

U S T A W A

z dnia

o zdrowiu publicznym¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Art. 2. Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń 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;
- 10) obszar aktywności fizycznej.

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, ustawę z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawę z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych.

Art. 3. 1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działaniach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812), agencje wykonawcze i państwowe jednostki organizacyjne, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

2. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2014 r. poz. 1118, 1138 i 1146).

3. W realizacji zadań, o których mowa w art. 2 pkt 1, samorząd gminy oraz samorząd powiatu mogą współpracować z samorządem województwa.

4. W realizacji zadań, o których mowa w art. 2 pkt 6, samorząd województwa współpracuje z wojewodą.

5. Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581) oraz dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na zasadach określonych w art. 48d tej ustawy.

Rozdział 2

Koordynacja i opiniowanie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego

Art. 4. 1. Zadania wynikające z ustawy koordynuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego należy:

- 1) przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1;
- 2) monitorowanie realizacji zadań, o których mowa w art. 2;
- 3) zapewnianie spójności zadań realizowanych przez organy i podmioty, o których mowa w art. 3;
- 4) sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom, o których mowa w art. 3, potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego;

- 5) gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą;
- 6) analizowanie informacji, o których mowa w art. 12;
- 7) sporządzanie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w danym roku, wraz z ich ewaluacją.

3. Do realizacji zadań, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 2 i 6, minister właściwy do spraw zdrowia może powoływać zespoły robocze, składające się z osób posiadających wiedzę i doświadczenie związane z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego. Działalność zespołów jest finansowana z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Rada Ministrów może, na podstawie art. 10 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2012 r. poz. 392), ustanowić Pełnomocnika Rządu do spraw zdrowia publicznego. Pełnomocnik, w zakresie określonym w przepisach o jego ustanowieniu, realizuje zadania ministra właściwego do spraw zdrowia z zakresu zdrowia publicznego.

Art. 5. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia współdziała z organami władzy publicznej, jednostkami podległymi lub nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, jednostkami właściwymi w sprawach przeciwdziałania uzależnieniom, Instytutem Medycyny Wsi, Głównym Inspektorem Sanitarnym, a także Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym, Głównym Inspektorem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Głównym Inspektorem Sanitarnym Wojska Polskiego oraz podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 2.

2. Organy władzy publicznej oraz państwowe jednostki organizacyjne są obowiązane do współpracy i udzielania pomocy ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w tym do bezpłatnego udostępniania mu informacji, dokumentów i danych, którymi dysponują, niezbędnych do realizacji jego zadań, w terminie określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Dane są udostępniane w postaci zbiorów danych jednostkowych uniemożliwiających identyfikację osób, których dotyczą.

Art. 6. 1. Tworzy się Radę do spraw Zdrowia Publicznego, zwaną dalej „Radą”, pełniącą funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Do zadań Rady należy:

- 1) opiniowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1, i ewaluacja wdrażania tego programu;
- 2) przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji nowych zadań służących realizacji celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1;
- 3) wykonywanie innych zadań opiniodawczo-doradczych w zakresie zdrowia publicznego powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Obsługę Rady zapewnia komórka organizacyjna w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Koszty funkcjonowania Rady są pokrywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 7. 1. Rada składa się z:

- 1) przedstawiciela Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) przedstawicieli każdego z ministrów kierujących działem administracji rządowej;
- 3) konsultantów krajowych w dziedzinach: zdrowia publicznego, epidemiologii, chorób zakaźnych, kardiologii, onkologii klinicznej, diabetologii, psychiatrii, medycyny pracy, zdrowia środowiskowego oraz pielęgniarstwa;
- 4) nie więcej niż czterech przedstawicieli wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 5) przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) przedstawiciela Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
- 7) przedstawiciela Instytutu Żywności i Żywienia;
- 8) przedstawiciela Głównego Inspektora Sanitarnego;
- 9) przedstawiciela Głównego Inspektora Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 10) przedstawiciela Głównego Inspektora Sanitarnego Wojska Polskiego;
- 11) przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 12) przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 13) przedstawiciela Naczelnej Rady Aptekarskiej;
- 14) przedstawiciela Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;

- 15) nie więcej niż dwóch przedstawicieli reprezentatywnych organizacji pracodawców;
- 16) przedstawiciela organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2.

2. Członków Rady powołuje minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) na wniosek właściwego organu, organizacji lub podmiotu, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 4–14, z wyjątkiem członka powoływanego z własnej inicjatywy;
- 2) spośród osób zgłoszonych, w terminie 14 dni od dnia publikacji na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o zamiarze powołania Rady lub zmian w jej składzie, przez organizacje lub podmioty określone w ust. 1 pkt 15 i 16.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady z własnej inicjatywy albo na wniosek właściwego organu, organizacji lub podmiotu, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 4–16. W przypadku odwołania członka Rady z własnej inicjatywy minister właściwy do spraw zdrowia niezwłocznie powiadamia o tym właściwy organ, organizację lub podmiot.

4. Przewodniczącego Rady wyznacza minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Rady.

6. W posiedzeniach Rady mogą brać udział z głosem doradczym osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady.

7. W celu realizacji zadań określonych w art. 6 ust. 2 Rada może tworzyć zespoły robocze.

8. W skład zespołów, o których mowa w ust. 7, mogą wchodzić osoby niebędące członkami Rady.

9. Szczegółowy tryb pracy Rady określa regulamin pracy Rady uchwalony przez Radę i zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 8. 1. Członkom Rady oraz osobom, o których mowa w art. 7 ust. 6 i 8, w związku z wykonywanymi czynnościami, przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 i 1662).

2. Pracodawca jest obowiązany zwolnić pracownika od pracy na czas niezbędny do wzięcia udziału w posiedzeniach Rady. W przypadku skorzystania przez pracownika ze zwolnienia od pracy pracodawca wydaje zaświadczenie określające wysokość utraconego wynagrodzenia za czas tego zwolnienia w celu uzyskania przez pracownika od ministra właściwego do spraw zdrowia rekompensaty pieniężnej z tego tytułu – w wysokości przewidzianej w zaświadczeniu, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują zachowanie przez pracownika prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia.

3. Zwrot kosztów przejazdu oraz rekompensata, o których mowa w ust. 1 i 2, są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Rozdział 3

Narodowy Program Zdrowia i Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia

Art. 9. 1. Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „NPZ”, jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2.

2. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, NPZ obejmujący:

- 1) cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,
 - 2) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia społeczeństwa,
 - 3) zadania służące realizacji celów operacyjnych,
 - 4) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,
 - 5) realizatorów zadań,
 - 6) tryb i wysokość finansowania zadań,
 - 7) wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ
- mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia.

3. NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat.

4. Na realizację zadań określonych w NPZ jednostki samorządu terytorialnego oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2, mogą otrzymywać dotacje celowe z budżetu państwa.

Art. 10. 1. Tworzy się Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, zwany dalej „Komitetem”. Do zadań Komitetu należy bieżąca koordynacja działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ.

2. Komitet składa się z przedstawicieli ministrów wskazanych w NPZ, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, oraz z ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Członków Komitetu powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek właściwych ministrów.

4. Przewodniczącym Komitetu jest minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Komitet podejmuje rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jego członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Komitetu.

6. Członkowie Komitetu odpowiadają za wdrażanie zadań NPZ w zakresie właściwym dla reprezentowanego ministra.

7. Obsługę Komitetu zapewnia komórka organizacyjna w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia.

8. Członkom Komitetu, w związku z wykonywanymi czynnościami, nie przysługuje wynagrodzenie.

9. Koszty funkcjonowania Komitetu są pokrywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. Szczegółowy tryb pracy Komitetu określa regulamin pracy Komitetu uchwalony przez Komitet.

Art. 11. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może zgłaszać do Prezesa Rady Ministrów wnioski dotyczące realizacji zadań z zakresu spraw wskazanych w NPZ.

2. Podmiot wskazany jako odpowiedzialny za realizację zadań z zakresu spraw wskazanych w NPZ, dla osiągnięcia celów określonych w tym programie, jest obowiązany współdziałać z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Art. 12. 1. Organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z

zakresu zdrowia publicznego przekazują 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.

2. Jednostki samorządu terytorialnego przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

3. Wojewoda weryfikuje informację, o której mowa w ust. 2, pod względem:

- 1) spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 7;
- 2) zgodności realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego celów i podjętych lub zrealizowanych zadań z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w NPZ.

4. W przypadku braku możliwości zweryfikowania informacji w zakresie, o którym mowa w ust. 3, wojewoda występuje do jednostki samorządu terytorialnego o jej uzupełnienie lub dostosowanie do wymagań, o których mowa w ust. 7.

5. Wojewoda na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przygotowuje 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.

6. Informację zbiorczą oraz opinię, o których mowa w ust. 5, wojewoda, wraz z informacjami o zadaniach zrealizowanych przez niego w okresie objętym sprawozdaniem, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do dnia 30 września każdego roku.

7. Informacje, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, zawierają:

- 1) określenie odpowiednio organu sporządzającego informację lub ją przekazującego;
- 2) wskazanie realizowanego celu operacyjnego NPZ dla podjętych lub zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego, jeżeli dotyczy;
- 3) opis zadań z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku;
- 4) wskazanie źródeł i wysokości finansowania zadań zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku;
- 5) inne informacje uznane przez dany organ za istotne w zakresie zadań podjętych w ubiegłym roku.

8. Na podstawie informacji oraz opinii, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, o której mowa w art. 4 ust. 2 pkt 7, zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego 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. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

9. W przypadku stwierdzenia niezgodności zadań realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej wojewoda przekazuje swoją opinię w tym zakresie organowi stanowiącemu danej jednostki.

10. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi informację, o której mowa w ust. 8, nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia przyjęcia jej przez Radę Ministrów.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób przekazywania informacji, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz wzór dokumentu zawierającego taką informację, uwzględniając możliwość sprawnego przeprowadzenia analizy uzyskanych informacji i ich przetworzenia w celu sporządzenia informacji, o której mowa w ust. 5.

Rozdział 4

Zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego

Art. 13. Zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym ze środków państwowych funduszy celowych;
- 2) realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego:
 - a) innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej, w tym ze środków państwowych funduszy celowych,
 - b) agencji wykonawczych i państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) jednostek samorządu terytorialnego.

