jest wyznaczenie średnio- i długoterminowych działań mających na celu poprawę stanu zdrowia populacji.²⁴

W **Szwecji**, podobnie jak w Norwegii, to ustawa określa priorytety zdrowia publicznego i jej realizacja jest cyklicznie monitorowana i ewaluowana, w tym analizowane jest zaangażowanie władz centralnych i lokalnych, społeczności i innych podmiotów.²⁵ System planowania skutecznych interwencji jest uzupełniony publikacją wytycznych rządowej agencji dotyczących poszczególnych tematów zdrowia publicznego.²⁶

Rząd **Wielkiej Brytanii** opublikował w 2010 r. strategię, tzw. Białą Księgę (*White Paper: Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England*)²⁷, w której ogłosił początek nowej ery dla sektora zdrowia publicznego. Biała Księga przedstawia w zarysie pożądane formy zaangażowania w ochronę społeczeństwa przed poważnymi zagrożeniami zdrowotnymi, porusza też kwestie nierówności społecznych w zdrowiu. W Księdze wskazuje się na samorządy oraz społeczności lokalne, które powinny odgrywać najważniejszą rolę w kwestiach dotyczących zdrowia publicznego.

¹⁸ Health Systems in Transition, Vol. 15, No. 2 2013, Lithuania – Health system review, Liubove Murauskiene, Raimonda Janoniene, Marija Veniute, Ewout van Ginneken;

Marina Karanikolos http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf?ua=1

¹⁹ http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/latvia_annex2_public_health_strategy_2011_2017.pdf

²⁰ Health Systems in Transition, Vol. 16, No. 1 2014, Malta – Health system review, Natasha Azzopardi Muscat, Neville Calleja, Antoinette Calleja, Jonathan Cylus;

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/241849/HiT-Malta.pdf?ua=1

²¹ <https://www.mindbank.info/item/463>

²² [https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/meld.-st.-11-](https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/meld.-st.-11-20112012/id671098/?docId=STM201120120011000EN_EPIS&q=&navchap=1&ch=2)

[20112012/id671098/?docId=STM201120120011000EN_EPIS&q=&navchap=1&ch=2](https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/meld.-st.-11-20112012/id671098/?docId=STM201120120011000EN_EPIS&q=&navchap=1&ch=2)

²³ Health Systems in Transition, Vol. 13, No. 4 2011, Portugal – Health system review, Pedro Pita Barros, Sara Ribeirinho Machado, Jorge de Almeida Simões;

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf?ua=1

²⁴ <http://www.health.gov.sk/?Key-publications>

²⁵ [http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12827/R2013-04-Ten-years-of-Swedish-public-health-](http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12827/R2013-04-Ten-years-of-Swedish-public-health-policy.pdf)

[policy.pdf](http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12827/R2013-04-Ten-years-of-Swedish-public-health-policy.pdf)

²⁶ <https://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines>

²⁷ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216096/dh_127424.pdf

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt			
Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Populacja polska	38 461 750	„Prognoza ludności na lata 2014-2050”, Główny Urząd Statystyczny, http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf , data akcesji 18.02.2015 r. str. 111.	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności, zwiększenie produktywności, obniżenie absencji chorobowej, odsetka osób niepełnosprawnych.
Wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego oraz pozostałe podmioty wskazane w Narodowym Programie Zdrowia (jak organizacje pozarządowe, pracodawcy, uczelnie medyczne, instytuty badawcze).	16 wojewodów, 16 województw, 314 powiatów oraz 2.478 gmin oraz pozostałe podmioty określone w NPZ.	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji: https://administracja.maz.gov.pl/adm/baza-jst/843,Samorzad-terytorialny-w-Polsce.html , data akcesji 15.03.2015 r.	Zadania określone w Programie w większości będą zadaniami nowymi (finansowanymi z dodatkowych środków przewidzianych na realizację ustawy – tj. środków w budżecie państwa, środków państwowych funduszy celowych pozostających w dyspozycji ministra właściwego ds. zdrowia oraz kultury fizycznej) albo zadaniami własnymi, których sposób wykonania ulegnie modyfikacji związanej z większym niż dotychczas zwracaniem uwagi na zdrowotne konsekwencje interwencji i regulacji. Dla zadań własnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego istotna jest zmiana punktu odniesienia – zamiast odrębnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a także częściowo dla zadań polegających na promocji zdrowia psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych, jednostki samorządu terytorialnego powinny od 2017 r. uwzględniać cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia. Z kolei dla

			<p>administracji rządowej przyjęcie programu spowoduje konieczność uwzględnienia celu strategicznego NPZ w kreowaniu prozdrowotnej polityki publicznej i podejmowaniu lub zlecaniu zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych w Programie.</p> <p>Realizacja Programu wpłynie na działanie tych podmiotów, a także funkcjonowanie organizacji pozarządowych, stowarzyszeń zawodowych czy innych podmiotów mających lub mogących mieć wpływ na kształtowanie zdrowia populacji w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da możliwość ubiegania się o środki na realizację zadań przewidzianych w Programie. • Wpłynie potencjalnie na zmianę sposobu prowadzenia polityki lokalnej i regionalnej w kierunku prozdrowotnym, uwzględniającym czynniki ryzyka i wzmacnianie potencjału zdrowia. • Poprawi współpracę międzyresortową i międzysektorową na rzecz zdrowia.
--	--	--	--

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Wstępny projekt będzie przedmiotem pre-konsultacji ze środowiskiem ekspertów oraz jednostek podległych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

Projekt rozporządzenia otrzymają do konsultacji publiczne następujące podmioty: Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego, Krajowy Konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Instytut Kardiologii, Centrum Onkologii - Instytut, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Marszałkowie Województw, wojewodowie, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Rządowa Rada Ludnościowa, Związek Województw RP, Związek Powiatów Polskich, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,

Forum Związków Zawodowych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Konfederacja Lewiatan, Federacja Pacjentów Polskich, z terminem zgłaszania uwag w ciągu 30 dni od dnia otrzymania.

Wyniki konsultacji zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny po ich zakończeniu. Projekt rozporządzenia z chwilą jego przekazania do uzgodnień, zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2013 r. poz. 979).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2015 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)	
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem	-140	-140	-140	-140	-140								-700
budżet państwa	-70	-80	-80	-80	-80								-390
JST													
pozostałe jednostki – państwowe fundusze celowe pozostające w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki.	-70	-60	-60	-60	-60								-310
Saldo ogółem	-140	-140	-140	-140	-140								-700
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania	Zadania przewidziane projektowaną ustawą będą sfinansowane ze środków budżetu państwa oraz ze środków państwowych funduszy celowych pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Przyjęcie Programu będzie wiązało się ze skutkami finansowymi w wysokości 140 mln zł na realizację zadań koniecznych do osiągnięcia celów strategicznych tego Programu.</p> <p>Z uwagi na brak precyzyjnej informacji niezbędnej do prowadzenia prozdrowotnej polityki publicznej w oparciu o obiektywne, rzetelne i wiarygodne dane, w tym informacji o wielu aspektach sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, w różnych grupach wiekowych, z różnymi problemami zdrowotnymi, danych o częstości występowania poszczególnych czynników ryzyka, ich wpływie na stan zdrowia, a także z uwagi na konieczność ciągłego monitorowania sytuacji, ewaluacji skuteczności planowanych i podejmowanych interwencji przyjęto, że nie mniej niż 10% środków planowanych do wydatkowania na realizację Programu rocznie będzie przeznaczane na realizację zadań polegających na:</p>												

<p>1) monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa; 2) identyfikacji i analizie rozpowszechnienia czynników ryzyka przyczyniających się do pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa; 3) identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu; 4) inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, w tym badań zmierzających do oceny zależności pomiędzy czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a zdrowiem, oraz badań dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego.</p> <p>Na początkowym etapie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego udział finansowania tych zadań w całości wydatków będzie dość istotny, z uwagi na konieczność rozpoczęcia monitorowania wielu dotychczas nie badanych, lub badanych jedynie fragmentarycznie obszarów zdrowia.</p> <p>Kwota 140 mln zł, przewidziana na realizację Programu została określona w odniesieniu do planowanych celów operacyjnych w postaci profilaktyki nadwagi i otyłości poprzez poprawę nawyków żywieniowych, zadań na rzecz upowszechnienia aktywności fizycznej, zapobiegania następstwom zdrowotnym wynikającym z uzależnień od substancji psychoaktywnych, poprawy stanu zdrowia psychicznego oraz ograniczenia ekspozycji na czynniki środowiskowe (fizyczne, chemiczne i biologiczne). Udział tych grup zadań w całości Programu jest zróżnicowany i zależy od oczekiwanej efektywności proponowanych rozwiązań i możliwości zmiany naturalnego przebiegu chorób cywilizacyjnych poprzez modyfikację zachowań indywidualnych i grupowych ludzi a także odpowiednie kształtowanie warunków środowiska, umożliwiając dokonywanie wyborów prozdrowotnych i także utrzymanie i poprawę zdrowia. Zadania polegające na profilaktyce chorób wywołanych przez palenie tytoniu, szkodliwą konsumpcję alkoholu i niewłaściwe wzorce odżywiania się będą finansowane na poziomie co najmniej połowy środków przeznaczonych na realizację Programu. Zakłada się, że profilaktyka nadwagi i otyłości powinna być finansowana na relatywnie najwyższym poziomie. Z kolei zadania polegające na monitorowaniu i ograniczaniu narażenia na czynniki środowiskowe będą finansowane relatywnie na niższym poziomie, z uwagi na inne działania skutecznie i efektywnie podejmowane już obecnie przez inne podmioty.</p> <p>Przyjęcie Programu obowiązującego od 2016 r., nie spowoduje zmian w poziomie wydatków przeznaczanych obecnie ze własnych środków na realizację innych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej i działań o charakterze profilaktyki problemów zdrowotnych i promocji zdrowia przez Ministra Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, jednostki podległe lub nadzorowane oraz jednostki samorządu terytorialnego.</p>								
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2015 r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Obniżenie skali występowania absencji chorobowej, zwiększenie produktywności pracowników z uwagi na poprawę stanu zdrowia.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności.
Niemierzalne		Wiele z działań mających na celu zmniejszenie narażenia ludności na środowiskowe zagrożenia zdrowia będzie miało też korzystny wpływ na środowisko naturalne. W szczególności, działania mające na celu zmniejszenie zanieczyszczenia powietrza drobnymi pyłami, które przyczyniają się obecnie do ponad 40 tys. przedwczesnych zgonów rocznie w Polsce, ograniczy równocześnie emisje gazów cieplarnianych i straty w ekosystemach powodowane zanieczyszczeniami. Poprawa jakości powietrza w uzdrowiskach wpłynie na zdrowie kuracjuszy, polepszy szansę uzdrowisk na utrzymanie ich roli jako miejscowości turystycznych i wpłynie pozytywnie na ich sytuację gospodarczą.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Finansowanie Programu będzie pochodzić z budżetu państwa. Ze środków przeznaczonych na Program będzie możliwe wsparcie działań resortów innych niż Ministerstwo Zdrowia, jeśli zostaną ujęte w Programie. Środki na tego rodzaju działania będą stanowić nie mniej, niż 20% udziału w całkowitych kosztach zadań przewidzianych na dany rok. Program nie będzie naruszać możliwości opracowywania programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input type="checkbox"/>		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 11 września o zdrowiu publicznym organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego będą przekazywać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 30 kwietnia każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Jednostki samorządu terytorialnego będą zobowiązane do przekazywania właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Wojewoda na podstawie informacji gromadzonych od jednostek	

	samorządu terytorialnego będzie przygotowywać informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronicznej.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
9. Wpływ na rynek pracy		
Przedmiotowy projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na rynek pracy, przyczyniając się do zmniejszenia absencji chorobowej i zwiększenia produktywności pracowników.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
<p>Za koordynację Programu odpowiedzialny będzie minister właściwy do spraw zdrowia, wspierany przez Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, którego zadaniem będzie zapewnianie spójności zadań administracji publicznej z zakresu zdrowia publicznego. Realizacja zadań będzie monitorowana przez Radę do Spraw Zdrowia Publicznego. Zgodnie z rozdziałem X projektu Programu zadaniem ministra lub Pełnomocnika Rządu ds. zdrowia publicznego (w przypadku jego powołania przez Radę Ministrów) jest przygotowywanie rocznych harmonogramów pracy, określających szczegółowe terminy ogłaszania konkursów, zawierania umów w trybie wnioskowym, wysokość alokacji środków na poszczególne zadania oraz grona podmiotów, spośród których wyłaniani będą realizatorzy zadań, jeżeli nie zostali wskazani w Programie. Kolejnym zadaniem jest również wspieranie realizatorów zadań w zakresie dostarczania informacji o zalecanym sposobie ich wykonywania pod kątem ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.</p> <p>Harmonogram realizacji przewiduje co do zasady powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego na początku programu. W odniesieniu do inicjatyw wykonywanych jako zadania własne przez administrację rządową i samorządową na początku funkcjonowania programu minister właściwy do spraw zdrowia (lub Pełnomocnik rządu ds. zdrowia publicznego w przypadku jego powołania) będzie występował do właściwych podmiotów o rozpoczęcie realizacji zadań wynikających z Programu. Z kolei w przypadku zadań, których realizacja będzie wiązała się z uruchomieniem dodatkowego finansowania, a ich powierzenie będzie odbywać się w trybie konkursowym lub pozakonkursowym umowy będą co do zasady zawierane w pierwszym kwartale roku, określonego w Programie jako właściwy dla danego zadania. W miarę możliwości finansowych umowy będą zawierane na cały okres trwania zadania. Poza wybranymi zadaniami, w przypadku których wskazano określony rok realizacji (jak zadania 3.1 czy 2.4.3) zakłada się, że realizacja powinna przypadać na cały okres trwania Programu.</p> <p>Z uwagi na rozpoczęty proces konsultacji projektowanego Programu należy zakładać, że opisany powyżej wstępny harmonogram może ulec zmianie.</p>		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
<p>Szczegółową propozycję wskaźników monitorowania, a zatem mierników efektu Programu, przedstawiono w części B do załącznika projektu rozporządzenia.</p> <p>Ewaluacja efektów działań nastąpi najwcześniej z dnia uzyskania informacji o zrealizowanych zadaniach w pierwszych roku funkcjonowania ustawy, a zatem z dniem 1 października 2017 r. i będzie zadaniem ciągłym realizowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia i Radę Spraw Zdrowia Publicznego.</p>		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		

Brak

Uzasadnienie

1. Uzasadnienie podjęcia prac

Niniejszy Program jest wydawany na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września o zdrowiu publicznym.

Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania ulegają systematycznej poprawie w ostatnich dziesięcioleciach. Wśród najistotniejszych czynników wpływających na tę sytuację można wymienić poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i dbałość o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Ich efektem jest nieustająca poprawa stanu zdrowia Polaków. Jednak umieralność i przeciętna długość życia w naszym kraju są wciąż na poziomie gorszym niż wynoszą średnie wskaźniki dla krajów Unii Europejskiej, a poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybki sposób¹. Społeczeństwo jest obciążone istotnie chorobami cywilizacyjnymi, powodowanych przede wszystkim stylem życia. Koszty tych chorób cywilizacyjnych, liczone w dziesiątkach miliardów złotych rocznie, kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na zapobieganie tym chorobom. Jak pokazują zagraniczne badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można zapobiegać. Wg szacunków WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie zapobiec redukując narażenie na czynniki ryzyka.

Całkowite koszty chorób sercowo-naczyniowych (hospitalizacje, leki, produktywność utracona z powodu wcześniejszych rent i emerytur, przedwczesna umieralność, zwolnienia chorobowe itd.) wyniosły w 2011 r. 42 mld zł². Wzrost kosztów związanych z chorobami sercowo-naczyniowymi będzie jeszcze silniejszy i zdecydowanie bardziej dotkliwy dla gospodarki. Szacuje się, że całkowite koszty związane z tą grupą chorób wzrosną z obecnych 42 mld zł rocznie do 93,0 mld zł w 2030 r., z czego koszty bezpośrednie (świadczenia zdrowotne i leki) wyniosą 39,6 mld zł (obecnie 15,3 mld zł), zaś pośrednie – 53,3 mld zł (obecnie 26,7 mld zł). Według danych Instytutu Żywności i Żywienia otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln hospitalizacji w Rzeczypospolitej Polskiej, a leczenie otyłości i jej powikłań pochłania 21% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia (tj. 14,5 mld zł). Liczba zgonów w Polsce z

1 „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Warszawa 2012 r., str. 11-12.

2 „Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce, Stan obecny i prognoza do 2030 roku”, KPMG Polska 2012 r.

powodu chorób uznanych jako zależnych od palenia tytoniu jest szacowana na ok. 67 tys. rocznie (a zatem nawet co piąty zgon jest efektem palenia tytoniu). Dodatkowo straty spowodowane wyłącznie biernym paleniem tytoniu sięgają 5,5 mld zł³.

Rosnące w zastraszającym tempie koszty opieki zdrowotnej należy zestawić z niekorzystnymi prognozami demograficznymi, które to czynniki w istotny sposób będą determinować przyszły rozwój gospodarczy. Najnowsze prognozy wskazują na dalszy spadek liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej oraz istotne zmiany w strukturze wieku populacji. Zdecydowanie niepokoi fakt, że największe ubytki następują w grupie osób w wieku produkcyjnym. O ile w 2013 r. liczba Polaków w tej grupie przekraczała 24 mln, o tyle w 2050 r. będzie to już tylko 19 mln. Zatem tak istotna jest dbałość o dobry stan zdrowia osób, które będą przyczyniać się do podtrzymania i rozwoju gospodarki. Jednym ze szczególnie ważnych aspektów branych pod uwagę przy analizie kosztów społecznych chorób są nie tylko wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia ponoszone na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ale także koszty związane z niezdolnością do pracy.

Prognozowany gwałtowny wzrost wydatków związanych z chorobami cywilizacyjnymi, które bardzo istotnie obciążą Narodowy Fundusz Zdrowia, będą miały istotny wpływ na budżet państwa przy jednoczesnym spadku liczby osób utrzymujących stabilność finansową z podatków i składek zdrowotnych. Pogorszenie stanu zdrowia społeczeństwa wpłynie na wszystkie sektory, zmniejszy produktywność i spowoduje konieczność alokowania dodatkowych środków na leczenie kosztem innych działów administracji.

Wśród największych problemów zdrowia publicznego wymienia się choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, cukrzycę oraz choroby psychiczne, które powodowane są m.in. przez palenie wyrobów tytoniowych, nadmierne spożycie alkoholu, nieprawidłową dietę oraz niewystarczającą aktywność fizyczną⁴. Bardzo istotną kwestią są również tzw. przyczyny zewnętrzne, przede wszystkim wypadki drogowe, powodujące wiele zgonów i przyczyniające się do powstawania niepełnosprawności⁵.

Zapewnienie obywatelom dostępu do ochrony zdrowia polegające przede wszystkim na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. medycyny naprawczej) może przyczynić się jedynie w niewielkim stopniu do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji. Niezbędne jest wdrożenie systematycznych oddziaływań mających na celu zmniejszenie skali występowania głównych czynników ryzyka powstawania wspomnianych chorób niezakaźnych i urazów,

3 Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009-2010, Ministerstwo Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia 2010 r.

4 "Global status report on noncommunicable diseases 2014", Światowa Organizacja Zdrowia, 2014 r. str. 9.

5 „Sytuacja Zdrowotna ludności”..., str. 224.

wczesne wykrywanie chorób, a także kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych, ułatwianie dokonywania właściwych wyborów i kreowanie warunków środowiska (w tym społeczno-ekonomicznego) umożliwiającących zachowanie i poprawę zdrowia.

Wszelkie działania podejmowane przez instytucje i podmioty zajmujące się tą problematyką powinny być ukierunkowane na promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i wyrównywanie nierówności zdrowotnych (obserwowanych przykładowo w dużym zróżnicowaniu oczekiwanej długości życia pomiędzy regionami i grupami społecznymi). Dla zdrowia publicznego kluczowa jest również trwała współpraca międzysektorowa na wszystkich szczeblach administracji rządowej i samorządowej, na każdym etapie organizowania działań z zakresu zdrowia publicznego.

Zmiany dla zdrowia publicznego są możliwe nie tylko poprzez programy polityki zdrowotnej i programy zdrowotne oraz kampanie społeczne. Konieczne jest także kształtowanie środowiska pracy, nauki i odpoczynku, aby możliwe było prowadzenie prozdrowotnego stylu życia. Ponadto istotne jest zachęcanie do zachowań poprawiających stan zdrowia i zmniejszanie narażenia na szkodliwe czynniki. Oprócz prowadzonych działań polegających na edukacji i promocji zdrowia istnieją znacznie większe możliwości oddziaływania na czynniki warunkujące zdrowie. Przede wszystkim są to działania o charakterze regulacyjnym – wprowadzające zakazy (np. palenia), nakazy (np. obowiązek zapinania pasów bezpieczeństwa w samochodzie), a także cała gama rozwiązań o charakterze fiskalnym (zmiana struktury opodatkowania żywności zalecanej do spożycia lub używek). Narzędziem służącym do realizacji tych celów jest też dokonywanie stosownych zmian legislacyjnych przez ministrów innych niż Minister Zdrowia, a także działania podejmowane przez władze lokalne. Koszt finansowy związany z ich wprowadzeniem jest niewielki, a relacja do efektów znacznie bardziej korzystna w porównaniu do programów interwencyjnych. Jednakże uzyskanie konsensusu różnych środowisk i interesariuszy w procesie uzgadniania realizowanej polityki wymaga najczęściej prowadzenia intensywnego dialogu i szukania trudnych kompromisów.

Dzięki realizacji zadań zaplanowanych do realizacji na podstawie Programu możliwa będzie znacząca poprawa sytuacji zdrowotnej i zbliżenie się przynajmniej do poziomu średniej wartości analizowanych wskaźników dla państw członkowskich Unii Europejskiej. Długość życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej była w 2012 r. krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – kobiet o 2,1 lat, a mężczyzn o 4,8 lat. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa i tempo wzrostu długości trwania życia ludności kraju będzie nadal takie jak w ostatnich latach, to obecna

średnią długość życia dla krajów Unii Europejskiej osiągniemy w przypadku kobiet w latach 2021–2022, a w przypadku mężczyzn dopiero 10 lat później – tj. w latach 2031–2032⁶.

Zgodnie z ustawą zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń dla zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności: dzieci, młodzieży i osób starszych;
- 3) promocję zdrowia;
- 4) profilaktykę chorób;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.

Powyższe zadania zostały przyporządkowane do poszczególnych celów operacyjnych, określonych na podstawie prognoz i analizy sytuacji zdrowotnej i demograficznej, a także danych o rozpowszechnieniu czynników ryzyka. Jako cele operacyjne przyjęto:

- 1) poprawę sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa;
- 2) zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa;
- 3) ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych;
- 4) poprawę zdrowia psychicznego;
- 5) ograniczenie narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka dla zdrowia somatycznego;
- 6) poprawę zdrowia osób starszych.

Zadania określone w Programie mają dwojaki charakter. Pierwsza grupa zadań to zadania własne administracji rządowej i samorządowej, wynikające z kompetencji przypisanych dla poszczególnych działów administracji rządowej lub z ustaw nakładających poszczególne obowiązki na jednostki samorządu terytorialnego. Druga grupa zadań obejmuje nowe interwencje, które nie stanowią zadań własnych administracji rządowej i samorządowej i które

wymagają wsparcia finansowego ze środków przewidzianych na realizację Programu.

Nadrzędnym celem, który powinien być osiągnięty poprzez realizację Programu jest wydłużenie życia w zdrowiu i dobrej jakości życia poprzez oddziaływanie na czynniki ryzyka i społeczne nierówności w zdrowiu. Wprowadzenie Programu umożliwi osiągnięcie wielu korzystnych efektów, wśród których do najważniejszych należy zmniejszenie narażenia na czynniki ryzyka odpowiedzialne za większość przewlekłych chorób niezakaźnych. Zadania z zakresu zdrowia publicznego, polegające na zwiększaniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyce chorób, tworzeniu środowisk sprzyjających zdrowiu, ułatwianiu podejmowania wyborów prozdrowotnych przyczynią się do dalszego wydłużenia życia, w tym życia bez choroby i niepełnosprawności, zmniejszenia zapadalności, chorobowości i przedwczesnej umieralności – przede wszystkim z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych. Interwencje muszą być prowadzone z uwzględnieniem konieczności przeciwdziałania nierównościom społecznym w zdrowiu.

Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego przewidzianych w ustawie i Narodowym Programie Zdrowia przyczyni się do wielu korzystnych zmian zdrowotnych. Podstawowe z nich obejmą:

- 1) zmniejszenie odsetka palących o 2% do 2020 r.;
- 2) zatrzymanie wzrostu otyłości i cukrzycy do 2025 r.;
- 3) zmniejszenie odsetka osób nieuprawiających aktywności fizycznej o 10% do 2025 r.;
- 4) zmniejszenie liczby osób pijących szkodliwie alkohol o 10% do 2025 r.;
- 5) długofalowym efektem będzie wydłużenie trwania życia do 78 lat (mężczyźni) i 84 lat (kobiety) w 2030 r. oraz zmniejszenie różnicy w przeciętnej długości życia między kobietami a mężczyznami z 8 lat do 6 lat.

Trudno oszacować precyzyjnie oszczędności z tytułu poprawy stanu zdrowia wynikającej ze zmniejszenia zapadalności i umieralności na choroby cywilizacyjne, jednak z pewnością będą one liczone w miliardach złotych rocznie. Dopiero wieloletnie monitorowanie prowadzone w ramach Narodowego Programu Zdrowia umożliwi przeprowadzenie dokładnych kalkulacji.

Zadania zaplanowane do realizacji na podstawie Programu są w dużym stopniu zgodne z priorytetami zdrowotnymi określonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie priorytetów zdrowotnych⁷ wydanym na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. Nr 137, poz. 1126).

świadczeniach opieki zdrowotnej finansanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581).

W Rzeczypospolitej Polskiej, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, w ciągu kilkudziesięciu lat po II wojnie światowej zbudowano powszechny i osiągalny system opieki zdrowotnej, który w wysokim stopniu zapewnił dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej adekwatnych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Poprawa warunków życia, uzyskana dzięki propagowaniu zasad higieny, walce z chorobami zakaźnymi, przy jednoczesnym zabezpieczeniu potrzeb społecznych i ekonomicznych społeczeństwa, przyczyniła się do znacznego wydłużenia życia oraz zmniejszenia umieralności ogólnej i chorobowości. Jednakże dynamiczny trend poprawy stanu zdrowia i stopniowego zbliżania się do sytuacji obserwowanej w krajach zachodnich, z lat 90-tych XX wieku, uległ w ostatnich latach stopniowemu spowolnieniu. Jedną z przyczyn tego spowolnienia jest fakt, iż proces poprawy stanu zdrowia społeczeństwa nie przebiega równomiernie - obserwuje się zauważalne nierówności w stanie zdrowia odzwierciedlające zróżnicowane warunki społeczno-ekonomiczne życia ludności. Przykładowo osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogą oczekiwać, że będą żyły znacznie dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym lub niższym – mężczyźni o około 12 lat, a kobiety o około 5 lat. Z kolei najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są miasta poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej. Przeciętnie najdłużej żyją natomiast mieszkańcy największych miast. Drugim problemem jest rosnące rozpowszechnienie chorób uwarunkowanych stylem życia. W krajach wysokorozwiniętych stan zdrowia populacji zależy w głównej mierze od indywidualnych zachowań ludzi, o szacunkowym wpływie 55%-65% na zdrowie ludzi⁸. Głównym problemem zdrowotnym Polaków jest dziś obciążenie przewlekłymi chorobami niezakaźnymi wynikającymi ze stylu życia: chorobami układu sercowo-naczyniowego (zawały serca, udary mózgu, nadciśnienie tętnicze), nowotworami (głównie rak płuca oraz rak piersi), cukrzycą, a także chorobami układu oddechowego. Złożoność przyczyn tych jednostek chorobowych powoduje, że wiele działań podejmowanych od kilku dekad wyłącznie przez sektor ochrony zdrowia nie pozwala na osiągnięcie zadowalających efektów populacyjnych.