Art. 14. 1. Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta.

2. Dysponent środków, o których mowa w art. 13, nie ogłasza konkursu ofert na realizację zadania, o którym mowa w ust. 1, jeżeli w NPZ określono podmiot właściwy do realizacji tego zadania oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu, składany do odpowiedniego dysponenta środków.

3. Na realizację powierzonego zadania w trybie, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedni dysponent przekazuje środki na podstawie umowy zawartej z realizatorem zadania.

4. Do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

5. Przepisów ustawy nie stosuje się do trybu powierzania realizacji zadań finansowanych ze środków państwowych funduszy celowych.

Art. 15. 1. W ogłoszeniu o konkursie ofert określa się:

- 1) zadanie będące przedmiotem konkursu ofert;
- 2) wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania;
- 3) terminy i warunki realizacji zadania;
- 4) kryteria oceny ofert;
- 5) miejsce i termin składania ofert;
- 6) termin rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- 7) termin i sposób ogłoszenia wyników konkursu ofert;
- 8) sposób odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- 9) poziom i sposób obliczania minimalnego współfinansowania zadania przez podmiot ogłaszający konkurs, jeżeli współfinansowanie zadania jest warunkiem otrzymania środków;
- 10) wykaz dokumentów, które należy dołączyć do oferty;
- 11) informację o możliwości odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert oraz możliwości przedłużenia terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- 12) sposób złożenia oferty i dokumentów, o których mowa w pkt 10.

2. Ogłoszenie o konkursie ofert może zawierać dodatkowo:

- 1) opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert;
- 2) sposób i terminy przekazania środków na rzecz realizatorów zadań.

3. Wraz z ogłoszeniem o konkursie ofert zamieszcza się wzór formularza oferty, zgodnie z którym realizator zadania składa ofertę.

4. Ogłoszenie o konkursie ofert umieszcza się na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej podmiotu ogłaszającego konkurs oraz w jego siedzibie.

5. Oferta złożona w konkursie ofert zawiera:

- 1) szczegółowy sposób realizacji zadania;
- 2) termin i miejsce realizacji zadania;
- 3) harmonogram działań w zakresie realizacji zadania;
- 4) informację o wysokości wnioskowanych środków;
- 5) informację o wysokości współfinansowania realizacji zadania, jeżeli dotyczy;
- 6) informację o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert;
- 7) informację o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym i kompetencjach osób, zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób;
- 8) informację o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania oraz kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.

6. Do oferty dołącza się:

- 1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących;
- 2) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
- 3) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 4) oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;
- 5) oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

Art. 16. Wniosek, o którym mowa w art. 14 ust. 2, zawiera informacje, o których mowa w art. 15 ust. 5 pkt 1–5 i 8. Do wniosku dołącza się dokumenty, o których mowa w art. 15 ust. 6.

Art. 17. 1. Realizatorzy zadań, z którymi została zawarta umowa, o której mowa w art. 14 ust. 3, są obowiązani do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej otrzymanych środków oraz dokonywanych z tych środków wydatków.

2. Odpowiedni dysponent środków nadzoruje prawidłowość wydatkowania przekazanych środków pod względem racjonalności, celowości, gospodarności i legalności ich wydatkowania oraz spełnienia zasad, o których mowa w art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.²⁾).

3. Dysponentowi środków przysługuje prawo przeprowadzenia kontroli w siedzibie realizatora zadań, który otrzymał środki, oraz odbierania w ramach przeprowadzanej kontroli oświadczeń.

4. Oświadczenia, o których mowa w ust. 3 oraz w art. 15 ust. 6 pkt 2–5, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

5. Do środków przekazywanych na podstawie umowy zawartej na podstawie art. 14 ust. 3, w zakresie nieuregulowanym w ustawie, stosuje się przepisy o finansach publicznych dotyczące dotacji.

Art. 18. Nie mniej niż 10% środków przeznaczonych na realizację zadań NPZ 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;

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 938 i 1646, z 2014 r. poz. 379, 911, 1146, 1626 i 1877 oraz z 2015 r. poz. 238 i 532.

- 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.

Rozdział 5

Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 19. W ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z późn. zm.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zadania, o których mowa w ust. 1, są realizowane zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...), zwanym dalej „Narodowym Programem Zdrowia”.”;
- 2) w art. 3 w ust. 3 uchyla się pkt 1;
- 3) w art. 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Samorząd województwa realizuje zadania, o których mowa w art. 1 i 2, w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, uwzględniając cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu określone w Narodowym Programie Zdrowia.”;
- 4) w art. 4¹ ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych określone w Narodowym Programie Zdrowia.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1563 oraz z 2014 r. poz. 822 i 1188.

Gminny program jest realizowany przez ośrodek pomocy społecznej, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej, lub inną jednostkę wskazaną w tym programie. W celu realizacji gminnego programu wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać pełnomocnika.”;

5) uchyla się art. 11;

6) w art. 13³ ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Środki Funduszu przeznacza się na dofinansowanie zajęć sportowych dla uczniów, prowadzonych przez kluby sportowe działające w formie stowarzyszenia oraz inne organizacje pozarządowe, które w ramach swojej statutowej działalności realizują zadania z zakresu upowszechniania kultury fizycznej wśród dzieci i młodzieży, a także organizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, oraz na zadania określone w przepisach o zdrowiu publicznym w zakresie aktywności fizycznej.

5. Minister właściwy do spraw kultury fizycznej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych i ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) warunki i tryb przyznawania środków z Funduszu na dofinansowanie zajęć sportowych dla uczniów oraz na zadania określone w przepisach o zdrowiu publicznym,
 - 2) tryb składania wniosków i dane, jakie powinien zawierać wniosek o przyznanie środków Funduszu, uwzględniając zakres niezbędnych danych dotyczących podmiotu ubiegającego się o te środki, a także informacje o zajęciach sportowych dla uczniów albo realizowanych zadaniach określonych w przepisach o zdrowiu publicznym,
 - 3) tryb przekazywania środków Funduszu, uwzględniając terminy, w jakich zostało zaplanowane przeprowadzenie zajęć sportowych dla uczniów albo realizacja zadań określonych w przepisach o zdrowiu publicznym,
 - 4) wysokość dofinansowania zajęć sportowych dla uczniów, z tym że maksymalna wysokość tego dofinansowania w przypadku zajęć prowadzonych przez kluby sportowe działające w formie stowarzyszenia oraz inne organizacje pozarządowe nie może przekroczyć 80%, a w przypadku zajęć organizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego – 50% planowanych kosztów realizacji zajęć
- kierując się koniecznością zapewnienia efektywnego wykorzystania środków Funduszu.”.

Art. 20. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2:
 - a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zadania, o których mowa w ust. 1, są realizowane na podstawie Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...), zwanego dalej „Narodowym Programem Zdrowia”.”,
 - b) uchyla się ust. 3,
 - c) w ust. 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Realizacja zadań określonych w ust. 1 należy do:”,
 - d) uchyla się ust. 6–8;
- 2) w art. 4a w ust. 2:
 - a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) monitorowanie realizacji zadań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego określonych w Narodowym Programie Zdrowia;”,
 - b) uchyla się pkt 2;
- 3) po art. 5 dodaje się art. 5a w brzmieniu:

„Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.”.

Art. 21. W ustawie z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 298) uchyla się art. 4.

Art. 22. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 7 w ust. 1 uchyla się pkt 2;
- 2) w art. 8 uchyla się pkt 2;
- 3) w art. 9 uchyla się pkt 2;
- 4) w art. 10:
 - a) w ust. 1 uchyla się pkt 2,
 - b) uchyla się ust. 2 i 3;

5) po art. 48b dodaje się art. 48c i art. 48d w brzmieniu:

„Art. 48c. 1. Jednostka samorządu terytorialnego, w ramach realizacji zadań własnych, może dofinansowywać programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48 ust. 1, inne niż realizowane przez tę jednostkę, polegające na profilaktyce chorób.

2. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 1, polega na udzieleniu realizatorowi programu wybranemu w trybie określonym w art. 48b dotacji celowej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.²⁾).

Art. 48d. 1. Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż określone w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w kwocie nieprzekraczającej:

- 1) 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.;
- 2) 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego innej niż wymieniona w pkt 1.

2. W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wniosek do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji, wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 3 pkt 2, oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...).

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje oceny wniosku oraz załączonych dokumentów oraz podejmuje decyzję o dofinansowaniu programu, którego wniosek dotyczy, uwzględniając wpływ planowanych działań na poprawę stanu zdrowia populacji objętej programem oraz możliwości finansowe oddziału wojewódzkiego Funduszu.

4. Przekazanie środków w ramach dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego

Funduszu z organem wykonawczym jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka samorządu terytorialnego zwraca oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu środki niewykorzystane lub wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, tryb składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie, o których mowa w ust. 2, oraz tryb rozliczania przekazanych środków i zwrotu, o którym mowa w ust. 4, uwzględniając konieczność równego traktowania jednostek samorządu terytorialnego składających wnioski oraz efektywne rozliczanie tych środków.”;

6) w art. 50 ust. 22 otrzymuje brzmienie:

„22. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej w decyzji, o której mowa w ust. 18, lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w art. 56–58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.”;

7) w art. 97 w ust. 3 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) promocja zdrowia i profilaktyka chorób, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d;”;

8) w art. 117 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) koszty świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniające koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d;”;

9) w art. 118:

a) w ust. 2 w pkt 2 dodaje się lit. d w brzmieniu:

„d) rezerwy na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d, w kwocie nie większej niż 0,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej określonych dla danego oddziału w projekcie planu finansowego, o którym mowa w art. 121, na rok poprzedni;”;

b) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Utworzenie rezerwy, o której mowa w ust. 2 pkt 2 lit. d, nie może powodować obniżenia kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych określonych dla tych

oddziałów w projekcie planu finansowego, o którym mowa w art. 121, na rok poprzedni.”.