Zjawisku rozpowszechniania chorób cywilizacyjnych towarzyszy dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii medycznych, w tym farmakoterapii. Pojawienie się tych technologii

⁸ Obok czynników związanych ze środowiskiem psychospołecznym oraz fizycznym (15%-20% wpływu na zdrowie ludzi), czynników genetycznych (około 10%-15% wpływu na zdrowie ludzi) oraz wpływu systemu medycznej opieki zdrowotnej (około 5%-10% wpływu na zdrowie ludzi).

pociąga za sobą olbrzymie nakłady finansowe, które przekładają się na wzrastający koszt terapii jednostkowej. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że w latach 1940–1990 nakłady na opiekę zdrowotną wzrosły o 790%, przy czym aż 49–65% tego wzrostu wynika jedynie z pojawienia się nowych technologii medycznych⁹. Wzrost kosztów terapii jest znacznie większy niż przyrost PKB, co sugeruje, że przy braku wdrożenia działań przeciwdziałających rozwojowi chorób państwo nie będzie w stanie zapewnić powszechnego dostępu do nowoczesnych terapii. Możliwość podniesienia oczekiwanej długości życia, czy zmniejszenia umieralności wyłącznie przy pomocy interwencji medycznych (tzw. medycyny naprawczej), jest bardzo ograniczona. Pomimo, że przeznaczana się na nią przeciętnie 95% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia, to przyczynia się ona do poprawy zdrowia w ujęciu populacyjnym jedynie we wspomnianych kilku- kilkunastu procentach. Dzięki postępowi technologii medycznych udało się znacznie poprawić wyniki leczenia chorób nowotworowych, zawałów serca czy udarów mózgu, jednak nie udało się dotąd wprowadzić spójnego modelu prozdrowotnej polityki publicznej pozwalającej na skuteczne przeciwdziałanie tym chorobom i ograniczanie nierówności wynikających z czynników społeczno-ekonomicznych.

Nowym rozdziałem w podejściu do zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa w Rzeczypospolitej Polskiej jest niewątpliwie ustawa z dnia 11 września o zdrowiu publicznym. Niniejszy Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „Programem”, określany na podstawie tej ustawy, jest podstawowym dokumentem polityki zdrowia publicznego. Program stanowi dopełnienie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, finansowanego przede wszystkim ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczanych na leczenie chorób oraz ograniczony zakres działań profilaktycznych. Podstawowym założeniem Programu jest praktyczna implementacja generalnej zasady polityki Unii Europejskiej i WHO wskazującej, że zdrowie powinno być obecne we wszystkich politykach, a nie stanowić wyłącznie wyodrębniony element polityki zdrowotnej, a także zwiększenie udziału i ważności zadań polegających na promocji zdrowia i profilaktyce chorób wśród aktywności finansowanych ze środków publicznych na rzecz zdrowia. Wiele państw już dziś buduje swą politykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i ekonomiczne, sprzyja niwelacji nierówności na różnych płaszczyznach, buduje dobrobyt i dalszy stabilny rozwój. Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi Program na lata 2016-2020 pozostaje zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia pt. „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek”, uzupełniane przez plany działania w poszczególnych grupach problemów

⁹ Smith S, Heffler S, Freeland M: The impact of technological change on health care cost spending: an evaluation of the literature, Health Care Financing Administration, Centers of Medicaid and Medicare Services 2000

zdrowotnych¹⁰ i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”¹¹ oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”¹², uzupełnianą również przez dokumenty wykonawcze¹³. Wizja międzynarodowej polityki rozwojowej, w tym odnosząca się do zdrowia, jest uwzględniona w szeregu dokumentów strategicznych opracowanych i realizowanych w ramach systemu zarządzania rozwojem kraju. Problemy ochrony zdrowia oraz cele i kierunki interwencji w tym obszarze zostały uwzględnione w Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030 – DSRK oraz Strategii Rozwoju Kraju 2020 – ŚSRK, oraz w strategiach zintegrowanych, w szczególności w:

- 1) Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego;
- 2) Strategii Sprawne Państwo;
- 3) Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego – Regiony – miasta – obszary wiejskie;
- 4) Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki Dynamiczna Polska 2020;
- 5) Strategii Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa na lata 2012-2020.

Celem głównym Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030 – Trzecia Fala Nowoczesności jest poprawa jakości życia Polaków. W DSRK inwestycje w zdrowie traktowane są jako tzw. wydatki prorozwojowe, dzięki którym możliwe jest dążenie do kompleksowego rozwoju „jakości życia” jako dobrostanu w różnych obszarach bytu, które przejawia się m.in. w długości życia w zdrowiu. Strategia Rozwoju Kraju 2020 wskazuje sposób osiągnięcia wskaźników szczegółowych, określonych w strategiach zintegrowanych. Działania z zakresu zdrowia publicznego, zmierzające w konsekwencji do wydłużenia aktywności zawodowej, są jednym ze strategicznych zadań państwa w perspektywie średniookresowej. W ramach urzeczywistniania idei zdrowego starzenia się priorytetowe znaczenie będą miały precyzyjnie adresowane działania profilaktyczne, kampanie informacyjne popularyzujące zdrowy styl życia, w tym przede wszystkim w środowisku pracy. Działania profilaktyczne ukierunkowane powinny być przede wszystkim na przeciwdziałanie i zwalczanie chorób cywilizacyjnych.

¹⁰ „Jak np. „European Mental Health Action Plan ” czy “European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020”

¹¹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 oraz http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf

¹² Komunikat Komisji Europejskiej Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, KOM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 03.03.2010 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServLexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>.

¹³ Jak np. “EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020”

Rozwój systemu ochrony zdrowia do 2020 r. został określony w przyjętym w 2014 r. przez Ministra Zdrowia dokumencie „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. Krajowe ramy strategiczne polityki w obszarze ochrony zdrowia określają kierunek działań oraz priorytety w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej oraz profilaktyki. W dokumencie określono cele operacyjne, których realizacja przez system ochrony zdrowia ma przyczynić się do wypełnienia celu europejskiego. Znalazł się wśród nich rozwój profilaktyki i diagnostyki ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Rzeczypospolitej Polskiej, przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym oraz inne działania o charakterze systemowym, konieczne w procesie dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych. Program na lata 2016-2020 jest także komplementarny względem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁴. Konieczne jest jednak podkreślenie, że istniejące rozwiązania w postaci finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, ukierunkowane przede wszystkim na leczenie konsekwencji zdrowotnych niewłaściwego stylu życia oraz działania czynników środowiskowych, w tym również społecznych, nie pozwalają na uzyskanie znaczącej poprawy zdrowia publicznego. Niniejszy Program stanowi kontynuację Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, przyjętego uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. Wnioskami z koordynacji Programu przez Zespół Koordynacyjny, ustanowiony w drodze zarządzenia Prezesa Rady Ministrów Nr 108 z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, było m.in. ograniczenie liczby celów Programu, zapewnienie stałego finansowania Programu i poprawa sprawozdawczości dotyczącej realizacji zadań przez jednostki samorządu terytorialnego.

Zdrowie społeczeństwa jest fundamentem rozwoju gospodarczego państw rozwiniętych, w sposób bezpośredni wpływa na jakość kapitału ludzkiego i stanowi najbardziej efektywną inwestycję w rozwój. Efektywność działań podejmowanych w obszarach nakreślonych w Programie zależy od wielu czynników. Specyfika interwencji w zdrowiu publicznym powoduje, że oczekiwane rezultaty przyniesie jedynie wspólny, ciągły i skoordynowany wysiłek administracji rządowej i samorządowej, specjalistów z różnych dziedzin, nie tylko zdrowia rozumianego przez pryzmat medycyny naprawczej ale również organizacji społeczeństwa obywatelskiego czy sektora prywatnego.

2. Opis sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowań

Sytuacja demograficzna

¹⁴ Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

Najnowsze prognozy wskazują na ciągły spadek liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej oraz istotne zmiany w strukturze wieku populacji. W najbliższym czasie liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym będzie się sukcesywnie zmniejszać przy jednoczesnym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Szacuje się, że odsetek osób starszych będzie wyższy od przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej. Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej w 2050 r. wyniesie 34 miliony. Niekorzystne prognozy demograficzne to istotny czynnik determinujący przyszły rozwój gospodarczy. Polska gospodarka będzie musiała się zmierzyć nie tylko ze stopniowym ubytkiem liczby ludności, lecz także z procesem starzenia się społeczeństwa. Czynniki te powodują, że na rynek pracy wchodzi coraz mniej liczne roczniki oraz zwiększa się udział osób starszych w grupie aktywnych zawodowo. Procesy te z pewnością narzucą nowe wymagania związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi, kształceniem pracowników czy wyposażeniem stanowisk, a nawet całych zakładów pracy. Zmiany te w konsekwencji zwiększą obciążenia systemu emerytalnego i będą stanowić poważne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Obok obserwowanej bardzo niskiej liczby urodzeń zdecydowanie niepokoi fakt, że największe ubytki następują w grupie osób w wieku produkcyjnym. O ile w 2013 r. liczba Polaków w tej grupie przekraczała 24 miliony, o tyle w 2050 r. będzie to już tylko 19 milionów. Z kolei liczba Polaków w wieku poprodukcyjnym wzrośnie w tym okresie z 6,5 miliona do 10 milionów - co oznacza, że populacja ta będzie stanowiła prawie 1/3 ludności kraju. Efektem tych zmian będzie również wzrost liczby zgonów na przestrzeni kolejnych lat, która – jak pokazują dostępne dane – będzie rosła stopniowo do 2043 r.¹⁵ Długość życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – mężczyzn o 4,8 lat, a kobiet o 2,1 lat. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, a tempo wzrostu długości trwania życia będzie takie samo jak na przestrzeni ostatnich lat, to obecna średnia długość życia dla mieszkańców krajów Unii Europejskiej zostanie osiągnięta w latach 2031-2032 (w przypadku mężczyzn) i w latach 2021-2022 (w przypadku kobiet)¹⁶. Wskaźnik długości życia jest bowiem warunkowany czynnikami społecznymi. Należy do nich poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i zamożność. Oszacowano, że w 2010 r. w Rzeczypospolitej Polskiej osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogły oczekiwać, że będą żyły znacznie dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczo-zawodowym lub niższym. Nie bez znaczenia pozostaje także miejsce zamieszkania - jak wspomniano powyżej najmniej korzystnym

¹⁵ Raport Głównego Urzędu Statystycznego „Prognoza ludności na lata 2014-2050”, Warszawa 2014

¹⁶ „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, red. B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz, Warszawa 2012 r.

środowiskiem zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej są małe miasta - ich mieszkańcy żyją najkrócej.

Sytuacja zdrowotna i jej uwarunkowania

Obciążenie populacji problemami zdrowotnymi i struktura umieralności w ciągu ostatnich lat nie uległy istotnym zmianom. Prawie połowa zgonów jest następstwem chorób układu sercowo-naczyniowego. Choroby te stanowią jednocześnie jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz niepełnosprawności. Wpływają w znaczący sposób na jakość życia społeczeństwa, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym. Główną rolę wśród chorób układu krążenia odgrywają: choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca (45,8 tys. zgonów w tym zawał 17,8 tys., a więc odpowiednio 26% i 10% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych), choroby naczyń mózgowych (35,6 tys. zgonów, 20% całej grupy), zespół sercowo-płucny i inne choroby serca (51,5 tys. zgonów, 30%) oraz miażdżyca (31,4 tys. zgonów, 18%). Drugą grupą chorób istotnie obciążających społeczeństwo są nowotwory złośliwe. Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn są nowotwory płuca stanowiące około 1/5 zachorowań na nowotwory. W dalszej kolejności znajduje się rak gruczołu krokowego (13%), rak jelita grubego (12%) i rak pęcherza moczowego (7%). Wśród dziesięciu najczęstszych nowotworów u mężczyzn znajdują się również nowotwory żołądka, nerki, krtani, białaczki i chłoniaki. Wśród kobiet najczęstszym nowotworem jest rak piersi stanowiący ponad 1/5 zachorowań na nowotwory. Nowotwory jelita grubego są drugim co do częstości nowotworem u kobiet (10%). Trzecie miejsce zajmuje rak płuca (9%). W dalszej kolejności występują nowotwory trzonu macicy (7%), jajnika (5%), szyjki macicy, nerki, żołądka i tarczycy¹⁷. Jeżeli spośród chorób nowotworowych wydzielić te występujące w układzie oddechowym i połączyć je z POChP, to wówczas schorzenia układu oddechowego wysuną się na drugie lub co najwyżej trzecie miejsce przyczyn przedwczesnych zgonów. Wg danych zawartych w Konkluzjach Rady Unii Europejskiej z dnia 2 grudnia 2011 r. pn. „Profilaktyka, wczesne wykrywanie i leczenie przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci” (2011/C 361/05) przyjętej przez 27 krajów unijnych podczas polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, alergologia górnych dróg oddechowych, dotycząca około 1/4 populacji Rzeczypospolitej Polskiej, powoduje ryzyko nawet 9-cio krotnie wyższego zachorowania na astmę. Astma (dotykająca od 12% do 16% populacji), obok palenia tytoniu jest największym czynnikiem ryzyka rozwoju POChP, zwiększając szansę na zachorowania aż 12-krotnie. Dodatkowo schorzenia te mają całożyciowy charakter i zmniejszają istotnie sprawność populacji nimi dotkniętą. Właściwa promocja zdrowia, szczególnie oparta na kontrolowaniu

¹⁷ Krajowy Rejestr Nowotworów.

środowiskowych czynników ryzyka (zanieczyszczenie środowiska w miejscu zamieszkania i pracy, palenie tytoniu) może istotnie zmniejszyć w perspektywie krótko- i długoterminowej niepełnosprawność, liczbę przedwczesnych zgonów i ograniczyć koszty leczenia chorób układu oddechowego. Kolejny istotny aspekt zdrowia to stan zdrowia psychicznego. W październiku 2012 r. opublikowano wyniki reprezentatywnego badania stanu zdrowia psychicznego, przeprowadzonego na reprezentatywnej grupie 10 tysięcy osób w wieku od 18 do 65 lat. Znaczna część ankietowanych (niemal co czwarty ankietowany) przyznała, że przynajmniej raz w życiu doświadczyła jednego z objawów zaburzeń zdrowia psychicznego: m.in. fobii, lęków, rozdrażnienia lub napastliwości. U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowiły łącznie 3,5% (w tym 3% depresja). Impulsywne zaburzenia zachowania: opozycyjno-buntownicze, zachowania eksplozywne, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi rozpoznawano u 3,5% respondentów. Zdrowie psychiczne obywateli jest jednym z najważniejszych komponentów i zasobów współczesnego społeczeństwa. Choroby psychiczne mają negatywne skutki nie tylko dla osób chorych oraz ich rodziny lecz również dla całego społeczeństwa. Osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi prawie zawsze są stygmatyzowane i wyobcowane. Niezwykle często wymagają długotrwałego leczenia, które wiąże się ze stałą kontrolą. Niestety w wielu przypadkach rodziny nie są w stanie poradzić sobie z tak dużym obciążeniem. Rozwój społeczno-gospodarczy oraz zmiana stylu życia i funkcjonowanie społeczeństwa jako całości powodują, iż zdrowie psychiczne obywateli narażone jest na wiele niekorzystnych czynników ekonomicznych i społecznych. Wśród nich wymienia się brak zatrudnienia, który obejmuje nie tylko bezrobotnych, ale także rencistów, emerytów oraz gospodynie domowe. Jednocześnie osoby, które straciły partnera w wyniku rozwodu lub śmierci, są narażone na wyższe ryzyko doświadczania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń depresyjnych, lękowych, a także wykazują większą tendencję do zaburzeń zachowania. Mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety, narażone są na częstsze występowanie zaburzeń psychicznych. Do czynników ryzyka zalicza się ponadto przemoc i rozluźnienie więzi społecznych. Transformacja epidemiologiczna, która dokonała się w ostatnich dekadach w państwach rozwiniętych, nie pozwala na bagatelizowanie zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi – zarówno znanymi, lecz powracającymi często z nowym, groźnym obliczem (odporność na dotychczasowe leczenie), jak i nowo pojawiającymi się chorobami zakaźnymi, wobec których działania profilaktyczne i lecznicze są bardzo ograniczone. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Rzeczypospolitej Polskiej należy uznać za ogólnie dobrą. W ostatnich latach nie obserwowano epidemicznego występowania

chorób zakaźnych, zaś wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich. Jednakże istnieje duże zagrożenie ze strony chorób zakaźnych, w tym grypy, wirusowego zapalenia wątroby, chorób przenoszonych drogą płciową, chorób uznawanych dotychczas za niemalże niewystępujące w Polsce lub nowych zagrożeń związanych z ryzykiem zawleczenia chorób tropikalnych. Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2014 r. zarejestrowano w Polsce 18.646 przypadków zakażenia HIV, zanotowano 3.200 przypadków zachorowania na AIDS, a 1.288 chorych zmarło. Szacuje się, że zakażonych HIV w Polsce jest ok. 30-35 tys. osób. W 2014 r., podobnie jak w latach poprzednich, nowowykryte zakażenia zdecydowanie dominują u mężczyzn (nieco powyżej 82%, kobiety - 16%). Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV w 2014 r., to przede wszystkim osoby bardzo młode i młode (w przedziale wieku 20–39). Niestety nadal w większości zarejestrowanych zakażeń HIV nie jest znana prawdopodobna droga zakażenia. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest w dalszym ciągu określana jako stabilna, nie sposób jednak nie zauważyć, że z roku na rok wykrywa się coraz więcej nowych zakażeń. Istnieje konieczność podjęcia bardziej intensywnych działań na rzecz poprawy wykrywalności i profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą płciową. Istotnym problemem zdrowotnym, o bardzo dużym rozpowszechnieniu jest próchnica zębów, związana z czynnikiem zakaźnym. W ostatnich latach notuje się wysoką częstość i nasilenie próchnicy wczesnej (choroby atakującej uzębienie dzieci do 3 roku życia). W Rzeczypospolitej Polskiej ponad 50% dzieci w wieku lat 3 ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio o dzieci w tym wieku objęte próchnicą są około 3 zęby. Problem narasta z wiekiem – odsetek młodzieży z usuniętym co najmniej jednym zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 8,8%. U osób dorosłych tylko u 5% badanych nie stwierdza się nieprawidłowości ze strony przyzębia. Jednoznacznie wskazuje się na potrzebę wdrożenia ogólnopolskiego programu edukacyjnego na poziomie klas 0-3 szkół podstawowych. Istotnym problemem istniejącym w systemach opieki zdrowotnej są również zakażenia szpitalne. Szacuje się, że w przypadku 10-20% hospitalizacji dochodzi do jakiejś formy zakażenia, co istotnie pogarsza jakość opieki dla pacjentów i wpływa na wydłużenie hospitalizacji i ich koszty. Innym zagrożeniem jest zjawisko powstawania antybiotykooporności i lekooporności drobnoustrojów, wynikające z nieracjonalnego stosowania antybiotyków, skutkujące często brakiem możliwości podjęcia skutecznego leczenia i wysoką śmiertelnością.

Spośród czynników warunkujących sytuację zdrowotną społeczeństwa najistotniejsze są determinanty związane ze stylem życia. W Rzeczypospolitej Polskiej, tak jak w innych krajach,

również w szybkim tempie zwiększa się występowanie nadwagi i otyłości w społeczeństwie. W ciągu niespełna 15 lat (od 1991 r. do 2005 r.) nastąpił 2-krotny wzrost otyłości wśród mieszkańców. Obecnie według danych WHO nadwagę ma połowa osób dorosłych i jedna piąta dzieci z państw europejskich. Jak pokazują wyniki badań przeprowadzonych przez WHO w ramach Global Database on Body Mass Index na tle innych wybranych krajów wskaźnik BMI dla Rzeczypospolitej Polskiej klasyfikuje się w środkowej wartości europejskich wyników. Otyłość stanowi obecnie najczęściej występującą chorobę metaboliczną, osiągającą wg WHO rozmiary epidemii, zagrażającą rozwojowi cywilizacyjnemu i będącą w krajach rozwiniętych oraz rozwijających się jednym z największych problemów zdrowotnych – szacuje się, że ponad 1 mln zgonów rocznie w regionie europejskim WHO spowodowanych jest chorobami związanymi z nadmierną masą ciała. Szczególnie alarmujące jest zjawisko występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Roczne tempo wzrostu występowania tego rodzaju zjawiska w wieku dziecięcym stale wzrasta i obecnie jest dziesięciokrotnie wyższe w porównaniu z 1970 r. Niepokojące wyniki badań przedstawione zostały w 2010 r. przez Zakład Zdrowia Publicznego Centrum Zdrowia Dziecka (projekt pn.: „Olaf”), według których otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym w Rzeczypospolitej Polskiej wynosi obecnie od 12,6% do 18,9% populacji.

Występowanie chorób cywilizacyjnych, w tym w szczególności nadwagi i otyłości wynika ze zmian o charakterze środowiskowym, społecznym oraz gospodarczym. Brak równowagi w bilansie energetycznym, przyczyniający się do występowania chorób dietozależnych, spowodowany jest radykalnym spadkiem aktywności fizycznej i zmianą żywienia, w tym zwiększeniem spożycia żywności i napojów o wysokiej wartości energetycznej, a jednocześnie ubogich w składniki odżywcze, w połączeniu z niewystarczającym spożyciem warzyw i owoców. Z danych opublikowanych przez WHO wynika, iż dwie trzecie populacji osób dorosłych w większości krajów europejskich nie jest aktywnych fizycznie w stopniu zapewniającym osiągnięcie i utrzymanie korzyści zdrowotnych.

Z najnowszych badań Instytutu Żywności i Żywienia wynika, że prawie 30% dzieci ze szkół podstawowych jada słodycze co najmniej raz dziennie. Wśród uczniów szkół gimnazjalnych aż 38,1% dziewcząt i 28,5% chłopców spożywa słodycze przynajmniej raz dziennie, natomiast zakupy w sklepiku szkolnym robi 70% uczniów. Trend ten wykazuje znamiona globalnej pandemii. Prognoza rozpowszechnienia otyłości wśród osób dorosłych (2010-2030) przewiduje, że w 2020 r. otyłych będzie 23% mężczyzn i 17% kobiet, a do 2030 r. odsetek

otyłych mężczyzn wzrosło do 28%, a kobiet do 18%¹⁸. Występowanie nadwagi i otyłości wpływa także w istotny sposób na rozwój gospodarczy - aktualnie szacuje się, iż około 6% całości wydatków na ochronę zdrowia w Europie związanych jest z leczeniem schorzeń powiązanych z występowaniem nadwagi i otyłości u osób dorosłych. Jednocześnie należy wskazać, iż koszty pośrednie nadwagi i otyłości, takie jak: wydatki związane z przedwczesnymi zgonami, utratą zdolności do pracy, świadczeniami socjalnymi, stanowią ponad 12% całości wydatków państw europejskich przeznaczanych na ochronę zdrowia.

Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Rzeczypospolitej Polskiej jest jednym z najniższych w Europie, na co wskazują m.in. badania przeprowadzone w sześciu krajach europejskich w ramach programu CINDI WHO. Wśród zbadanych w naszym kraju osób 72,9% zakwalifikowano do prowadzących siedzący styl życia, podczas gdy np. w Finlandii do tej grupy zaliczono jedynie co dziesiątą osobę. Według badań Komisji Europejskiej (Eurobarometr, 2009), aż 49% Polaków odpowiedziało, że nigdy nie ćwiczy lub nie uprawia sportu, przy średniej dla ogółu krajów członkowskich wynoszącej 39%. Z pewną regularnością (od 1 do 4 razy w tygodniu) aktywność fizyczną uprawiało 19% Polaków, podczas gdy średnia dla całej Unii Europejskiej wynosiła 31%.

W ciągu ostatnich 30 lat obserwuje się w Rzeczypospolitej Polskiej stopniowe ograniczenie spożycia tytoniu. Mimo to palenie tytoniu niezmiennie pozostaje jedną z głównych przyczyn zgonów wśród dorosłej populacji Polaków. Odnosząc się do liczby osób cierpiących na choroby odtytoniowe istotnym jest, że liczba zgonów w kraju bezpośrednio wynikających z palenia tytoniu wynosi, zależnie od szacunków od 67 do 90 tys. przypadków rocznie. Szacuje się, że 38% wszystkich zgonów mężczyzn w wieku 38-69 lat pozostaje w związku z paleniem tytoniu z czego 55% zgonów bezpośrednio wynika z powodu nowotworu powstałego na skutek palenia tytoniu. Rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów wśród nowotworów złośliwych zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet w Rzeczypospolitej Polskiej. 94% przypadków raka płuca wśród mężczyzn i 68% wśród kobiet jest wynikiem palenia tytoniu. Oznacza to, że w kraju średnio co roku na nowotwór płuca zapada 15.713 mężczyzn oraz 4.200 kobiet. Biorąc pod uwagę narażenie na dym tytoniowy osób niepalących powoduje dodatkowe straty. Z tego powodu rocznie umiera blisko 2.000 niepalących, głównie z powodu choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, raka płuca i przewlekłych chorób układu oddechowego. Globalny Sondaż Dotyczący Używania Tytoniu Przez Osoby Dorosłe (GATS) zrealizowany przy współpracy Ministerstwa Zdrowia w latach 2009 - 2010 wykazał, że w grupie osób w wieku 15-19 lat

¹⁸ Raport o modelowaniu otyłości osób dorosłych w Europejskim Regionie – Europejskie Biuro Regionalne WHO, 2013 r.

eksperymentowanie z paleniem tytoniu zadeklarowało 32,7% mężczyzn i 26,9% kobiet. Dodatkowo w wieku 11-17 lat regularnie palić tytoń rozpoczęło obecnie palących 39,6% mężczyzn i 28,6% kobiet. Należy również zwrócić uwagę na łatwiejszy dostęp do wyrobów tytoniowych u osób niepełnoletnich mieszkających w miastach, prawie dwie piąte osób (37,7%), które w wieku 14 lat rozpoczęły palenie, było mieszkańcami dużych aglomeracji. Ponadto osoby młode bardzo często nie są skłonne do definitywnego rzucenia palenia, przekonane, że ewentualne negatywne skutki palenia pojawią się dopiero w odległej przyszłości. Dzieci, które zaczynają palić we wczesnym dzieciństwie zazwyczaj palą w dorosłym życiu. Palenie tytoniu jest główną przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), 4-tej przyczyny przedwczesnych zgonów i jednego z głównych powodów skrócenia oczekiwanej długości życia w zdrowiu. 2,5 mln osób w Polsce jest dotkniętych tym schorzeniem, odpowiadającym za głęboką niepełnosprawność, fatalną jakość życia, znacznie większe ryzyko rozwoju chorób układu krążenia, a szczególnie jego niewydolności i znacznych kosztów bezpośrednich i pośrednich.

Poważnym czynnikiem ryzyka zdrowotnego jest nadmierne spożycie alkoholu. Wskaźnikiem pokazującym zmiany w konsumpcji alkoholu na przestrzeni lat jest wielkość spożycia 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W 2013 r. spożycie czystego alkoholu per capita wyniosło 9,67l, co oznacza wzrost wobec 2012 r. o 0,51 l. Najbardziej wzrosło spożycie wyrobów spirytusowych – było wyższe o 15% w stosunku do 2012 r. i wyniosło 3,6l. Spożycie wina wyniosło 5,8l, natomiast spożycie piwa – 97,7l. Szacuje się, że w Rzeczypospolitej Polskiej uzależnionych od alkoholu jest 600-740 tys. osób¹⁹, a nadużywa alkoholu, tj. pije w sposób szkodliwy, ok. 3 mln osób²⁰.

Według WHO alkohol znajduje się na drugim (po tytoniu) miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 200 rodzajów chorób i urazów wiąże się z jego spożywaniem, w tym: uzależnienia, depresje i samobójstwa, wypadki oraz utonięcia, a także choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia, zaburzenia rytmu serca, udary mózgu oraz zwiększone ryzyko powstawania nowotworów jamy ustnej, gardła, przełyku, wątroby, jelita grubego, piersi, a także wad wrodzonych płodu. Corocznie z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z używaniem alkoholu umiera w Rzeczypospolitej Polskiej ok. dziesięć tysięcy osób²¹.