Art. 23. W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124 oraz z 2015 r. poz. 28 i 875) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3, są finansowane ze środków własnych podmiotów wykonujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, środków przeznaczonych na realizację programów, o których mowa w art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581), oraz środków Narodowego Funduszu Zdrowia innych niż przeznaczonych na realizację programów zdrowotnych.”;

2) w art. 6 w ust. 3:

- a) uchyla się pkt 1 i 2,
- b) w pkt 12 uchyla się lit. k;

3) art. 7 otrzymuje brzmienie:

„Art. 7. Podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi Narodowy Program Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...), zwany dalej „Narodowym Programem Zdrowia”.”;

4) uchyla się art. 8;

5) w art. 9 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Organ wykonawczy samorządu województwa opracowuje projekt Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, zwanego dalej „Wojewódzkim Programem”, biorąc pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Wojewódzki Program stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.”;

6) w art. 10 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, opracowuje projekt Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, zwanego dalej „Gminnym Programem”, biorąc pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii określone w Narodowym Programie Zdrowia. Gminny Program stanowi część gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych.”;

- 7) w art. 15 pkt 4 otrzymuje brzmienie:
„4) monitorowanie realizacji Narodowego Programu Zdrowia w zakresie działań dotyczących przeciwdziałania narkomanii;”;
- 8) w art. 19 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
„3. Szczegółowe zadania z zakresu działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i zapobiegawczej określa Narodowy Program Zdrowia.”.

Art. 24. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947 oraz z 2014 r. poz. 619 i 1138) w załączniku:

- 1) po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:
„6a) Chikungunya;”;
- 2) po pkt 9 dodaje się pkt 9a w brzmieniu:
„9a) choroba wirusowa Ebola (EVD);”;
- 3) pkt 53 otrzymuje brzmienie:
„53) zakażenia szpitalne oraz zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi opornymi na antybiotyki kluczowe dla leczenia;”;
- 4) pkt 58 otrzymuje brzmienie:
„58) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;”.

Art. 25. W ustawie z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 612) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 86:
- a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
„4. Wydatki Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej są przeznaczone na przebudowę, remonty i dofinansowanie inwestycji obiektów sportowych, rozwijanie sportu wśród dzieci, młodzieży i osób niepełnosprawnych oraz zadania określone w przepisach o zdrowiu publicznym w zakresie aktywności fizycznej.”;
- b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
„6. Minister właściwy do spraw kultury fizycznej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych i ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczególne warunki uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań, o których mowa w ust. 4, tryb

składania wniosków oraz przekazywania środków, z uwzględnieniem racjonalności i ciągłości finansowania zadań.”;

- 2) w art. 88 w ust. 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:
„5) zadania określone w przepisach o zdrowiu publicznym.”.

Art. 26. Wojewoda po raz pierwszy dołącza opinię dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy zmienianej w art. 22, do:

- 1) informacji zbiorczej, o której mowa w art. 12 ust. 5, za 2017 r.;
- 2) wniosku, o którym mowa w art. 48d ust. 2 ustawy zmienianej w art. 22, składanego w 2017 r.

Art. 27. 1. Do zadań z zakresu zdrowia publicznego, których realizacja rozpoczęła się przed dniem wejścia w życie ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Do postępowań dotyczących realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 28. 1. Na 2016 r. następujące programy:

- 1) wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 4¹ ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
 - 2) Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii oraz Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii, o których mowa w art. 9 ust. 1 oraz art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
- są uchwalane i realizowane na dotychczasowych zasadach.

2. Działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego w 2016 r. w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są realizowane na dotychczasowych zasadach.

Art. 29. 1. W latach 2016–2025 maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy wynosi dla:

- 1) budżetu państwa w części 46, w roku:
 - a) 2016 – 70 mln zł,
 - b) 2017 – 80 mln zł,
 - c) 2018 – 80 mln zł,

- d) 2019 – 80 mln zł,
 - e) 2020 – 80 mln zł,
 - f) 2021 – 80 mln zł,
 - g) 2022 – 80 mln zł,
 - h) 2023 – 80 mln zł,
 - i) 2024 – 80 mln zł,
 - j) 2025 – 80 mln zł;
- 2) budżetu państwa w części 85, w roku:
- a) 2016 – 0,7 mln zł,
 - b) 2017 – 0,7 mln zł,
 - c) 2018 – 0,7 mln zł,
 - d) 2019 – 0,7 mln zł,
 - e) 2020 – 0,7 mln zł,
 - f) 2021 – 0,7 mln zł,
 - g) 2022 – 0,7 mln zł,
 - h) 2023 – 0,7 mln zł,
 - i) 2024 – 0,7 mln zł,
 - j) 2025 – 0,7 mln zł;
- 3) Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów, w roku:
- a) 2016 – 70 mln zł,
 - b) 2017 – 60 mln zł,
 - c) 2018 – 60 mln zł,
 - d) 2019 – 60 mln zł,
 - e) 2020 – 60 mln zł,
 - f) 2021 – 60 mln zł,
 - g) 2022 – 60 mln zł,
 - h) 2023 – 60 mln zł,
 - i) 2024 – 60 mln zł,
 - j) 2025 – 60 mln zł.

2. W przypadku gdy wielkość wydatków, o których mowa w ust. 1, po pierwszym półroczu danego roku budżetowego wyniesie więcej niż 65% limitu wydatków przewidzianych na dany rok, wielkość przyznanych środków przeznaczonych na wydatki

obniża się w drugim półroczu o kwotę stanowiącą różnicę między wielkością tego limitu a kwotą przekroczenia wydatków. W pierwszej kolejności ogranicza się wydatki na zadania, o których mowa w art. 2 pkt 1, 5, 7 i 8.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitów wydatków, o których mowa w ust. 1, jest minister właściwy do spraw zdrowia, a organami właściwymi do wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, są odpowiednio minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw kultury fizycznej oraz wojewodowie.

4. Minister właściwy do spraw kultury fizycznej oraz wojewodowie są obowiązani do przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji o stopniu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, umożliwiających monitorowanie limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, w terminie umożliwiającym wdrożenie mechanizmu korygującego.

Art. 30. Ustawa wchodzi w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 4 ust. 2 pkt 7, który wchodzi w życie z dniem 1 października 2017 r.;
- 2) art. 9, art. 19 pkt 1, 3, 4 i 6, art. 20, art. 23 i art. 25 pkt 1, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.;
- 3) art. 12 i art. 22, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.;
- 4) art. 21, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Uzasadnienie

1. Uzasadnienie podjęcia prac

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 poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybki sposób¹. Społeczeństwo jest obciążone istotnie chorobami cywilizacyjnymi, powodowanymi 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. Według 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 zależne od palenia tytoniu jest szacowana na ok. 67 tys. rocznie

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 i 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.

(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, będzie miał 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.

Potrzeba przygotowania projektowanej ustawy wynika przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Zadaniem władz publicznych jest prowadzenie działań przyczyniających się do ochrony i poprawy zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że zdrowie populacji stanowi wartość samą w sobie, a spójna i efektywna polityka państwa w zakresie zdrowia publicznego w sposób zasadniczy wpływa na funkcjonowanie społeczeństwa. Dobry stan zdrowia obywateli jest niezbędnym warunkiem rozwoju kraju, z jednej strony stymulując wzrost gospodarczy, z drugiej natomiast nie obciążając systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

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

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.

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

Zdrowie publiczne definiuje się jako naukę i sztukę zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie do zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarских mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia⁶.

W chwili obecnej można wskazać na bardzo wiele działań wpisujących się w mniejszym lub większym stopniu w obszar zdrowia publicznego.

Obecnie obowiązują przepisy posługujące się terminem zdrowie publiczne, w szczególności ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.) czy ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), i regulują one znaczny obszar zadań realizowanych na rzecz zdrowia publicznego (zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, nadzór nad warunkami higieny środowiska, higieny pracy w zakładach pracy, higieny rekreacji i wypoczynku, nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, jakością zdrowotną żywności i żywienia). Projektowana ustawa o zdrowiu publicznym stawia sobie jednak za cel stworzenie systemu prowadzenia spójnej polityki zdrowia publicznego, mając na uwadze wyzwania, jakim kraj rozwinięty musi sprostać w XXI wieku.

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

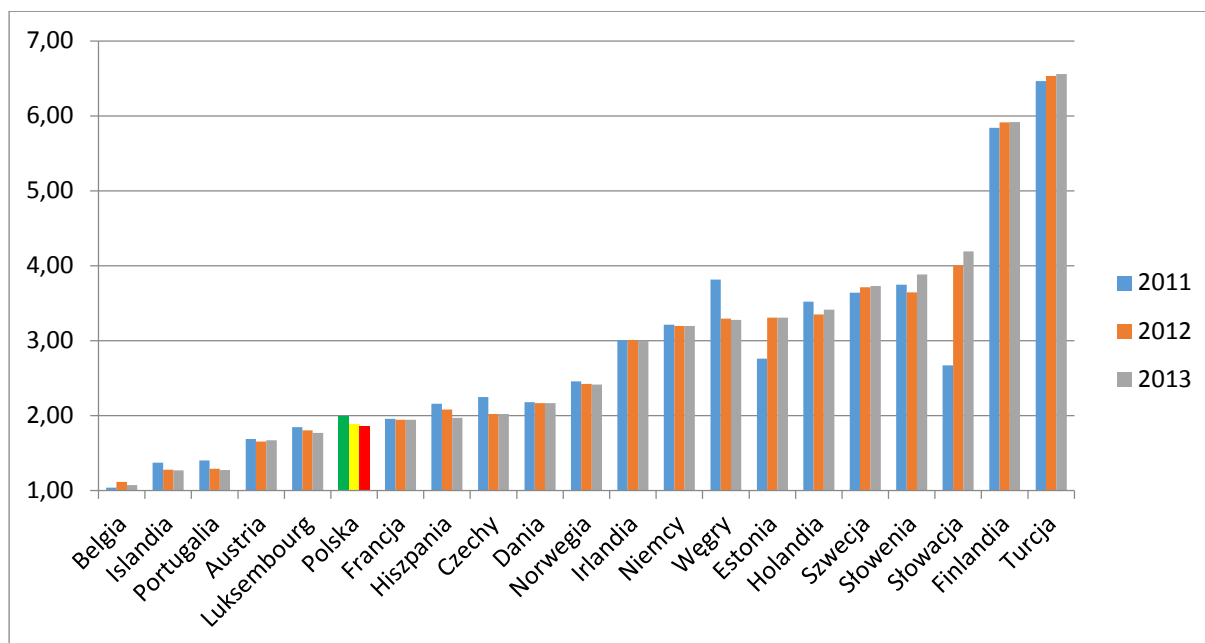
⁶ „Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia”, J. Opolski (red.). Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011 r., str. 18.