¹⁹ Wyniki badania EZOP, Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012

²⁰ „Global status report on alcohol and health 2014”, WHO, 2014

²¹ Dane GUS

Wśród środowiskowych czynników ryzyka jednym z najbardziej istotnych z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa jest czystość powietrza. Bardzo wiele chorób (np. choroby układu oddechowego, nowotwory i inne choroby płuc, choroby układu krążenia, alergie) jest istotnie związana z oddziaływaniem zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego w miejscu zamieszkania. Szacuje się, że ponad 80% ludności Europy zamieszkującej obszary zurbanizowane żyje na terenach, na których zanieczyszczenie powietrza wymienioną substancją przekracza zalecany przez WHO poziom, a z tego powodu przeciętna długość życia mieszkańca Europy ulega skróceniu o prawie 9 miesięcy. W ostatnich kilkudziesięciu latach udało się w Europie znacząco obniżyć emisję i poziom narażenia na działanie takich zanieczyszczeń powietrza, jak: dwutlenek siarki, tlenek węgla, benzen i ołów. Pomimo to cząstki pyłu zawieszzonego, ozon, reaktywne substancje azotowe i niektóre związki organiczne wciąż stanowią poważne zagrożenie. W Polsce w warunkach przekraczających normatywy dla zapylenia pracuje około 70 tys. pracowników. Jest to drugi po hałasie najczęstszy czynnik szkodliwy w środowisku pracy.

Z kolei hałas jest jednym z najbardziej odczuwalnych zagrożeń środowiska. WHO zaleca aby hałas w środowisku nie przekraczał 50-55 dB w dzień i 40-45 dB w nocy. Przyjmuje się, że w przypadku hałasu komunikacyjnego jego uciążliwość średnia kształtuje się w przedziale 52-62 dB, duża w przedziale 63-70 dB i bardzo duża powyżej 70 dB. Niekorzystne objawy zdrowotne są obserwowane przy długotrwałej ekspozycji na hałas już od poziomu 55 dB. Pojawiają się wtedy zmęczenie i ogólne rozdrażnienie, a także bóle głowy, brzucha i mięśni. Prowadzi to do zaburzeń snu i życia codziennego. Zakres od 60 do 75 dB wywołuje już zmiany w akcji serca, co prowadzi do skoków ciśnienia i zaburzeń oddychania. ekspozycja na taki poziom hałasu podwyższa znacznie ryzyko wystąpienia zawału serca. W 2012 r. mapowaniem hałasu objęto ok. 9,7 mln osób ludności miejskiej, co stanowi ok. 25,2% całkowitej liczby ludności kraju i zarazem ok. 41,4% populacji miejskiej. Z map akustycznych wykonanych dla dużych miast wynika, że w Rzeczypospolitej Polskiej żyje ponad 3 mln ludzi narażonych na ponadnormatywny hałas w porze dziennej i ponad 2 mln ludzi narażonych na ponadnormatywny hałas w porze nocnej. W dalszym ciągu problemem jest zagrożenie hałasem w środowisku pracy. Blisko 200 tys. pracowników, w tym ponad 170 tys. pracowników przemysłu zatrudnionych jest w warunkach ponadnormatywnej ekspozycji na hałas.

Starzenie się społeczeństw stanowi powszechny problem współczesnego świata. Procesy starzenia związane są z wieloma konsekwencjami społecznymi, psychologicznymi, ekonomicznym i politycznymi. Istotne jest także zidentyfikowanie specyfiki problemów

społecznych i zdrowotnych tej populacji, w porównaniu z innymi. Seniorzy znajdują się w grupie znaczących konsumentów świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej w społeczeństwie. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia wskaźniki niesprawności na globie ziemskim wykazują korelację z wiekiem. Problemy z samodzielną, codzienną egzystencją potwierdzono w grupie osób w wieku 75 lat i więcej u ponad 30% badanych, natomiast wieku 85 lat i powyżej aż u 70% badanych seniorów.

Procesom starzenia towarzyszy postępujące zwyrodnienie wszystkich układów czynnościowych i anatomicznych. Procesy inwolucyjne są następstwem miejscowego i ogólnego starzenia się tkanek oraz spowolnienia procesów biologicznych, przemiany materii, procesów reparacyjnych i regeneracyjnych²². W miarę upływu lat życia obserwuje się obniżenie aktywności ruchowej, przedkładanie form wypoczynku biernego nad czynny. Także utrwalane stereotypy związane z przekonaniem, że okres emerytalny to czas zasłużonego wypoczynku, sprzyjają ograniczaniu wysiłku fizycznego w życiu codziennym. Brak regularnej aktywności ruchowej prowadzi do ograniczania wydolności fizycznej i sprawności funkcjonalnej osób w starszym wieku. Dużą rolę w ograniczaniu tej wydolności odgrywają zmiany w układzie ruchu, a zwłaszcza spadek siły mięśniowej, sarkopenia oraz zmiany w strukturach kostno-stawowych. W przebiegu zespołu unieruchomienia obserwuje się obniżenie zdolności adaptacyjnych układu sercowo-naczyniowego wynikające z zaburzeń funkcji baroreceptorów, wzmożonej stymulacji układu współczulnego, zmniejszenie powrotu żylnego oraz maksymalnego zużycia tlenu. W zakresie układu oddechowego dochodzi do ograniczenia ruchomości klatki piersiowej, spadku elastyczności dróg oddechowych, zmniejszenia wentylacji i wzrostu przestrzeni martwej, redukcji aktywności rzęskowej i odruchu kaszlowego. Znany jest niekorzystny wpływ braku wysiłku fizycznego na rozwój zaburzeń metabolicznych, hiperlipidemii oraz wrażliwość tkanek na insulinę²³.

Wiek podeszły stanowi naturalny etap ontogenezy człowieka, który zazwyczaj charakteryzuje się zmniejszaniem ogólnej wydolności, postępującą degradacją fizycznych i psychicznych funkcji. W konsekwencji tych zmian występują różnorodne ograniczenia zdolności jednostki w zakresie jej możliwości samoobsługowych, adaptacyjnych, lokomocyjnych oraz efektywnego wypełniania różnych ról społecznych. Istotną cechą populacji wieku podeszłego jest statystycznie częstsze występowanie niesprawności i niepełnosprawności, która wykazuje tendencje wzrostowe wraz z wiekiem seniora. Tempo procesów starzenia się charakteryzuje

²² „Stabilność posturalna w procesie starzenia”, *Gerontologia Polska*, 2005 r., tom 13, nr 1, str. 25-36;

²³ „Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku”, *Gerontologia Polska*, 2009 r., tom 17, nr 2, str. 79-84.

wieloczynnikowe zróżnicowanie. Im osoby są starsze, tym bardziej różnią się od siebie cechami morfofunkcjonalnymi.

W ciągu kilku ostatnich lat subiektywna ocena stanu zdrowia poprawiła się. Największą poprawę odnotowano wśród osób w wieku średnim - odsetek osób niezadowolonych ze stanu zdrowia zmniejszył się aż o ok 10%. Ale już w grupie 70-latków i starszych poprawa jest minimalna - tylko 2%. Samopoczucie Polaków owszem poprawiło się, ale to nie znaczy, że społeczeństwo przestało chorować. Dystans dzielący nas nie tylko od krajów starej Unii Europejskiej, lecz nawet europejskiej średniej ciągle jest ogromny. Warto wskazać chociażby na umieralność z powodu raka płuca u mężczyzn – wyższą o 1/3 od wartości średniej dla Unii Europejskiej, czy umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego na poziomie niemal dwukrotnie wyższym niż w Unii Europejskiej. Potrzeba wielu lat i podejmowania intensywnych wysiłków, by ten dystans uległ zmniejszeniu.

Kolejnym problemem narastającym problemem społecznym i zdrowotnym są problemy ze zdrowiem prokreacyjnym, rodzicielstwo bowiem jest istotnym elementem roli społecznej, czynnikiem rozwoju oraz sposobem samorealizacji. Pary zmagające się z problemami z płodnością znacznie częściej dotknięte są depresją, zaburzeniami relacji społecznych oraz znacznie wyższym ryzykiem rozwodu w porównaniu do pełnych rodzin, a także ryzykiem wystąpienia zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i zaburzeń pod postacią somatyczną, co prowadzi do ograniczenia jakości życia i zmniejszenia produktywności zawodowej. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia stale lub okresowo dotkniętych problemami z płodnością jest około 60–80 mln par na świecie. Przyjmuje się, iż w krajach wysoko rozwiniętych bezdzietność związana jest głównie z niepłodnością, a problem ten dotyczy 10–15% par w wieku rozrodczym. Liczba par, które nie mogą doczekać się potomstwa rośnie.

Koszty zdrowotne i społeczne chorób

Szacunki skutków zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych przewlekłych chorób niezakaźnych, zależnych w największym stopniu właśnie od stylu życia, oraz prognozy ich wzrostu na najbliższe dwie dekady są zatrważające i kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na ich zapobieganie. Całkowite koszty chorób sercowo-naczyniowych (hospitalizacje, leki, produktywność utracona z powodu wcześniejszych rent i emerytur, przedwczesna umieralność, zwolnienia chorobowe itd.) wyniosły w 2011 r. 41,9 mld zł²⁴. Sama

²⁴ „Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce, Stan obecny i prognoza do 2030 roku”, KPMG Polska 2012 r.

cukrzyca skutkuje wydatkami bezpośrednimi i pośrednimi przekraczającymi 4,5 mld zł rocznie. Koszty zdrowotne i społeczne (wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) spowodowane otyłością (nie nadwagą) szacowane są na podstawie danych płatników na kwotę przekraczającą 3,5 mld zł rocznie²⁵.

Liczba zgonów z powodu chorób uznanych jako zależnych od palenia tytoniu w Rzeczypospolitej Polskiej jest szacowana na 67 – 90 tys. rocznie (a zatem co czwarty zgon w kraju ma związek z paleniem). Straty spowodowane wyłącznie biernym paleniem tytoniu sięgają 5,5 mld zł²⁶.

WHO szacuje, że co roku ok. 3,3 milionów (5,9%) zgonów na świecie było związanych z konsumpcją alkoholu. Alkohol jest często przyczyną śmierci lub kalectwa na stosunkowo wczesnym etapie życia – w grupie wiekowej 20–39 lat ok. 25% wszystkich zgonów jest przypisywane alkoholowi.

Ogromne koszty leczenia generuje nadmierne spożywanie alkoholu. Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie uzależnienia od alkoholu oraz jego powikłań klinicznych i intoksykacji alkoholem (koszty bezpośrednie medyczne) w 2011 r. przeznaczył ponad 421,5 mln zł²⁷.

Istotnym czynnikiem ryzyka przemocy w rodzinie jest używanie alkoholu. Statystyki policyjne pokazują, że w 2014 roku spośród 78.489 sprawców przemocy w rodzinie, wobec których policjanci podejmowali interwencję w ramach procedury „Niebieskie Karty”, 64% w chwili interwencji było pod wpływem alkoholu. Zależność pomiędzy stanem nietrzeźwości sprawcy a stosowaniem przez niego przemocy podkreślają także członkowie rodzin, w których dochodzi do przemocy. W badaniach przeprowadzonych w 2014 roku na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej ankietowane dorosłe osoby doznające przemocy w rodzinie stwierdziły, że najczęstszą okolicznością towarzyszącą przemocy jest alkohol (37,2% - ofiar przemocy fizycznej i 28% ofiar przemocy psychicznej, 19,3% - ekonomicznej, 37,5 % - przemocy seksualnej (PSDB '2014). Z badań wynika również, że przemocy fizycznej częściej doświadczają dzieci i młodzież, których rodzice nadużywają alkoholu (47%) niż dzieci i młodzież, których rodzice (opiekunowie) nie nadużywają alkoholu (29%).

Jak pokazują badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można zapobiegać. Wg szacunków WHO nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie zapobiec redukując narażenie na czynniki ryzyka. Najnowsze analizy międzynarodowego konsorcjum badawczego EuroHeart II wykazały, że pozornie

²⁵ „Społeczne koszty otyłości i jej powikłań w Polsce”, Fundacja MY Pacjenci, 2014 r.

²⁶ Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009-2010, Ministerstwo Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia 2010 r.

²⁷ Za: „Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce”, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa, Maj 2013.

niewielkie zmiany w zachowaniach zdrowotnych mogą mieć olbrzymi efekt zdrowotny i ekonomiczny. Przykładowo stosunkowo prosta do osiągnięcia redukcja palenia o 5%, połączona z 1% spadkiem spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych, 10% spadkiem konsumpcji soli i zmniejszeniem braku aktywności fizycznej o 5%, przyczyni się do spadku umieralności z powodu choroby wieńcowej o 11%, nie wspominając o pozostałych korzyściach zdrowotnych odnoszących się do nowotworów, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP) czy cukrzycy. Możemy tu mówić o oszczędnościach wielokrotnie przekraczających poniesione nakłady. Aby doprowadzić do takich zmian w czynnikach determinujących zdrowie (w niektórych państwach Unii Europejskiej uzyskano 3-krotnie większe efekty od wyżej wymienionych) konieczne jest prowadzenie świadomej, skoordynowanej i precyzyjnie monitorowanej polityki zdrowia publicznego.

Jak wynika z badań przeprowadzonych w ramach programu „Zachowaj Równowagę”, realizowanego przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie, leczenie otyłości i jej powikłań pochłania w kraju około 21% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia – odpowiada to kwocie ponad 11 mld zł rocznie. Koszty opieki zdrowotnej w przypadku osób z nadwagą i otyłością są o 44% wyższe w porównaniu z osobami z prawidłową masą ciała. Choroby przyczynowo związane z nadwagą i otyłością są powodem 25% hospitalizacji. Bezpośrednie koszty leczenia 1 mln pacjentów wynoszą 250 mln zł – według tych obliczeń ogólne koszty bezpośrednie związane z otyłością w Polsce sięgałyby blisko 3 mld zł.

Niekorzystna z ekonomicznego punktu widzenia jest również rosnąca liczba otyłych pracowników. Osoby otyłe nie są w stanie wykonać niektórych prac, np. wymagających większego wysiłku bądź sprawności. Otyłość wiąże się również ze zwiększoną niezdolnością do pracy i absencją. Czynniki te wpływają na obniżenie produktywności i zysku przedsiębiorstwa, stwarzają też konieczność wypłaty zasiłków chorobowych.

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia w Rzeczypospolitej Polskiej otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln, możliwych do uniknięcia, hospitalizacji.

Czynniki środowiskowe również istotnie wpływają na konieczność korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Przykładowo nieodpowiednia jakość powietrza przekłada się bezpośrednio na gorszą kondycję zdrowotną społeczeństwa. Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, że w 2012 roku hospitalizacji, ze względu na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, związaną z działaniem czynników środowiskowych poddanych było 48 431 pacjentów, a w 2013 roku 48 736.

W 2012 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 30,4 mld zł i w stosunku do 2011 r. wzrosły o 888,9 mln zł. Kwota tych wydatków w omawianym roku stanowiła 1,9% PKB i w porównaniu z 2011 r. udział ten kształtował się na tym samym poziomie. Podobny wzrost, w porównaniu z 2011 r., odnotowano w przypadku wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Wydatki te wzrosły o 921,7 mln zł i w 2012 r. wyniosły 26 mld zł.

W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2012 r. grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 16,7% ogółu wydatków, choroby układu krążenia – 15,1%, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,9%, choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 10,5%, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 10,1%, choroby układu nerwowego – 9,5% oraz choroby układu oddechowego – 7,1%. W 2012 r. wyżej wymienione grupy chorobowe w 81,9% były przyczyną poniesionych wydatków w związku z niezdolnością do pracy.²⁸

Najwyższy odsetek w wydatkach na świadczenia związane z niezdolnością do pracy stanowiły wydatki związane z rentami. W 2008 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 56,3% ogółu wydatków, zaś w 2012 r. – 49,5%.

Drugą z kolei pozycją w wydatkach na świadczenia związane z niezdolnością do pracy są wydatki na absencję chorobową finansowaną z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i funduszy zakładów pracy. Ich udział w 2012 r. wynosił 40,3%. Udział wydatków na absencję chorobową z roku na rok wzrasta, gdyż w 2008 r. wydatki z tego tytułu stanowiły ok. 5 punktów procentowych mniej.

3. Przegląd rozwiązań międzynarodowych

Wiele krajów rozwiniętych buduje swą politykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i ekonomiczne, sprzyja niwelacji nierówności na różnych płaszczyznach, buduje dobrobyt i dalszy stabilny rozwój. Międzynarodowa polityka rozwojowa w kwestiach dotyczących zdrowia dotyka istoty pojęcia zdrowia publicznego, w którym zapobieganie konsekwencjom zdrowotnym niewłaściwego stylu życia oraz działania czynników środowiskowych jest wskazywane jako bardziej efektywne dla zachowania pożądanej jakości zdrowia i życia ludzi niż świadczenia opieki zdrowotnej o charakterze naprawczym.

²⁸ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktualnych. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2012

Kraje rozwinięte prowadząc działania – skoordynowane w różnym stopniu i na różnym poziomie – na rzecz zdrowia publicznego, realizują opracowywane przez specjalistów zalecenia instytucji międzynarodowych. Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi także projekt polskiego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 pozostaje zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) pt. „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek” i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”²⁹ oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”³⁰.

Mimo wspólnych wytycznych organizacji międzynarodowych, czy to na poziomie światowym czy regionalnym, poszczególne rozwiązania stosowane w krajach rozwiniętych, w tym w Unii Europejskiej, są zróżnicowane pod względem systemowym, a zatem prawnym, organizacyjnym czy finansowym. Ponadto różnice są pochodną specyfiki poszczególnych zagadnień z obszaru zdrowia publicznego w krajach i regionach, zakresu przedmiotowego realizowanych dokumentów strategicznych bądź też ustalonych priorytetów poszczególnych rządów. Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy obszaru zdrowia publicznego przejście wprost w Rzeczypospolitej Polskiej rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest ani możliwe ani pożądane.

Austria podjęła decyzję o ustaleniu długoterminowych (20 lat) celów zdrowotnych na poziomie federalnym dla uzupełnienia istniejących polityk na szczeblu lokalnym w 2010 r. Cele zostały przyjęte przez austriacką Radę Ministrów w 2012 r. i dotyczą m.in. wspierania tworzenia prozdrowotnych warunków życia i pracy, dbania o środowisko naturalne, gwarantowania równego traktowania w zdrowiu bez względu na płeć czy status społeczno-ekonomiczny, zdrowia dzieci i młodzieży, zdrowego żywienia, promocji zdrowia psychicznego³¹. Cele te są realizowane poprzez szereg polityk prozdrowotnych, w tym o charakterze regulacyjnym dotyczących np. cen i podatków, reklam czy obrotu określonymi typami produktów.

Także w **Belgii**, choć to gminy są odpowiedzialne za promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, to większość decyzji dotyczących zdrowia publicznego, zwłaszcza tych

²⁹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 oraz http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf

³⁰ Komunikat Komisji Europejskiej Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, KOM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 03.03.2010 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServLexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>.

³¹ <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/health-targets-for-austria/>

strategicznych i regulacyjnych, jest podejmowanych przez rząd federalny. Wśród zagadnień opisanych planami działań wskazać można zdrowie psychiczne, szkodliwe czynniki fizyczne i chemiczne środowiska, choroby zakaźne, szczepionki, higienę, stosowanie substancji psychoaktywnych (alkohol i tytoń), zdrowe odżywianie i promocję aktywności fizycznej oraz zapobieganie wypadkom. Działania są koordynowane i w procesie uczestniczą różne instytucje: Minister of Social Affairs and Public Health (minister do spraw społecznych i zdrowia publicznego), Scientific Institute of Public Health (instytucja badawcza, opiniodawcza), the Superior Health Council (na podstawie danych naukowych rada wydaje zalecenia dla rządu), a także dla społeczności flamandzkiej – Flemish Institute of Health Promotion and Sickness Prevention oraz francuskiej – Directorate-General of Health within the Ministry of the French Community³².

W **Bulgarii** działania dotyczące zdrowia publicznego organizuje, finansuje i koordynuje rząd, tj. minister właściwy do spraw zdrowia, współpracując m. in. z ministrami właściwymi do spraw finansów, edukacji, środowiska, rolnictwa, transportu oraz z takimi instytucjami jak np. National Centre of Public Health Protection, która odpowiada za wsparcie metodologiczne i prowadzenie badań naukowych, służy doświadczeniem w zdrowiu publicznym, w tym w ocenie wpływu środowiska i innych czynników na zdrowie, oraz wdraża programy promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Polityka państwa w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jest ujmowana w ramy dokumentu strategicznego (National Health Strategy), ale także szeregu programów tematycznych (np. na temat zagrożeń środowiskowych dla zdrowia, ograniczania palenia tytoniu, profilaktyki uzależnień od alkoholu, przeciwdziałania narkomanii, żywności i żywienia, przeciwdziałania HIV i AIDS oraz innych infekcji przenoszonych drogą płciową, czy gruźlicy).³³

Chorwacja ujmuje zdrowie publiczne w szeregu dokumentów tematycznych (np. żywność i żywienie, uzależnienia od narkotyków, zdrowie psychiczne), a za dokumenty strategiczne łączące wszystkie najistotniejsze problemy zdrowia publicznego, choćby z perspektywy nierówności społecznych w zdrowiu, można uznać np. the National Health Care Strategy 2012–2020 oraz the Plan for the Development of Public Health 2011–2015. Minister właściwy do spraw zdrowia, przy współpracy m. in. Croatian National Institute of Public Health i jego

³² Health Systems in Transition, Vol. 12, No. 5 2010, Belgium – Health system review, Sophie Gerkens, Sherry Merkur; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF?ua=1

³³ Health Systems in Transition, Vol. 14, No. 3 2012, Bulgaria – Health system review, Antoniya Dimova, Maria Rohova, Emanuela Moutafova, Elka Atanasova, Stefka Koeva, Dimitra Panteli, Ewout van Ginneken; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/169314/E96624.pdf?ua=1

oddziałami regionalnymi, odpowiada za planowanie strategiczne i ewaluację, także programów podejmujących poszczególne zagadnienia zdrowia publicznego.³⁴

Rząd **Republiki Czeskiej** na początku 2014 r. przyjął w drodze rezolucji, bazujący na ww. strategii Unii Europejskiej, dokument Health 2020 – National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention, który stanowi wyznacznik dla polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego. Celem głównym strategii jest poprawa zdrowia populacji oraz ograniczenie zachorowalności i przedwczesnych zgonów, cele strategiczne to poprawa zdrowia ludności, zwalczanie nierówności w zdrowiu, wzmacnianie społeczności lokalnych oraz zapewnienie bezpiecznego i zrównoważonego środowiska w celu osiągnięcia pełnego potencjału zdrowotnego, a także wzmocnienie zarządzania w publicznym sektorze zdrowia oraz angażowanie społeczności i jednostek w procesy decyzyjne dotyczące zdrowia. Dokument określa też priorytety zgodne z tymi celami. Są to: poprawa zdrowia oraz lepsza prewencja chorób w cyklu życia, promocja i ochrona zdrowia, przeciwdziałanie chorobom zakaźnym i niezakaźnym, monitorowanie sytuacji zdrowotnej ludności, wzmacnianie systemów zdrowotnych skoncentrowanych na pacjencie, zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych, rozwój zdrowia publicznego, monitorowanie i gotowość reagowania w sytuacjach kryzysowych, budowanie odpowiedzialnych wspólnot lokalnych tworzących wspierające środowisko życia. Obszary tematyczne strategii dotyczą m. in.: wzrostu aktywności fizycznej, rozwijania zdrowych nawyków żywieniowych, redukcji stresu i poprawy zdrowia psychicznego, ograniczania ryzykownych zachowań zdrowotnych, ograniczania zagrożeń środowiskowych i związanych z warunkami pracy, nadzoru nad chorobami zakaźnymi, zakażeniami szpitalnymi, antybiotykoodporności, programów szczepień, programów badań przesiewowych oraz identyfikacji nowych obszarów do realizacji badań, podnoszenia świadomości zdrowotnej populacji. Koordynatorem realizacji postanowień dokumentu jest minister właściwy do spraw zdrowia. Inni ministrowie, właściwi ze względu na opisane w nim działania, są zobowiązani do współpracy.³⁵

W **Estonii** do 2008 r. nie było jednego regularnie odnawianego narodowego planu działań dla zdrowia publicznego. Przyjęta w latach 90., w czasie transformacji systemowych, strategia (Health Policy Document) została wtedy zastąpiona średniookresową strategią na lata 2009-2020 (National Health Plan 2009–2020). Dokument ten określa cele dla zdrowia publicznego, które

³⁴ Health Systems in Transition, Vol. 16, No. 3 2014, Croatia – Health system review, Aleksandar Dzakula, Anna Sagan, Nika Pavic, Karmen Loncarek, Katarina Sekelj-Kauzlaric;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf?ua=1

³⁵ <http://www.mzcr.cz/> oraz <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00185216>; Health 2020 - National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention, Ministry of Health of the Czech Republic in cooperation with the National Institute of Public Health, Prague 2014, ISBN 978-80-85047-50-9

umożliwią m. in. wydłużenie przeciętnego trwania życia mężczyzn do 75 lat, a kobiet do 84. Ponad to politykę zdrowia publicznego opisuje szereg dokumentów tematycznych, do których koordynacji został ustawowo³⁶ zobowiązany minister właściwy do spraw społecznych (the Ministry of Social Affairs), a instytucją naukowo-badawczą, wspierającą rząd jest publiczny instytut (the National Institute for Health Development). Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują też organizacje pozarządowe. Działania edukacyjne i profilaktyczne są finansowane z budżetu państwa (w 2010 r. to minister właściwy do spraw społecznych wraz z agencjami dysponował 92,9% publicznych środków finansowych przeznaczanych na zdrowie, z czego 16% alokowano na promocję zdrowia i ww. programy).³⁷

System w **Finlandii** nakłada obowiązki dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki chorób na gminy, przy wsparciu ze strony administracji centralnej. Ministrem odpowiedzialnym za wytyczanie kierunków interwencji, koordynację, monitoring i ewaluację zadań jest minister właściwy do spraw społecznych i zdrowia (Ministry of Social Affairs and Health) oraz komitet do spraw zdrowia publicznego (Public Health Committee – trzyletnia kadencja członków, reprezentantów różnych ministerstw, władz lokalnych, systemu ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych, naukowców). Finlandia przyjęła rządowy plan na lata 2000-2015 w postaci Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Wyznaczone w dokumencie kierunki działania i cele opierają się na podejściu zgodnym z cyklem życia, tj. dotyczą dzieci, ludzi młodych, zdrowia w środowisku pracy oraz osób starszych, i kładą główny nacisk na kształtowanie w społeczeństwie postaw umożliwiających codzienne prozdrowotne decyzje. Raport z realizacji dokumentu jest przedstawiany co cztery lata (the Social and Health Report).³⁸

We **Francji**, choć nie ma jednego dokumentu określającego politykę państwa w zakresie zdrowia publicznego, świadomość wagi działań w tym obszarze, a zwłaszcza działań edukacyjnych i profilaktycznych znajduje odzwierciedlenie m.in. w rozwiązaniach organizacyjnych. Odpowiedzialna za opracowanie i implementację polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego jest działająca w strukturze ministerstwa (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes) tzw. generalna dyrekcja do spraw zdrowia (Direction Générale de la Santé). Jednym z głównych zadań ministerstwa jest utrzymanie i poprawa zdrowia populacji poprzez interwencje tematyczne w zdrowiu publicznym opisane w narodowych planach

³⁶ ustawa z dnia 14 czerwca 1995 r. o zdrowiu publicznym - Public Health Act

³⁷ Health Systems in Transition, Vol. 15, No. 6 2013, Estonia – Health system review, Taavi Lai, Triin Habicht, Kristiina Kahur, Marge Reinap, Raul Kiivet, Ewout van Ginneken;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf?ua=1

³⁸ <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114637/Es200108eng.pdf?sequence=1>

dotyczących najistotniejszych epidemiologicznie problemów zdrowotnych (w tym: stan zdrowia dzieci i młodzieży, zwyczaje żywieniowe, profilaktyka uzależnień, chorób niezakaźnych i zakaźnych, wpływu środowiska na zdrowie etc.). Zadania w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki pierwotnej realizuje, zgodnie z polityką rządu, specjalnie do tego utworzony w 2002 r. instytut (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES), natomiast wszystkie kwestie dotyczące nadzoru sanitarnego, w tym badań epidemiologicznych, leżą w gestii drugiej instytucji (Institut de Veille Sanitaire – InVS). Warto zauważyć, że w 2015 r. sam INPES dysponuje budżetem w wysokości 76,5 mln Euro³⁹. W 2014 r. podjęto decyzję o pełniejszej integracji działań w zakresie zdrowia publicznego i rozpoczęto tworzenie wyspecjalizowanej narodowej agencji, która przejmie obowiązki i personel ww. instytucji (INPES i InVS) oraz podmiotu odpowiedzialnego za przeciwepidemiczne reagowanie kryzysowe (l'Établissement pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires – Éprus)⁴⁰.