Sektorowa polityka zdrowotna jest realizowana przez szereg programów polityki zdrowotnej prowadzonych przez Ministra Zdrowia i programów zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również inne działania, np. Program szczepień ochronnych. Wśród programów polityki zdrowotnej na pewno trzeba wymienić Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006-2015, Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016, Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015–2018, Program profilaktyki raka piersi, czy Program profilaktyki raka szyjki macicy. Wspomniane programy łączą elementy promocji zdrowia z działaniami profilaktycznymi różnej fazy. Trudno nazwać te programy zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, gdyż w dużej mierze polegają na zadaniach inwestycyjnych lub zakupie leków antyretrowirusowych czy czynników krzepnięcia dla pacjentów z hemofilią i innymi skazami krwotocznymi.

Wydatki innych ministerstw na zdrowie (a zatem nie tylko zdrowie publiczne) wahają się od 0 zł do kilku- kilkunastu milionów zł rocznie. Przy czym należy zauważyć, że w większości te zadania nie są działaniami intencjonalnie tworzonymi na rzecz poprawy zdrowia, ale w pewnym stopniu przyczyniają się do poprawy warunków środowiska pracy czy nauki (jak np. program „Bezpieczna i przyjazna szkoła”. Wyodrębnienie udziału komponenty „zdrowotnej” w takim programie nie jest możliwe, zatem nie jest również możliwe przeprowadzenie szacunku zaangażowania finansowego innych ministerstw w problematykę zdrowia, a tym bardziej zdrowia publicznego.

Finansowanie profilaktyki w Rzeczypospolitej Polskiej jest na istotnie niższym poziomie niż w państwach członkowskich OECD należących do regionu europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia – wynosi jedynie około 65% średniej wartości w tych państwach, co gorsza notuje się tendencję do dalszego ograniczania udziału tych wydatków (spadek o 7% w latach 2011-2013) przy stopniowym średnim wzroście w innych państwach, co obrazuje poniższy wykres⁷.

⁷ Opracowano na podstawie WHO Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>, data wejścia 22.05.2015 r.



Obecne działania profilaktyczne realizowane są w sposób dalece niesatysfakcjonujący, przede wszystkim z uwagi na niewystarczające środki finansowe przeznaczane na programy profilaktyczne. Przykładowo Program Ograniczania Następstw Zdrowotnych Palenia Tytoniu finansowany jest na poziomie ok. 400 tys. zł (ze środków Głównego Inspektoratu Sanitarnego), podczas gdy wpływy do budżetu państwa z podatku akcyzowego z tytułu sprzedaży wyrobów tytoniowych do budżetu państwa wynoszą 22 mld zł. Zatem finansowanie Programu jest na poziomie 0,002% tych wpływów, czyli niemal 300-krotnie mniejszym niż przewidziano w ustawie ustanawiającej Program.

W podobnej sytuacji są Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, których finansowanie jest nieproporcjonalne do szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych powodowanych przez następstwa tych problemów zdrowotnych. W chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia oraz jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Główny Inspektorat Sanitarny) wydają na zapobieganie czynnikom ryzyka kwotę około 23 mln zł – z czego 13 mln zł stanowią środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Z braku środków finansowych nie są podejmowane systemowe działania na rzecz zapobiegania otyłości. Poza kwestiami finansowymi barierą jest również brak możliwości realizacji tego

rodzaju zadań międzyresortowo. Inne ministerstwa co prawda w ramach swojej działalności statutowej prowadzą działania wspierające poprawę stanu zdrowia, jednakże nie są często w stanie nawet wyodrębnić kwot przeznaczanych na te zadania.

Projektowana ustawa, poza umożliwieniem uzyskania właściwego poziomu finansowania obecnych zadań (tj. zwiększeniem), przyczyni się do rozpoczęcia realizacji nowych inicjatyw, dotychczas nieprowadzonych, a niezwykle istotnych dla analizy stanu zdrowia i podejmowania działań na rzecz jego poprawy.

Oczywisty jest fakt, że do zmian zdrowia populacji przyczynia się wiele czynników nieobjętych zakresem działania Ministra Zdrowia. Czynniki środowiskowe – zarówno społeczno-ekonomiczne, jak i te w miejscu pracy, nauki, zamieszkania i rekreacji -determinują bardzo istotnie poziom ryzyka powstania wielu chorób. Dużą zasługą innych ministrów jest inicjowanie i podejmowanie programów rządowych przyczyniających się do kreowania środowisk prozdrowotnych, w różnych wymiarach istotnych dla ich funkcjonowania. Poziom zaangażowania i wpływu Ministra Zdrowia na kształt, zakres i sposób realizacji tych programów nie jest jednolity – przedstawiciele Ministra Zdrowia uczestniczyli lub uczestniczą w procesie ich tworzenia, biorą udział w komitetach sterujących, zespołach roboczych lub wyłącznie konsultują je w ramach codziennej współpracy ministerstw. Programy realizowane przez innych ministrów niż Minister Zdrowia, a przyczyniające się do poprawy zdrowia publicznego, to m.in. Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020, Program promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży 2013–2016, Program „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła”, Pomoc Państwa w zakresie dożywiania na lata 2014–2020, Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020, Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020, Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy – III etap na lata 2014–2016, Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020 (w ramach którego realizowane są m.in. Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 oraz Program Wieloletni „Senior-Wigor” na lata 2015-2020), Solidarność pokoleń – działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+, Perspektywa uczenia się przez całe życie czy Program ratownictwa i ochrony ludności na lata 2014–2020.

Ważnym elementem wpisującym się w obszar zdrowia publicznego jest realizacja zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, polegająca na opracowywaniu i wdrażaniu programów zdrowotnych. Jednostki samorządu terytorialnego sprawozdały w 2014 r. realizację niemal trzech tysięcy programów zdrowotnych, ukierunkowanych przede wszystkim na

zapobieganie chorobom przewlekłym, poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz profilaktykę alkoholizmu⁸.

Wiele działań ukierunkowanych na poprawę sytuacji zdrowia publicznego realizowanych jest w ramach zadań ustawowych przez organy centralne, jednostki samorządu terytorialnego oraz współpracujące z nimi organizacje pozarządowe. Wymagają one jednak koordynacji i wsparcia.

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 przez 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. Aby zapewnić bliską współpracę resortów i budować koalicję na rzecz zdrowia niezbędne jest utworzenie forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego, w skład którego będą wchodzić przedstawiciele administracji rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych i

⁸ Dane Ministerstwa Zdrowia zgromadzone na podstawie art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

jednostek naukowych. Instytucjonalizacja funkcjonalna i operacyjna zdrowia publicznego umożliwi współpracę międzysektorową na rzecz zdrowia publicznego na szczeblu strategicznym oraz wykonawczym. Podstawowym założeniem projektowanej ustawy jest praktyczna implementacja generalnej zasady polityki Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia stanowiącej, że zdrowie powinno być obecne we wszystkich politykach, a nie stanowić wyłącznie wyodrębniony element polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia⁹.

Projektowana ustawa wzmocni mechanizmy diagnozowania problemów zdrowia publicznego i racjonalnego planowania interwencji, które będą wytyczną do działań podmiotów odpowiedzialnych za prowadzenie polityki zdrowotnej, w tym jednostek samorządu terytorialnego, Narodowego Funduszu Zdrowia, służby medycyny pracy, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, kuratoriów oświaty, szkół czy uczelni wyższych. Projektowana ustawa umożliwi wspieranie jednostek samorządu terytorialnego, w szczególności małych gmin, w realizowaniu ustawowych obowiązków związanych z promowaniem i ochroną zdrowia. Wsparcie to będzie polegało przede wszystkim na dostarczaniu wiedzy o wpływie czynników determinujących zdrowie oraz umiejętności skutecznego tworzenia warunków lokalnych sprzyjających utrzymaniu i poprawianiu stanu zdrowia – polegających na realizacji programów polityki zdrowotnej i koordynowaniu działań jednostek organizacyjnych działających w ramach sektora zdrowotnego, edukacji czy pomocy społecznej z organizacjami pozarządowymi, kościołami i związkami wyznaniowymi oraz wszelkimi podmiotami przyczyniającymi się do zmian w stanie zdrowia społeczeństwa.

2. Podstawowe cele regulacji

Pierwszym celem projektowanej ustawy jest utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitorowanie działalności władz publicznych wpływających na zmianę stanu zdrowia populacji. Kolejnym celem jest zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania. Projektowana ustawa ma również na celu usystematyzowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych obecnie, zapewnienie ich ciągłości, adekwatności i kompleksowości.

Funkcje zdrowia publicznego realizowane dzięki przyjęciu ustawy będą odpowiadały celom z zakresu zdrowia publicznego wynikającym z dokumentów regionu europejskiego WHO - „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek” i „Zdrowie 2020:

⁹ „Health in All Policies - Prospects and potentials”, T. Stahl et al. (red.), Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej Finlandii, Finlandia 2006 r. str. 18

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

oraz „Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies”, K. Leppo et al. (red.), Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej Finlandii, Finlandia 2013 r. str. 20

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf

Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka” oraz w „Wieloletnim programie działań w dziedzinie zdrowia Unii Europejskiej na lata 2014–2020”, tj. przede wszystkim takim celem jak:

- 1) promocja zdrowia i zapobieganie chorobom;
- 2) poprawa zdrowia całego społeczeństwa i wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu;
- 3) wspieranie innowacyjności i stabilności systemu opieki zdrowotnej;
- 4) wzmocnienie przywództwa i procesów rządzenia z udziałem podmiotów działających na rzecz zdrowia.

Istotne dla projektowanej regulacji są również dokumenty dotyczące zdrowia psychicznego, jak Zielona Księga: Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej z 2005 r. oraz Deklaracja Helsińska (*Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions*).

Dzięki realizacji zadań przewidzianych projektowaną ustawą 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 obecną 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 2031–2032¹⁰.

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.

¹⁰ Sytuacja zdrowotna ludności Polski... str. 12

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.