Organizacja działań w obszarze zdrowia publicznego w **Hiszpanii** odzwierciedla dużą autonomię regionów (wspólnot autonomicznych) przy jednoczesnym zachowaniu koordynacyjnej roli rządu centralnego, tj. głównie ministerstwa właściwego do spraw zdrowia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), który określa politykę państwa w przedmiotowym zakresie⁴¹. Inną instytucją współpracującą w zakresie ustanawiania strategii zdrowia publicznego jest rada wspólnot autonomicznych do spraw systemu ochrony zdrowia (Inter-territorial Council of the National Health System) i to ona zatwierdziła w 2013 r. dokument strategiczny dotyczący profilaktyki i promocji zdrowia (Prevention and Health Promotion Strategy of the Spanish NHS).⁴² Główny nacisk położono w dokumencie na działania w populacji dzieci i młodzieży oraz osób po 50 roku życia, z uwzględnieniem środowiskowych determinantów zdrowia tych osób i niezamierzonych nierówności w zdrowiu, oraz na czynniki ryzyka i zachowania anty- i prozdrowotne (w tym zdrowsze żywienie, aktywność fizyczna, użycie tytoniu, ryzykowne picie alkoholu, dobrostan psychiczny).

Rozwiązania przyjęte w **Holandii** nakładają obowiązki dotyczące ochrony, promocji zdrowia i profilaktyki chorób na gminy, przy wsparciu ze strony administracji centralnej, tj. ministerstwa właściwego do spraw do zdrowia (Ministry of Health, Welfare and Sport) oraz instytucji naukowo-badawczej podległej ministerstwu, tj. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Na podstawie badań epidemiologicznych określone są priorytety tematyczne. Nie ma jednego dokumentu opisującego politykę państwa w zdrowiu publicznym,

³⁹ <http://www.inpes.sante.fr/INPES/quisommesnous.asp>

⁴⁰ http://www.inpes.sante.fr/INPES/nouvel-institut/Rapport_Prefiguration.pdf

⁴¹ <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/home.htm>

⁴² <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ExecutiveSummary.pdf>

jednak jego priorytety są wyznacznikiem działań rządu, w tym ministra właściwego do spraw zdrowia.⁴³

System zdrowia publicznego na **Litwie** składa się z 10 centrów zdrowia publicznego podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wielu agencji wyspecjalizowanych. Ponadto działania podejmowane są przez władze lokalne. Można uznać, że dokumentami strategicznymi dla skoordynowania tych działań jest ustawa z 2002 r. (Public Health Law) oraz wprowadzający koncepcję zdrowia publicznego do systemu ochrony zdrowia w 1998 r. dokument Lithuanian Health Programme (1998-2010) i strategia National Public Health Strategy na lata 2006–2013. Zadania mające na celu poprawę zdrowia populacji m.in. poprzez bezpieczne środowisko społeczne, zdrowy styl życia, skuteczną opiekę zdrowotną etc. są opisane w różnych dokumentach.⁴⁴

Z kolei sąsiadująca **Łotwa** prowadzi działania z zakresu zdrowia publicznego w oparciu o strategię przyjętą przez Radę Ministrów w 2011 r. Celem dokumentu Public Health Strategy na lata 2011–2017⁴⁵ jest wydłużenie życia jednostek w zdrowiu, prewencja przedwczesnych zgonów, poprawa zdrowia i jakości życia. Dokument zawiera diagnozę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, a jego cele mają być zrealizowane poprzez niwelowanie nierówności w zdrowiu, zmniejszanie zachorowalności i umieralności na choroby niezakaźne, ograniczanie wpływu niebezpiecznych czynników, poprawę zdrowia matki i dziecka, ograniczanie umieralności niemowląt, promocję zdrowego środowiska życia i pracy, zmniejszanie odsetka wypadków (w tym śmiertelnych), zmniejszanie odsetka zachorowań na choroby zakaźne w społeczeństwie, ale także zapewnienie efektywnego zarządzania systemem opieki zdrowotnej, efektywnej alokacji zasobów i optymalizacji kosztów, a także zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Obok strategii są realizowane inne, wpisujące się w nią programy i plany działań dotyczące określonych obszarów zdrowotnych.

Władze **Malty** ujęły zadania zdrowia publicznego w dokumencie National Health Systems Strategy (NHSS) na lata 2014-2020, który jako cele wskazuje, obok zapewnienia każdej osobie okazji do prowadzenia zdrowego i aktywnego życia, zapewnienie dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Realizacja zadań zdrowia publicznego jest obowiązkiem ministra właściwego do spraw zdrowia (Public Health Regulation Division przy współpracy z innymi komórkami: Infectious Disease Prevention and Control Unit, Health Promotion and Disease Prevention

⁴³ <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport>

⁴⁴ Health Systems in Transition, Vol. 15, No. 2 2013, Lithuania – Health system review, Liubove Murauskiene, Raimonda Janoniene, Marija Veniute, Ewout van Ginneken;

Marina Karanikolos http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf?ua=1

⁴⁵ http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/latvia_annex2_public_health_strategy_2011_2017.pdf

Directorate, National Immunization Service etc.). Obok ww. strategii są realizowane zapisy dokumentów poświęconych różnym aspektom zdrowia publicznego, w tym chorobom niezakaźnym (Non-Communicable Disease Strategy 2010), nowotworom (National Cancer Plan 2011), zdrowiu seksualnemu (Sexual Health Strategy 2011), nadwadze i otyłości (Healthy Weight for Life Strategy 2012), czy profilaktyce gruźlicy (Tuberculosis Prevention Strategy 2012).⁴⁶

W **Norwegii** to ustawa obowiązująca od 2012 r.⁴⁷ określa cel strategiczny i cele operacyjne w zdrowiu publicznym: wskazuje na zdrowie publiczne, jako na determinant rozwoju społecznego i redukcji nierówności społecznych w zdrowiu. W ustawie opisuje się konieczność promocji zdrowia wśród ludności, podejmowania działań mających na celu osiągnięcie dobrostanu fizycznego i psychicznego poprzez zapewnienie odpowiednich warunków społecznych i środowiskowych, zapobieganie chorobom psychicznym i somatycznym oraz urazom. Ustawa nakłada obowiązki dotyczące planowania i realizacji działań na rzecz identyfikacji czynników ryzyka i niwelowania nierówności zdrowotnych przez gminy, powiaty i administrację rządową. Określa również sposoby reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego w sytuacjach kryzysowych. Ustawie towarzyszą liczne plany i strategie poświęcone różnym zagadnieniom z zakresu zdrowia publicznego, np. z zakresu zdrowia psychicznego i uzależnień (Action plan for the prevention of suicide and self-harm 2014-2017, Norwegian National Action Plan on Alcohol and Drugs, Norwegian National Overdose Strategy 2014–2017) czy chorób niezakaźnych (Non-Communicable Diseases Strategy 2013-2017). Na uwagę zasługuje też opublikowany w 2012 r., m.in. ze względu na duże zaangażowanie Norwegii w międzynarodową pomoc rozwojową, dokument *Global health in foreign and development policy* (tzw. White paper)⁴⁸, który określa priorytety kraju do 2020 r. dotyczące zdrowia publicznego na świecie (wspieranie kobiet i dzieci w ich prawach i zdrowiu, profilaktyka chorób, ze szczególnym uwzględnieniem szczepień oraz przeciwdziałania epidemii HIV i AIDS, malarii i gruźlicy, promocja i poprawa bezpieczeństwa poprzez interwencje w dziedzinie zdrowia).

Portugalia prowadzi działania w zdrowiu publicznym według planu opisanego w dokumencie *National Health Plan* (na lata 2004–2010 oraz 2011–2016), który definiuje największe wyzwania dla zdrowia publicznego w kraju, w tym: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, zdrowie psychiczne, zdrowie osób starszych czy HIV i AIDS. Ideą przyświecającą

⁴⁶ Health Systems in Transition, Vol. 16, No. 1 2014, Malta – Health system review, Natasha Azzopardi Muscat, Neville Calleja, Antoinette Calleja, Jonathan Cylus;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/241849/HiT-Malta.pdf?ua=1

⁴⁷ <https://www.mindbank.info/item/463>

⁴⁸ https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/meld.-st.-11-20112012/id671098/?docId=STM201120120011000EN_EPIS&q=&navchap=1&ch=2

podejmowanym działaniom jest sprawiedliwość społeczna, równość i solidarność. Plan uzupełniają programy poświęcone poszczególnym zagadnieniom zdrowotnym.⁴⁹

Rząd **Słowacji** przyjął w 2013 r. dokument strategiczny (Strategic framework for health for 2014-2030), którego elementem jest wyznaczenie średnio- i długoterminowych działań mających na celu poprawę stanu zdrowia populacji. Jednym z opisanych kierunków działań są interwencje medyczne i pozamedyczne (dot. np. rynku pracy, środowiska życia) w zdrowiu publicznym.⁵⁰

W **Szwecji**, podobnie jak w Norwegii, to ustawa określa priorytety zdrowia publicznego i jej realizacja jest cyklicznie monitorowana i ewaluowana, w tym analizowane jest zaangażowanie władz centralnych i lokalnych, społeczności i innych podmiotów.⁵¹ System planowania skutecznych interwencji jest uzupełniony publikacją wytycznych rządowej agencji dotyczących poszczególnych tematów zdrowia publicznego (np. National Guidelines for: Adult Dental Care, Treatment of Breast, Prostate and Colorectal Cancers, Care in cases of Dementia, Care in cases of Depression and Anxiety Disorders, Diabetes Care, Methods of Preventing Disease, Psychosocial Interventions for Schizophrenia or Schizophrenia-type Conditions).⁵²

Rząd **Wielkiej Brytanii** opublikował w 2010 r. strategię, tzw. Białą Księgę (White Paper: Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England)⁵³, w której ogłosił początek nowej ery dla sektora zdrowia publicznego. Zdrowiu publicznemu nadano wyższą rangę oraz specjalnie przeznaczono środki. Biała Księga przedstawia w zarysie pożądane formy zaangażowania w ochronę społeczeństwa przed poważnymi zagrożeniami zdrowotnymi, w udzielanie wsparcia ludziom, tak aby mogli się cieszyć dłuższym, zdrowszym i bardziej spełnionym życiem. Księga porusza też kwestie nierówności społecznych w zdrowiu. W Księdze wskazuje się na samorządy oraz społeczności lokalne, które powinny odgrywać najważniejszą rolę w kwestiach dotyczących poprawy zdrowia i samopoczucia społeczności lokalnych oraz walki z nierównościami, przy zachowaniu silnej roli władz centralnych w stanowieniu systemu ochrony zdrowia.

4. Efektywność promocji zdrowia i profilaktyki chorób

Postępujące oczekiwania społeczne (w krajach rozwiniętych) co do jakości usług i ich dostępności, przy jednoczesnych zmianach w systemach opieki zdrowotnej, które nie zawsze

⁴⁹ Health Systems in Transition, Vol. 13, No. 4 2011, Portugal – Health system review, Pedro Pita Barros, Sara Ribeirinho Machado, Jorge de Almeida Simões;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf?ua=1

⁵⁰ <http://www.health.gov.sk/?Key-publications>

⁵¹ <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12827/R2013-04-Ten-years-of-Swedish-public-health-policy.pdf>

⁵² <https://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines>

⁵³ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216096/dh_127424.pdf

nadążają za szybkim postępowaniem w medycynie i – szerzej – postępowaniem cywilizacyjnym, powodują konieczność zmiany podejścia do zdrowia publicznego, w tym zaniedbywanej częstokroć promocji zdrowia i profilaktyki chorób. W uzasadnianej danymi, eksperckiej debacie międzynarodowej postuluje się, by opieka zdrowotna – nie tylko medycyna naprawcza, ale też usługi promocji zdrowia i profilaktyki chorób – była jak najlepiej dopasowana do zmieniających się w cyklu życia potrzeb jednostki⁵⁴. Osiągnięcie tego celu jest możliwe poprzez budowanie i wzmacnianie kapitału ludzkiego (pacjentów, środowisk lokalnych, usługodawców), poprawę koordynacji udzielanych usług i zarządzania w ochronie zdrowia, wzrost odpowiedzialności decydentów, zmianę modelu opieki na bardziej holistyczny przy zachowaniu wysokich standardów specjalistycznych czy wreszcie poprzez działania systemowe, w tym prawodawcze.

Rosnące koszty terapii wobec coraz większego obciążenia społeczeństw chorobami cywilizacyjnymi, w tym przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, powodują konieczność podjęcia pilnych działań mających na celu odwrócenie trendów epidemiologicznych. Należy zauważyć przy tym ciekawy paradoks: coraz większej wiedzy i świadomości zdrowotnej nie zawsze towarzyszy dokonywanie świadomych wyborów prozdrowotnych. Wobec tego konieczne są nakłady sił i środków na działania edukacyjne i profilaktyczne o udowodnionej skuteczności. Za skuteczne należy uznać te działania, za którymi idzie zarówno trwała zmiana zachowań jak i postaw, przynosząc w krótszej lub dłuższej perspektywie wymierne korzyści nie tylko dla zdrowia publicznego, ale także korzyści mierzone w skalach mikro- i makroekonomicznej (jako oszczędności dla budżetów domowych, samorządowych, państwa).

Wobec potrzeby dalszego inwestowania w zdrowie i w systemy opieki zdrowotnej, zatem w zachowanie zdrowia i jego przywracanie, przy jednoczesnych ograniczonych zasobach, w tym środków finansowych, analizy ekonomiczne stały się integralną częścią światowych starań. WHO, OECD⁵⁵, Bank Światowy i inne organizacje międzynarodowe prowadzą badania mające wesprzeć kraje i regiony w podejmowaniu decyzji pozwalających nie tylko zaoszczędzić na wydatkach, na których zaoszczędzić można, ale także decyzji, które przyniosą zwrot poniesionych kosztów. Dane z dziesiątków badań zebrane przez WHO pozwoliły ekspertom na opracowanie katalogu interwencji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przynoszących udowodnioną korzyść ekonomiczną – już w ciągu pierwszych pięciu lat od podjęcia danego działania bądź w perspektywie wieloletniej⁵⁶. Pośród interwencji

⁵⁴ „The WHO global strategy on people-centered integrated health services. Interim report”, WHO 2015: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1

⁵⁵ <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>

⁵⁶ „The case for investing in public health. The strengthening public health services and capacity”, WHO Europe, 2014, s.4

przynoszących wymierne korzyści w ciągu pierwszych pięciu lat od ich zastosowania wymienia się np. działania prozdrowotne w miejscu pracy, w tym ochrona zdrowia psychicznego pracowników i ich bliskich, przeciwdziałanie przemocy, szczepienia, zapewnienie bezpieczeństwa na drogach, utrzymanie terenów zielonych etc. Wiele rządów zareagowało na kryzys finansowy ograniczając wydatki budżetowe, a biorąc pod uwagę, że dla większości krajów wydatki na zdrowie są drugie co do wielkości w budżecie⁵⁷, skala implikacji wszelkich przyjętych ograniczeń jest duża i pociąga za sobą istotne konsekwencje.