3. Operacjonalizacja zadań przewidzianych ustawą

Wykonanie projektowanej ustawy będzie możliwe przez:

- 1) utworzenie Rady do spraw Zdrowia Publicznego, w ramach której będzie prowadzone planowanie, monitorowanie i ewaluacja zadań prowadzonych w zdrowiu publicznym;
- 2) określenie, w formie rozporządzenia Rady Ministrów, Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) będącego dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego.

Do zadań z zakresu zdrowia publicznego, które będą realizowane na podstawie projektowanej ustawy należą w szczególności:

- 1) systematyczne monitorowanie i ocena stanu zdrowia i jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa w celu identyfikacji priorytetów dla polityki zdrowotnej państwa oraz wskazywanie skutecznych programów prewencji i promocji zdrowia;
- 2) prowadzenie edukacji zdrowotnej dostosowanej do potrzeb różnych grup społeczeństwa, a zwłaszcza dzieci, i młodzieży oraz osób starszych, z wykorzystaniem programów o dobrej jakości i sprawdzonej skuteczności;
- 3) promocja zdrowia i profilaktyka chorób;
- 4) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 5) podejmowanie działań w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego, psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) kształcenie i racjonalne wykorzystanie kadr w zakresie zdrowia publicznego;
- 7) analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa – uzupełniająca działania polegające na opracowaniu map potrzeb zdrowotnych;
- 8) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego.

Zadania te w dużym stopniu są zgodne z priorytetami zdrowotnymi określonymi przez Ministra

Zdrowa w rozporządzeniu w sprawie priorytetów zdrowotnych¹¹ wydanym na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581).

W Narodowym Programie Zdrowia zostaną określone:

- 1) cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,
 - 2) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa,
 - 3) zadania służące realizacji celów operacyjnych,
 - 4) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,
 - 5) realizatorzy zadań,
 - 6) tryb i wysokość finansowania zadań,
 - 7) wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ
- mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia.

NPZ będzie ustanawiany na czas nie krótszy niż okresy pięcioletnie i będzie przyczyniał się do realizacji Strategii Rozwoju Kraju 2020 oraz Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, oraz pozostanie komplementarny z przyjętym w 2014 r. przez Ministra Zdrowia dokumentem „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 ” i wspomnianym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych.

Dzięki zmianom będącym efektem ustawy, a także przyjęciu NPZ, będzie możliwe wzmocnienie działań na rzecz zapobiegania chorobom i podnoszenia potencjału zdrowia, przez inicjatywy takie jak:

- 1) kampanie edukacyjne mające na celu kształtowanie nawyków oraz postaw prozdrowotnych;
- 2) promowanie spożycia zdrowych produktów, ograniczenie spożycia soli i tłuszczów nasyconych oraz trans, a także powszechne poradnictwo dietetyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb;
- 3) oferowanie pomocy w leczeniu z uzależnienia od tytoniu, informowanie i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu;

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. Nr 137, poz. 1126).

- 4) pomoc w ograniczaniu spożycia alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych oraz prowadzenie skutecznych działań z zakresu leczenia uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych;
- 5) wspieranie osób z problemami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja czy zaburzenia nerwicowe;
- 6) poprawa warunków panujących w szkołach i miejscu pracy;
- 7) wczesna diagnostyka chorób, a przez to ich skuteczniejsze i szybsze leczenie;
- 8) rozwój badań naukowych;
- 9) stałe monitorowanie stanu zdrowia, rozpowszechnienia chorób i czynników ryzyka (z wykorzystaniem informacji gromadzonych na potrzeby tworzenia map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- 10) stałe monitorowanie mających wpływ na zdrowie postaw i zachowań ludzi w różnych grupach społecznych;
- 11) monitorowanie skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji.

Monitorowanie stanu zdrowia populacji, związane z realizacją NPZ, będzie skorelowane ze zbieraniem danych na potrzeby opracowania map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wojewódzkie Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych będą korzystać z tych samych danych demograficznych i epidemiologicznych. Projektowana ustawa o zdrowiu publicznym umożliwi wzbogacenie dostępnych danych o dane dotyczące faktycznego stanu zdrowia mieszkańców (a nie wyłącznie dane o korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej).

4. Koordynacja realizacji NPZ

Zadania wynikające z ustawy koordynuje minister właściwy do spraw zdrowia. Planuje się również utworzenie Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia, którego przewodniczącym będzie minister właściwy do spraw zdrowia. W skład Komitetu będą wchodzić podsekretarze lub sekretarze stanu z ministerstw odpowiedzialnych za wdrażanie zadań określonych w NPZ. Istnieje wiele obszarów pozostających w kompetencjach tych ministrów przyczyniających się do poprawy zdrowia populacji. Przykładowo można wymienić poniższe:

- 1) minister właściwy do spraw finansów publicznych – prowadzenie elementów prozdrowotnej polityki fiskalnej ukierunkowanej na zwiększanie dostępności do żywności i innych produktów zalecanych do spożycia oraz redukcję konsumpcji produktów negatywnie wpływających na zdrowie populacji (w tym używki);

- 2) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego – prowadzenie prozdrowotnej polityki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem społecznych uwarunkowań nierówności zdrowotnych, dbałość o prozdrowotne warunki w miejscu pracy;
- 3) minister właściwy do spraw oświaty i wychowania – wzmacnianie roli edukacji zdrowotnej mającej na celu podnoszenie świadomości zdrowotnej i umiejętności dokonywania wyborów prozdrowotnych, zapewnianie warunków prozdrowotnych w szkole;
- 4) minister właściwy do spraw środowiska – ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka wynikające z zanieczyszczenia gleby, powietrza, wody, promieniowania czy hałasu;
- 5) minister właściwy do spraw transportu – poprawa bezpieczeństwa w ruchu drogowym;
- 6) minister właściwy do spraw nauki oraz do spraw szkolnictwa wyższego – prowadzenie polityki w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych w obszarze zdrowia publicznego, w tym zapewnienie w programach naukowych środków finansowych na badania i rozwój w zakresie zapobiegania chorobom przewlekłym będącym głównymi czynnikami przedwczesnej umieralności, chorobowości i niepełnosprawności;
- 7) minister właściwy do spraw kultury fizycznej oraz do spraw turystyki – prowadzenie działań mających na celu popularyzację aktywności fizycznej, sportu masowego, rekreacji i zdrowego stylu życia;
- 8) minister właściwy do spraw rolnictwa – prowadzenie polityki prozdrowotnej w odniesieniu do produkcji żywności.

Dla wsparcia prowadzenia międzysektorowej polityki zdrowia publicznego utworzona zostanie Rada do spraw Zdrowia Publicznego, pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia i stanowiąca forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego. W jej skład będą wchodzić przedstawiciele administracji publicznej, a także najważniejszych podmiotów biorących udział w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym jednostki naukowe, przedstawiciele pracodawców i organizacji pozarządowych. Koszty funkcjonowania Rady, w tym zwrot kosztów przejazdu oraz rekompensata, o których mowa w projektowanym art. 8 ust. 1 i 2, będą finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach przyznaných limitów budżetowych. Planowanie prac ww. Rady, a także wytyczanie sposobów realizacji celów NPZ i wdrażanie zadań, będzie zadaniem przewodniczącego Rady, wyznaczanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Rada zastąpi funkcjonujący obecnie Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia. Działania z zakresu zdrowia publicznego będą wdrażane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej, dzięki zaangażowaniu przedstawicieli jednostek i towarzystw naukowych.

W projekcie ustawy wskazuje się również na możliwość ustanowienia przez Radę Ministrów Pełnomocnika Rządu do spraw zdrowia publicznego na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2012 r. poz. 392) w celu realizacji zadań ministra właściwego do spraw zdrowia z zakresu zdrowia publicznego.

Wspieranie oddolnych inicjatyw społeczeństwa obywatelskiego stanowi niezbędny element przekazywania kompetencji w zakresie kreowania i pomnażania zdrowia obywateli z systemu medycyny naprawczej w kierunku świadomie podejmowanych wysiłków dla budowania kapitału zdrowotnego ludzi. Projektowana ustawa wprowadzi również możliwość współuczestniczenia jednostek samorządu terytorialnego w programach finansowanych np. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przez wspieranie świadczeń profilaktycznych realizowanych w tej formie. Projektowana regulacja umożliwi również wnioskowanie przez jednostki samorządu terytorialnego do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej opracowanego przez daną jednostkę. W przypadku zgodności danego programu z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej oraz celami operacyjnymi NPZ, a także pod warunkiem posiadania pozytywnej oceny projektu programu wydanej przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może dofinansować program w wysokości 80% lub 40% jego planowanej wartości. Wprowadzone zróżnicowanie wynika z konieczności zwrócenia uwagi na sytuację zdrowotną w miejscowościach zamieszkałych przez mniej niż 5 tys. mieszkańców. Jak wskazują analizy mężczyźni w najmniejszych miastach żyją przeciętnie o ok. 3,5 roku krócej niż mężczyźni w dużych miastach i o ponad rok krócej niż mężczyźni na wsi, natomiast kobiety w najmniejszych miastach żyją o ok. 2 lata krócej niż mieszkanki największych miast i o prawie półtora roku krócej niż mieszkanki wsi¹². Zatem uzasadnione jest wspieranie najmniejszych jednostek samorządu terytorialnego w większym stopniu niż pozostałych. Proponowane rozwiązanie polegające na przekazywaniu środków jednostkom samorządu terytorialnego nie wpłynie na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Rezerwa na ten cel będzie stanowić nie więcej niż 0,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i będzie tworzona bez możliwości pomniejszenia wysokości kosztów świadczeń sfinansowanych w odniesieniu do roku poprzedzającego tworzenie rezerwy.

Z uwagi na problemy związane ze sprawozdawaniem działań na rzecz zdrowia publicznego planuje się ujednoczenie sprawozdawczości obejmującej zadania związane z profilaktyką uzależnień (od alkoholu, narkotyków, tytoniu), realizację Krajowego Programu Zapobiegania

¹² Sytuacja zdrowotna..., str. 40.

Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Narodowego Programu Zdrowia. Z uwagi na fakt, że realizatorami większości programów są te same podmioty, ujednoczenie kanału informacyjnego będzie stanowić odciążenie dla jednostek samorządu terytorialnego i ministerstw i przyczyni się do zwiększenia poprawności gromadzonych danych, które w chwili obecnej są wykazywane w kilku sprawozdaniach.

Projektowana ustawa wprowadzi obowiązek weryfikacji przez wojewodów sprawozdań przesyłanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Będą oni również oceniać zgodność działań podejmowanych przez samorzady z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej, określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku stwierdzenia niezgodności zadań realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej wojewoda przekazuje swoją opinię w tym zakresie organowi stanowiącemu danej jednostki. Nowe zadania i modyfikacja dotychczasowych zadań będą skutkować koniecznością zwiększenia kosztów funkcjonowania urzędów wojewódzkich (założono koszty związane z zatrudnieniem jednej osoby na pół etatu).

5. Finansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego

W chwili obecnej wysokość wydatków na zdrowie publiczne w kraju jest możliwa jedynie do oszacowania – wydatki te, jako odsetek całkowitych wydatków na zdrowie, są jednymi z niższych wśród państw członkowskich Unii Europejskiej – wynoszą jedynie 2%, przy wartości średniej na poziomie 2,7%¹³. Zatem uzasadnione jest zwiększenie udziału wydatków na profilaktykę chorób i promocję zdrowia w ogólnych wydatkach przeznaczanych na zdrowie.

Finansowanie zadań przewidzianych ustawą będzie pochodzić ze środków:

- 1) pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw kultury fizycznej (z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów);
- 2) pozostających w dyspozycji jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dzięki projektowanej ustawie możliwe będzie precyzyjne określenie i zwiększenie wydatków na ten cel. Projekt ustawy zakłada wskazanie w strukturze wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia środków przeznaczanych na zadania z zakresu zdrowia publicznego. Planuje się przeznaczanie kwoty 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób (w tym środki ze

¹³ <http://apps.who.int/nha/database>

wspomnianej powyżej rezerwy celowej w wysokości nie większej niż 0,5% kosztów świadczeń). Środki te pozostają w dyspozycji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ich wydatkowanie będzie się odbywać zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty, które zawarły z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia będą polegać na prowadzeniu programów wczesnego wykrywania nowotworów i profilaktyki chorób odtytoniowych. Będą obejmować również:

- 1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności przez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- 2) wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
- 3) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- 4) promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
- 5) prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia, oraz profilaktyki stomatologicznej;
- 6) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- 7) wykonywanie szczepień ochronnych;
- 8) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej, obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu;
- 9) zadania polegające na ochronie zdrowia psychicznego.

W chwili obecnej istnieje duży potencjał do zwiększenia zaangażowania świadczeniodawców w zadania dotyczące zapobiegania chorobom (w tym wczesne wykrywanie), edukacji zdrowotnej oraz promowania zachowań prozdrowotnych – przede wszystkim w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej.

Minister Zdrowia finansuje w chwili obecnej wiele wspomnianych wcześniej programów ukierunkowanych na promocję zdrowia, wczesne wykrywanie chorób i zapobieganie konsekwencjom i powikłaniom wybranych schorzeń. Programy te powinny być kontynuowane w najbliższych latach, wpisując się w NPZ.

Projektowana ustawa umożliwi realizację zadań związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości. Ich celem będzie poprawa stanu zdrowia publicznego poprzez zahamowanie wzrostu odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz przewlekłymi chorobami niezakaźnymi przez kształtowanie prozdrowotnych zachowań w zakresie diety i aktywności fizycznej oraz tworzenie warunków ułatwiających dokonywanie właściwych wyborów żywieniowych. Epidemia otyłości stanowi obecnie jedno z najpoważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego. W ciągu ostatnich 20 lat częstość występowania otyłości wśród mieszkańców Europy wzrosła trzykrotnie. Obecnie według danych Światowej Organizacji Zdrowia połowa osób dorosłych i jedna piąta dzieci z państw europejskich ma nadwagę. Ponad 1 mln zgonów rocznie w tym regionie spowodowanych jest chorobami związanymi z nadmierną masą ciała. Występowanie nadwagi i otyłości wpływa także w istotny sposób na rozwój gospodarczy - aktualnie szacuje się, że 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, że 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.

Również w Polsce, tak jak w innych krajach regionu, w szybkim tempie zwiększa się występowanie nadwagi i otyłości w społeczeństwie. W ciągu niespełna 15 lat (od 1991 r. do 2005 r.) nastąpił istotny (blisko 22%) wzrost otyłości wśród mieszkańców. Na realizację programu konieczne będzie zapewnienie dodatkowych środków w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości 60 mln zł rocznie.

Kwota niezbędna na realizację programu profilaktyki otyłości została oszacowana we współpracy z Instytutem Żywności i Żywienia w oparciu o rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia i Komisji Europejskiej, zalecenia jednostek naukowych zajmujących się żywieniem, propozycje działań przedstawianych na forum Parlamentarnego Zespołu ds. Przeciwdziałania i Rozwiązywania Problemów Otyłości, Rady ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia oraz Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, a także o doświadczenia Ministerstwa Zdrowia związane z realizacją Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011 POL-HEALTH. W programie przewiduje się następujące grupy działań:

- 1) planowanie i dobór efektywnych i sprawdzonych działań w oparciu o dane dotyczące rozpowszechnienia problemów zdrowotnych związanych z żywieniem oraz ich skutków zdrowotnych i ekonomicznych;

- 2) regularny monitoring sposobu żywienia, stanu odżywienia;
- 3) promocję zdrowia i edukację przy zastosowaniu nowoczesnych systemów interaktywnych i technologii informacyjno-komunikacyjnych, w tym prowadzenie powszechnej edukacji zdrowotnej skierowanej do kobiet w ciąży i karmiących (w tym promocja karmienia piersią z uwzględnieniem problemów z laktacją), dzieci, młodzieży, osób dorosłych, osób starszych;
- 4) zapobieganie nadwadze i otyłości, w tym przez wspieranie poprawy żywienia zbiorowego w szkołach;
- 5) ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług profilaktycznych i leczniczych, w tym zachęcanie do tworzenia i prowadzenia grup wsparcia dla osób z otyłością, jako skutecznego modelu leczenia otyłości.

Projektowana ustawa określi zasady i sposób finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego, tj. na podstawie konkursu ofert, lub na wniosek podmiotów wskazanych w NPZ, spełniających kryteria formalne. Tryb wnioskowy będzie dopuszczalny jedynie w sytuacji, w której zadanie powinno być realizowane przez podmioty wskazane w NPZ jako realizatorzy i w NPZ określi się, że powierzenie danego zadania następuje na wniosek tych podmiotów. Do powierzenia realizacji tych zadań nie będą miały zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych oraz przepisy o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

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 NPZ rocznie będzie przeznaczać się 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 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.

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.

6. Zmiany w przepisach obowiązujących

Zmiany w przepisach obowiązujących obejmują stopniową konsolidację programów profilaktyki uzależnień o zasięgu krajowym oraz Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego. Docelowo planuje się realizację tych programów na podstawie przepisów projektowanej ustawy i finansowanie ich ze źródeł w niej wskazanych. W okresie przejściowym kończące się programy będą mogły być dofinansowane i realizowane ze środków określonych w ustawie. Wskazano również, że przy opracowywaniu programów profilaktyki narkomanii i uzależnienia od alkoholu jednostki samorządu terytorialnego uwzględniają cele NPZ dotyczące profilaktyki uzależnień.

Kolejną istotną zmianą, wynikającą z wniosków z realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 (przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁴) jest zdefiniowanie w projektowanej regulacji centrów zdrowia psychicznego, które mają stanowić podstawową formę organizacyjną odpowiedzialną za ochronę zdrowia psychicznego – jednego z kluczowych obszarów zainteresowania zdrowia publicznego. Centra będą sprawować kompleksową opiekę psychiatryczną, udzielając opieki środowiskowej, ambulatoryjnej, dziennej oraz w razie potrzeby stacjonarnej. Projektowana regulacja zostanie uzupełniona o określenie warunków funkcjonowania centrów jako podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w odpowiednich aktach wykonawczych. Narodowy Fundusz Zdrowia określi również sposób finansowania centrów, pozwalający na zapewnienie kompleksowej opieki na danym obszarze.

Projektowane centra powinny obejmować opieką obszar, na którym mieszka od 50 do 200 tys. mieszkańców, a zatem docelowo w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta, jednakże stosownie do lokalnych potrzeb (zgodnie z wytycznymi określonymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015). Przewiduje się, że spójny terytorialnie obszar zabezpieczenia świadczeń w ramach centrum będzie określany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ i będzie uwarunkowany wielkością populacji i warunkami geograficzno-terytorialnymi danego obszaru. Przewiduje się, że celem szczegółowego sposobu określenia obszarów terytorialnych, dla których przeprowadzane będą

¹⁴ Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128.

postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki psychiatrycznej, minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie, o którym mowa w art. 139 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zmieniona zostanie również ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w zakresie wynikającym z konieczności zmian w załączniku dotyczącym wykazu chorób zakaźnych. Ostatnie lata ujawniły dużą dynamikę pojawiania się nowych chorób, a także zmian w występowaniu geograficznym albo przebiegu i obrazie klinicznym chorób już istniejących. Oprócz wirusa SARS, który spowodował epidemię w 2003 r. w Azji Południowo- Wschodniej (od tego czasu nie stwierdzono jego ponownego krążenia wśród ludzi), w 2012 r. na Bliskim Wschodzie pojawił się kolejny wirus z rodziny Coronaviridae - MERS-CoV. W 2007 r. na obszar Europy (Włochy) dotarła przenoszona przez komary Chikungunya, natomiast trwająca w krajach Afryki Zachodniej od 2014 r. epidemia, zaliczanej do wirusowych gorączek krwotocznych, gorączki Ebola zmieniła radykalnie obraz kliniczny i przybrała postać zachorowań z dominującymi objawami z układu pokarmowego (z jedynie w bardzo niewielkiej liczbie występującymi przypadkami objawów krwotocznych). Choroby zakaźne przebiegające z ciężką niewydolnością narządową i spowodowaną nią wysoką, sięgającą kilkudziesięciu procent śmiertelnością stanowią istotny problem zdrowia publicznego, podobnie jak zjawisko narastającej lekooporności i związanymi z nim zakażeniami biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi opornymi na antybiotyki kluczowe dla leczenia. Fakty te powodują konieczność objęcia ustawodawstwem nowych chorób, a także dokonania proponowanych zmian w zakresie kryteriów klasyfikowania i nazewnictwa chorób już istniejących.