W pierwszej kolejności te konsekwencje obnażają nierówności w zdrowiu w danych kraju. Wg badań porównawczych 25 krajów europejskich (Mackenbach et al., 2011) nierówności w zdrowiu spowodowały ponad 700 000 zgonów oraz 33 mln zachorowań, które pochłonęły 20% wydatków z budżetu o spowodowały spadek PKB o 1,4%, czyli o 141 mld Euro. Łączne koszty konsekwencji nierówności w zdrowiu oszacowano na 960 mld Euro.⁵⁸

Koszty zdrowia i chorób mierzone są z kilku perspektyw, przy uwzględnieniu wielu czynników i zastosowaniu różnych wartości. Jednym z podstawowych przyjętych mierników jest DALY (*Disability Adjusted Life Years*) – liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność. W wielu krajach wysoko rozwiniętych działania w opiece zdrowotnej są uznawane za efektywne kosztowo, gdy ich koszt nie przekracza 50 000 USD za jeden uzyskany DALY.⁵⁹ W przypadku wyliczenia łącznej korzyści płynącej z ochrony osób przed niekorzystnymi skutkami palenia tytoniu (interwencja wielokierunkowa: podniesienie podatków, zakaz reklamy, ostrzeżenia, ochrona przed dymem) stwierdzono uzyskanie 25-30 mln DALY, podobna interwencja dot. spożycia alkoholu pozwoliła na uzyskanie 5-10 mln DALY.⁶⁰ Wyliczenie kosztów osiągnięcia takich korzyści mierzonych w DALY wskazuje na znacznie większą efektywność kosztową niż wyżej wymieniona wartość progowa 50 000 USD.

Jednak część badaczy, także w celu wykazania decydom innym niż związani tradycyjnie z sektorem ochrony zdrowia, posługuje się danymi liczbowymi ujętymi systemem walutowym. Na przykład w odniesieniu do zdrowia psychicznego, w Wielkiej Brytanii oszacowano koszt wczesnego wykrycia depresji poporodowej połączonego z działaniem pomocowym na 119 £ na osobę, natomiast oszczędność z tytułu podjęcia tej interwencji na 383 £ miesięcznie (Petrou et al., 2006)⁶¹. Z kolei w Stanach Zjednoczonych badania wykazały, że promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka depresji w miejscu pracy, której koszt wyniósł 100-400 USD na osobę rocznie, przyniosła oszczędności w wysokości 1800 USD na osobę rocznie (Wang et al.,

⁵⁷ Tamże, s. 5, 8

⁵⁸ Tamże, s. 8

⁵⁹ Tamże, s. 11

⁶⁰ Tamże, s. 13

⁶¹ Tamże, s. 17

2007).⁶² Do działań szczególnie efektywnych kosztowo, przynoszących duże oszczędności, zalicza się szczepienia – oszczędności są jeszcze większe, gdy dotyczą populacji szczególnie narażonych na określone czynniki chorobotwórcze.⁶³

5. Wykonanie przepisów rozporządzenia

Do koordynacji, inicjowania i monitorowania realizacji przepisów przewidzianych projektowanym rozporządzeniem wyznaczony został minister właściwy do spraw zdrowia (lub Pełnomocnik Rządu ds. zdrowia publicznego w przypadku jego powołania). Funkcjonuje również Komitet Sterującego Narodowego Programu Zdrowia, w którego skład wchodzi oprócz ministra podsekretarze lub sekretarze stanu z ministerstw odpowiedzialnych za wdrażanie zadań określonych w Programie.

Wsparcie prowadzenia międzysektorowej polityki zdrowia publicznego zapewnia Rada do Spraw Zdrowia Publicznego, pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą ministra i stanowiącą forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego. W jej skład wchodzi przedstawiciele administracji publicznej, a także najważniejszych podmiotów biorących udział w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym jednostki naukowe, przedstawiciele pracodawców i organizacji pozarządowych. Interwencje z zakresu zdrowia publicznego muszą być wdrażane w oparciu o aktualny stan wiedzy naukowej. W chwili obecnej istotnym problemem jest źródło finansowania regularnych badań epidemiologicznych dotyczących skali występowania chorób i czynników ryzyka. Z uwagi na konieczność prowadzenia prozdrowotnej polityki publicznej w oparciu o obiektywne, rzetelne i wiarygodne dane nie mniej niż 10% środków planowanych do przeznaczenia na realizację Programu rocznie będzie przeznaczane na realizację zadań polegających na:

- 1) monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa;
- 2) identyfikacji i analizie rozpowszechnienia czynników ryzyka przyczyniających się do pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa;
- 3) identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu;
- 4) inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, w tym badań zmierzających do oceny zależności pomiędzy czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a zdrowiem, oraz badań dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego.

⁶² Tamże, s. 18

⁶³ Tamże, s. 21

Podczas realizacji celów operacyjnych będzie konieczne korzystanie z dotychczasowych doświadczeń, a także uwzględnianie aktualnego stanu wiedzy. W odniesieniu do poszczególnych celów powinno się to odbywać w następujący sposób:

Cel operacyjny 1)

Realizacja tego celu przyczyni się przede wszystkim do zatrzymania wzrostu liczby osób z otyłością, czego konsekwencją będzie spadek obciążenia populacji przewlekłymi chorobami niezakaźnymi. Przede wszystkim realizacja celu przyczyni się do ograniczenia zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy i innych chorób metabolicznych, chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób psychicznych.

Przy realizacji zadań wpisujących się w ten cel operacyjny konieczna będzie koordynacja i korzystanie z doświadczeń programów:

- 1) „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” (Szkoły promujące europejski kodeks walki z rakiem);
- 2) „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej” współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej;
- 3) „Szkół promujących zdrowie” w ramach Europejskiej Sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie;
- 4) Programu „Trzymaj Formę!”;
- 5) „Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym”, modułu I pn. „Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH na lata 2007-2011”;

W realizacji zadań niezbędne będzie korzystanie z doświadczenia oraz danych zgromadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia, Instytut Matki i Dziecka, Instytut – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Główny Inspektorat Sanitarny.

-Dla realizacji zadań istotne będzie korzystanie z wyników badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*) oraz OLAF (Opracowanie norm ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w Polsce). Dla uzyskania szczegółowych i porównywalnych międzynarodowo danych dotyczących skali nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży konieczne będzie monitorowanie sytuacji poprzez prowadzenie badania COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*).

Cel operacyjny 2)

Realizacja tego celu przyczyni się do zmniejszenia obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi wynikającymi ze szkodliwego stosowania substancji psychoaktywnych oraz

uzależnień, w tym behawioralnych. Wpłynie to pozytywnie na poprawę zdrowia psychicznego społeczeństwa oraz zmniejszenie obciążenia chorobami somatycznymi, przede wszystkim nowotworami i uszkodzeniami narządów wewnętrznych.

Przy realizacji zadań wpisujących się w ten cel operacyjny konieczna będzie koordynacja i korzystanie z doświadczeń:

- 1) programów ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu,
- 2) narodowych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- 3) krajowych programów przeciwdziałania narkomanii,
- 4) „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” (w zakresie zadań związanych z prewencją pierwotną),
- 5) programów finansowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
- 5) programu „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła”.

W realizacji zadań niezbędne będzie korzystanie z doświadczenia oraz danych zgromadzonych przez Główny Inspektorat Sanitarny, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Dla realizacji celu niezbędne będzie opieranie się na wynikach badania GATS („*The Global Adult Tobacco Survey*” WHO), badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*) oraz badania „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD).

Profilaktyka uzależnień od substancji psychoaktywnych jest istotna w całej populacji, niemniej jednak najbardziej istotne jest zapobieganie wchodzeniu w nałóg przez dzieci i młodzież.

Cel operacyjny 3)

Realizacja tego celu przyczyni się przede wszystkim do poprawy stanu zdrowia psychicznego, ograniczenia zapadalności na zaburzenia psychiczne (głównie na depresję), zmniejszenia liczby samobójstw, dalszej reorientacji opieki zdrowotnej w kierunku opieki środowiskowej i integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Obok zapobiegania depresji i samobójstwom konieczne jest ograniczenie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, edukowanie społeczeństwa i pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w zakresie wczesnego wykrywania tych zaburzeń.

W ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego będą również realizowane zadania polegające na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej poprzez upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Konieczne będzie również finansowanie zadań polegających na

inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, a także monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia psychicznego i jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym.

Przy realizacji zadań wpisujących się w ten cel operacyjny konieczne będzie korzystanie z doświadczenia zgromadzonego podczas realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015. Dla realizacji zadań istotne będzie korzystanie z wyników badania EZOP - „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej”.

Cel operacyjny 4)

Realizacja tego celu przyczyni się przede wszystkim do ograniczenia zapadalności na choroby wywołane czynnikami chemicznymi, fizycznymi, biologicznymi i zawodowymi.

W realizacji zadań niezbędne będzie korzystanie z doświadczenia oraz danych zgromadzonych m.in. przez Państwową Inspekcję Sanitarną, Inspekcję Ochrony Środowiska, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Państwową Inspekcję Pracy, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie oraz Inspektora do spraw Substancji Chemicznych.

Dla realizacji zadań istotne będzie korzystanie z raportów o stanie sanitarnym kraju, wyników monitoringu środowiska, wyników nadzoru i działań kontrolnych, baz danych o zagrożeniach czynnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi w środowisku pracy, raportów o bezpieczeństwie w ruchu drogowym oraz informacji o zatruciach spowodowanych czynnikami chemicznymi.

Niezbędne jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym pod względem bezpieczeństwa mikrobiologicznego i chemicznego, powietrza atmosferycznego i wewnętrznego w środowisku bytowania i pracy, żywności i wody, zapobieganie chorobom związanym z pracą, poprawa stanu zdrowia osób pracujących, zwiększenie bezpieczeństwa transportu, profilaktyka wypadków w szkole i miejscu pracy, profilaktyka upadków u osób starszych. Niezbędne jest także wzmocnienie działań pozwalających na skuteczne zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, w tym takich którym zapobiega się poprzez szczepienia ochronne lub podlegające światowym programom eliminacji lub eradykacji oraz zakażeń oraz zakażeń związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a także działań na rzecz ograniczenia liczby nowych zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową (HIV, kiła, rzeżączka, HPV, chlamydia, itd.).

Cel operacyjny 5)

Realizacja tego celu przyczyni się do poprawy poszczególnych obszarów zdrowia osób starszych, pozwoli na zmniejszenie obciążenia chorobami typowymi dla wieku podeszłego. W realizacji zadań niezbędne będzie korzystanie z doświadczeń z realizacji Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020. Efektem podejmowanych interwencji będzie również poprawa Wskaźnika Aktywnego Starzenia. Projektem „Wskaźnik aktywnego starzenia się” kierują wspólnie Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL) oraz Wydział ds. Ludności Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ (EKG ONZ). W pierwszej fazie rozpoczętej w 2012 r., Europejskie Centrum Polityki Społecznej i Badań w Wiedniu opracowało wskaźnik i opublikowało wyniki dla wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej. Konieczna jest intensyfikacja współpracy na rzecz poprawy wyników wskaźnika, istnieje ku temu znaczny potencjał.

Dla osiągnięcia poprawy stanu zdrowia niezbędna jest reorientacja opieki zdrowotnej udzielanej osobom starszym i zapewnienie kompleksowych świadczeń a także wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych charakterystycznych dla wieku podeszłego.

Niezbędnym elementem dla poprawy stanu zdrowia osób starszych jest szkolenie kadr medycznych i zwiększanie wiedzy dotyczącej problemów geriatrycznych. Konieczne jest tworzenie środowisk sprzyjających zachowaniu i poprawie zdrowia, w tym w podmiotach leczniczych.

Cel operacyjny 6)

Dzięki wzmocnieniu zdrowia prokreacyjnego możliwe będzie wspieranie walki z jednym z najistotniejszych problemów, jakim jest niska dzietność w Rzeczypospolitej Polskiej. Obserwowany proces wpływu czynników cywilizacyjnych na zdrowie człowieka dotyczy w dużym stopniu zdrowia prokreacyjnego. Wynikiem tego jest zmniejszona płodność i coraz większa liczba małżeństw bezdzietnych w sposób niezamierzony. Jednocześnie towarzyszy temu brak podstawowej wiedzy na temat czynników kształtujących zdrowie prokreacyjne i mających wpływ na jego pogarszanie. Problemem jest też brak perspektywy ochrony zdolności rozrodczych przy podejmowaniu leczenia u osób młodych dotkniętych chorobą, jak również przy poszukiwaniu przez te osoby pracy czy podejmowaniu innych aktywności. Pilne podjęcie tych zadań wymaga systematycznej ścisłej współpracy z wiodącymi ekspertami o wieloletnim doświadczeniu w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego.

Dla osiągnięcia poprawy zdrowia prokreacyjnego należy prowadzić działania edukacyjne i informacyjne dotyczące czynników mających wpływ na zdrowie prokreacyjne kobiet i mężczyzn oraz kształtowanie postaw sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym, w tym wśród pracowników systemu opieki zdrowotnej a także realizacja badań dotyczących zdrowia prokreacyjnego i jego uwarunkowań w społeczeństwie.

Przygotowanie projektu rozporządzenia zostało poprzedzone analizą rozwiązań międzynarodowych. Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy obszaru zdrowia publicznego przejęcie wprost rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest możliwe. Rozproszenie funkcji zdrowia publicznego, sposób przypisania ich poszczególnym podmiotom publicznym, a także różnorodność definiowania zakresu zdrowia publicznego pomiędzy poszczególnymi państwami nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących europejskiego modelu zdrowia publicznego i jest podstawą do przyjęcia w projektowanych przepisach rozwiązań dostosowanych do istniejących realiów organizacyjnych, finansowych oraz kompetencji instytucji publicznych.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.