7. Rozwiązania międzynarodowe

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia publicznego. Rozwiązania stosowane w państwach członkowskich Unii Europejskiej są bardzo zróżnicowane pod względem organizacji i finansowania. Ponadto zakres przedmiotowy w sposób istotny różni się między krajami.

Państwa członkowskie Unii Europejskiej regulują zdrowie publiczne ustawowo już od wielu lat. Przykładowo Wielka Brytania przyjęła pierwszą ustawę o zdrowiu publicznym już w 1848 r. Jej celem była przede wszystkim walka z epidemią cholery, ale również poprawa warunków sanitarnych w miastach¹⁵. W chwili obecnej odpowiedzialność za regulacje i wykonywanie zadań z zakresu zdrowia publicznego (w tym sprawy dotyczące bezpieczeństwa żywności oraz

¹⁵Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia... str. 13.

środowiska) w Anglii ponosi Departament Zdrowia (utworzony w 1988 r.¹⁶), współpracujący z Agencją Ochrony Zdrowia, Narodowym Instytutem Doskonałości Klinicznej oraz innymi agencjami rządowymi¹⁷. Rozwiązania angielskie nie przewidują przyjmowania narodowej strategii zdrowotnej, jednakże z uwagi na uwarunkowania systemu zdrowotnego opartego o przynależność świadczeniodawców do Systemu Narodowej Służby Zdrowia Ministerstwo Zdrowia ma kompetencje do ustalania ramowego działania uczestników systemu zdrowotnego i kluczowych zadań dla poszczególnych podmiotów. Każdy ze świadczeniodawców i płatników jest zobowiązany do tworzenia własnych planów, które podobnie jak plany strategiczne agencji rządowych uczestniczących w systemie zdrowia publicznego są zatwierdzane przez Ministerstwo Zdrowia¹⁸.

W Niemczech kompetencje zdrowia publicznego są przypisane władzom poszczególnych landów i obejmują monitorowanie chorób zakaźnych (w tym w szpitalach), promocję i edukację zdrowotną, badania przesiewowe u dzieci i innych szczególnych grup czy działania w obszarze prewencji chorób przenoszonych drogą płciową. Pomimo próby władz federalnych podjętej w 2005 r. nie udało się przyjąć kompleksowej regulacji dotyczącej zdrowia publicznego¹⁹, która konstytuowałaby struktury na szczeblu centralnym i ustanawiała narodową strategię zdrowotną. We Francji celem uporządkowania bardzo licznych i rozproszonych działań w obszarze zdrowia publicznego w 2004 r. uchwalono ustawę o zdrowiu publicznym. W tym akcie określono podział odpowiedzialności władz publicznych za określone zadania z zakresu zdrowia publicznego, a także dokonano instytucjonalizacji odpowiednich struktur. Ustawa nałożyła również obowiązek przygotowywania planów pięcioletnich dotyczących profilaktyki onkologicznej, zapobiegania przemocy i uzależnieniom, poprawy warunków środowiskowych, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz dostarczanie opieki pacjentom z chorobami rzadkimi²⁰. Rozwiązania francuskie obejmują również Narodowy Program Zdrowego Żywienia²¹, opierają się również na Regionalnych Agencjach Zdrowia, które są odpowiedzialne za opracowywanie i wdrażanie regionalnych strategii zdrowotnych²²

Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy obszaru zdrowia publicznego przejście wprost rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest możliwe.

¹⁶ Transfer of Functions (Health and Social Security) Order 1988, <http://www.legislation.gov.uk/uksi/1988/1843/article/1/made>, data akcesji 14.03.2015 r.

¹⁷ "United Kingdom (England): Health system review". S. Boyle, Health Systems in Transition, 2011, str. 22, 26 oraz 209.

¹⁸ Ibidem, str. 148.

¹⁹ "Germany: health system review", Busse R, Blümel M. Health Systems in Transition, 2014, str. 27.

²⁰ "France: Health system review", Chevreul K et al., Health Systems in Transition, 2010, Str. 165

²¹ Ibidem, str. 266

²² Ibidem, str. XXVIII.

Rozproszenie funkcji zdrowia publicznego, sposób przypisania ich poszczególnym podmiotom publicznym, a także różnorodność definiowania zakresu zdrowia publicznego między poszczególnymi państwami nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących europejskiego modelu zdrowia publicznego i są podstawą do przyjęcia w projektowanych przepisach rozwiązań dostosowanych do istniejących realiów organizacyjnych, finansowych oraz kompetencji instytucji publicznych.

Projekt ustawy 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 ustawy 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 Ustawa o zdrowiu publicznym</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Beata Małecko-Libera, Pełnomocnik Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia,</p> <p>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 7.07.2015 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: UD210</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 poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybki sposób. Społeczeństwo jest obciążone istotnie chorobami cywilizacyjnymi, powodowanymi 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 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 roku, 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. 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 zestawiać 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 działań 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 niepokojąco 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 (użytki, 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, 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 tarczycy.

Obecnie obowiązują przepisy posługujące się terminem „zdrowie publiczne”, w szczególności ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.), czy ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) i regulują one znaczny obszar zadań realizowanych na rzecz zdrowia publicznego (zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, nadzór na warunkami higieny środowiska, higieny pracy w zakładach pracy, higieny rekreacji i wypoczynku, nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, jakością zdrowotną żywności i żywienia). Ustawa o zdrowiu publicznym stawia sobie jednak za cel stworzenie systemu prowadzenia spójnej polityki zdrowia publicznego, mając na uwadze wyzwania, jakim kraj rozwinięty musi sprostać w XXI wieku. Polityka zdrowotna jest realizowana przez szereg programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych prowadzonych, odpowiednio, przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Wiele innych ministerstw inicjuje i podejmuje programy przyczyniające się do kreowania środowisk prozdrowotnych, w różnych wymiarach istotnych dla ich funkcjonowania. Kolejnym ważnym elementem wpisującym się w obszar zdrowia publicznego jest realizacja zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, polegająca na opracowywaniu i wdrażaniu programów polityki zdrowotnej. Jednostki samorządu terytorialnego sprawozdały w 2014 r. realizację niemal trzech tysięcy programów ukierunkowanych przede wszystkim na zapobieganie chorobom przewlekłym, poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz profilaktykę alkoholizmu.

Duża liczba i zakres działalności publicznej dotyczącej poprawy zdrowia populacji wymaga koordynacji i wsparcia, aby możliwe było osiągnięcie stanu zdrowia społeczeństwa zbliżonego do przeciętnego w Unii Europejskiej.

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

Projektowana ustawa:

- określi katalog zadań podejmowanych przez administrację publiczną mającą na celu poprawę stanu zdrowia populacji,
- ureguluje zasady koordynacji, wspierania i finansowania działań administracji publicznej i współpracy innych podmiotów w tym zakresie,
- utworzy podstawę do przyjęcia Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) – rozporządzenia Rady Ministrów,

- utworzy Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia,
- utworzy się Radę do spraw Zdrowia Publicznego,
- usprawni zasady sprawozdawania zadań finansowanych przez administrację publiczną dotyczących zdrowia publicznego,
- dostosuje obecnie obowiązujące przepisy do proponowanej regulacji.

Efektom będzie usystematyzowanie działań w obszarze zdrowia publicznego, co przyczyni się do zmniejszenia nierówności społecznych w zdrowiu (czyli różnic w stanie zdrowia uwarunkowanych statusem społeczno-ekonomicznym). Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego przyczyni się do zwiększenia liczby lat przeżywanych w zdrowiu, poprawy jego jakości związanej ze zdrowiem i zmniejszenia liczby chorób i urazów możliwych do uniknięcia.

Projektowana ustawa przyczyni się do poprawy efektywności (w tym alokacyjnej) programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych poprzez ich lepszą koordynację i możliwość wsparcia finansowego ze środków budżetu państwa i Narodowego Funduszu Zdrowia. W momencie wejścia w życie ustawy istniejące programy nie ulegną modyfikacji. Najważniejsze z istniejących programów objętych nową regulacją, które będą kontynuowane w przyszłości to:

- programy skutkujące wzrostem dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie onkologii, kardiologii i transplantologii (m.in. zadania umożliwiające rozwój infrastruktury niezbędnej w leczeniu nowotworów, patologii układu krążenia oraz przeszczepianiu komórek tkanek i narządów,
- programy, które koncentrują się na zakupie leków, tj. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce, Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne,
- programy obejmujące świadczenia wysokospecjalistyczne oraz programy o charakterze edukacyjnym mające na celu upowszechnianie wśród społeczeństwa zdrowego trybu życia,
- programy profilaktyki uzależnień, w tym od substancji psychoaktywnych,
- programy polegające na prowadzeniu badań przesiewowych mające na celu ograniczenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci, spowodowanej wadami metabolizmu.

Zakłada się, że wszystkie wskazane powyżej programy wymagają kontynuacji – nie ma uzasadnienia dla ich ograniczenia lub zaprzestania realizacji. Celem uporządkowania programów profilaktycznych, szczególnie realizowanych przez Ministra Zdrowia, jednostki podległe i nadzorowane przez niego, ustawa wprowadza przepisy, dzięki którym dotychczas realizowane na szczeblu centralnym programy (dotyczące profilaktyki uzależnień od alkoholu, narkotyków i wyrobów tytoniowych), staną się częścią jednego programu – NPZ. Programy realizowane do tego czasu będą stopniowo wygaszane i zastępowane przez NPZ oraz dofinansowywane, a docelowo finansowane w całości poprzez mechanizmy przewidziane w projektowanej ustawie o zdrowiu publicznym oraz ustawach właściwych dla danych czynników ryzyka i problemów zdrowotnych. Do tego momentu regulacja nie będzie miała wpływu na jednostki realizujące te programy dotychczas.

Zmiany w tych programach będą obejmować zwiększenie efektywności środków wydawanych na te programy, z uwagi na możliwość uzupełnienia ich o komponenty związane z edukacją zdrowotną i promocją zdrowia a także dzięki możliwości analizy skuteczności tych interwencji, ich lepszą, systematyczną ewaluację a także wsparcie finansowe istniejących programów profilaktyki uzależnień - konieczne jest przede wszystkim wzmocnienie realizowanego programu zapobiegania następstw zdrowotnych palenia wyrobów tytoniowych, finansowanego w niewystarczający sposób (około 1 mln zł rocznie) z uwagi na fakt, iż palenie jest przyczyną największej liczby zgonów w Polsce¹.

Kolejną istotną zmianą, wynikającą z wniosków z realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 (przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128)) jest zdefiniowanie w projektowanej regulacji centrów zdrowia psychicznego, które mają stanowić podstawową formę organizacyjną odpowiedzialną za ochronę zdrowia psychicznego – jednego z

¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, NIZP-PZH, Warszawa 2012 r., str. 287.

kluczowych obszarów zainteresowania zdrowia publicznego. Centra będą sprawować kompleksową opiekę psychiatryczną, udzielając opieki środowiskowej, ambulatoryjnej, dziennej oraz w razie potrzeby stacjonarnej. Projektowana regulacja zostanie uzupełniona określeniem warunków funkcjonowania centrów jako podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w odpowiednich aktach wykonawczych. Narodowy Fundusz Zdrowia określi również sposób finansowania centrów, pozwalający na zapewnienie kompleksowej opieki na danym obszarze. Projektowane centra powinny obejmować opieką obszar, na którym mieszka od 50 do 200 tys. mieszkańców, a zatem docelowo w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta, jednakże stosownie do lokalnych potrzeb (zgodnie z wytycznymi określonymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015). Przewiduje się, że spójny terytorialnie obszar zabezpieczenia świadczeń w ramach centrum będzie określany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ i będzie uwarunkowany wielkością populacji i warunkami geograficzno-terytorialnymi danego obszaru. Przewiduje się, że celem szczegółowego określenia sposobu określenia obszarów terytorialnych, dla których przeprowadzane będą postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki psychiatrycznej minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie, o którym mowa w art. 139 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581).

Regulacja korzystnie wpłynie również na programy zdrowotne opracowywane i realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego – dzięki działaniom na rzecz zwiększenia dostępności danych dotyczących skuteczności i efektywności interwencji w zdrowiu publicznym i danych o chorobowości i umieralności jednostki będą mogły w lepszy sposób dostosować programy do lokalnych potrzeb i opierać je o aktualny stan wiedzy naukowej. W projektowanej ustawie wskazano również, celem zapewnienia spójności interwencji zdrowia publicznego, że programy profilaktyki uzależnień (od alkoholu i wyrobów tytoniowych) tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego powinny uwzględniać odpowiednie cele operacyjne NPZ dotyczące profilaktyki uzależnień. Ustawa wprowadzi również możliwość współuczestniczenia jednostek samorządu terytorialnego w programach finansowanych np. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, poprzez wspieranie świadczeń profilaktycznych realizowanych w tej formie. Projektowana regulacja umożliwi również wnioskowanie przez jednostki samorządu terytorialnego do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej opracowanego przez daną jednostkę. W przypadku zgodności danego programu z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej oraz celami NPZ, a także pod warunkiem posiadania pozytywnej oceny projektu programu wydanej przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może dofinansować program w wysokości 80% lub 40% jego planowanej wartości. Wprowadzone zróżnicowanie wynika z konieczności zwrócenia uwagi na sytuację zdrowotną w miejscowościach zamieszkałych przez mniej niż 5 tys. mieszkańców. Jak wskazują analizy mężczyźni w najmniejszych miastach żyją przeciętnie o ok. 3,5 lat krócej niż mężczyźni w dużych miastach i o ponad rok krócej niż mężczyźni na wsi, natomiast kobiety w najmniejszych miastach żyją o ok. 2 lata krócej niż mieszkanki największych miast i o prawie półtora roku krócej niż mieszkanki wsi. Zatem uzasadnione jest wspieranie najmniejszych jednostek samorządu terytorialnego w większym stopniu niż pozostałych. Proponowane rozwiązanie polegające na przekazywaniu środków jednostkom samorządu terytorialnego nie wpłynie na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Rezerwa na ten cel będzie stanowiła nie więcej niż 0,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i będzie tworzona bez możliwości pomniejszenia wysokości kosztów świadczeń sfinansowanych w odniesieniu do roku poprzedzającego tworzenie rezerwy.

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

Program ustali zakres odpowiedzialności poszczególnych ministrów, zgodnie z przypisanymi kompetencjami, wskaże rolę Narodowego Funduszu Zdrowia jako instytucji uczestniczącej już obecnie w rozwiązywaniu niektórych problemów zdrowia publicznego. Na podstawie zadań przewidzianych do realizacji w ramach NPZ będzie możliwe odpowiednie ukierunkowanie finansowania ze środków budżetu państwa, co również będzie istotnym narzędziem ułatwiającym koordynację działań – np. poprzez wspólne realizowanie programów przez dwóch lub więcej ministrów.

Dobór interwencji, które zostaną ujęte w NPZ, zostanie poprzedzony oceną skuteczności i efektywności kosztowej planowanych zadań. Dokonane zostaną również porównania międzynarodowe pozwalające na przeniesienie najlepszych rozwiązań, stosowanych z aktualnym stanem wiedzy.

Do przygotowania NPZ i do ewaluacji i analizowania informacji o zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł powoływać zespoły robocze, składające się z osób posiadających wiedzę i doświadczenie związane z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego. Działalność zespołów będzie finansowana z rezerwy celowej przewidzianej w projektowanej ustawie. Przewiduje się, że skład takich zespołów nie będzie przekraczał 10 osób, a koszty związane z ich zadaniami nie będą przekraczać kwoty 200 tys. zł. rocznie.

Projektowana ustawa zmodyfikuje funkcjonujący od lat sposób gromadzenia informacji o zadaniach związanych ze zdrowiem publicznym, tj. ochroną i promocją zdrowia (czyli zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego). W chwili obecnej ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa sposób uzyskiwania tych informacji, natomiast uzasadnione jest przyznanie kompetencji wojewodzie do wystąpienia do jednostki samorządu terytorialnego w przypadku wątpliwości dotyczących przekazanych informacji, np. braku wskazania liczby osób objętych daną interwencją lub określenia celu działania lub wysokości wydatkowanych środków. Uzasadnione jest również dokonanie przez wojewodę oceny, czy jednostki samorządu terytorialnego swoimi działaniami wpisują się w obszary określone w NPZ i czy są zgodne z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej (o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Nowe zadania i modyfikacja dotychczasowych zadań będą skutkować koniecznością zwiększenia kosztów funkcjonowania urzędów wojewódzkich (założono koszty związane z zatrudnieniem jednej osoby na pół etatu).

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.

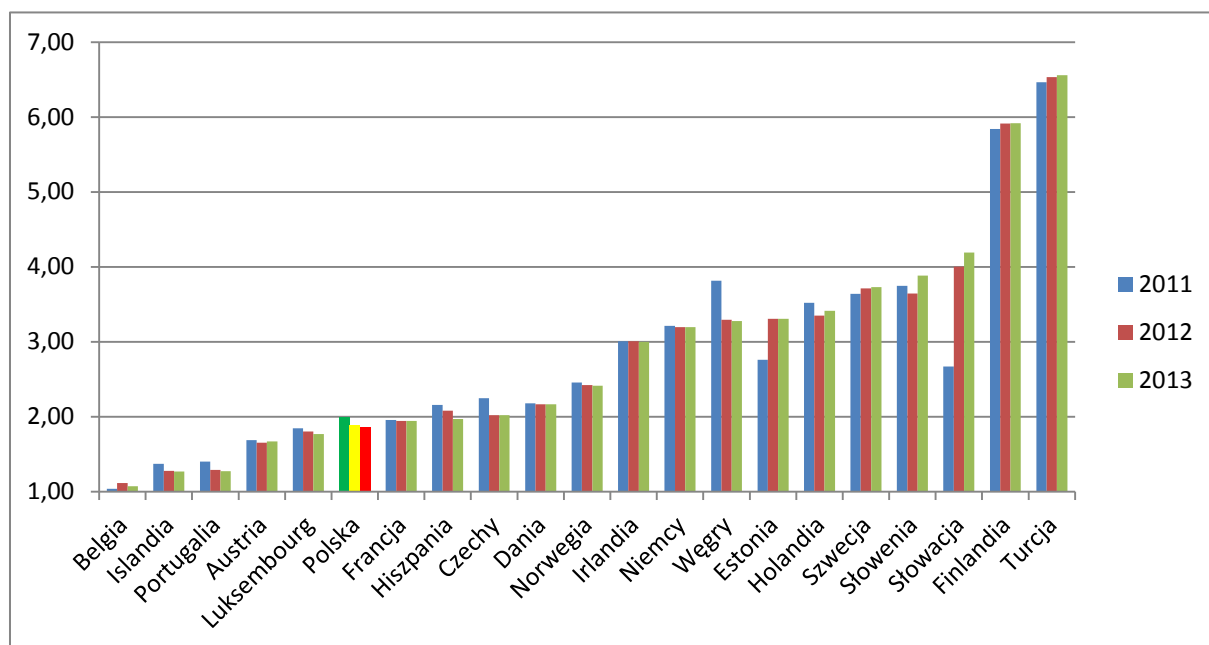
Państwa członkowskie Unii Europejskiej regulują zdrowie publiczne ustawowo już od wielu lat. Przykładowo Wielka Brytania przyjęła pierwszą ustawę o zdrowiu publicznym już w 1848 r. Jej celem była przede wszystkim walka z epidemią cholery, ale również poprawa warunków sanitarnych w miastach. W chwili obecnej odpowiedzialność za regulację i wykonywanie zadań z zakresu zdrowia publicznego (w tym sprawy dotyczące bezpieczeństwa żywności oraz środowiska) w Anglii ponosi Departament Zdrowia (utworzony w 1988 r.), współpracujący z Agencją Ochrony Zdrowia, Narodowym Instytutem Doskonałości Klinicznej oraz innymi agencjami rządowymi. Rozwiązania angielskie nie przewidują przyjmowania narodowej strategii zdrowotnej, jednakże z uwagi na uwarunkowania systemu zdrowotnego opartego o przynależność świadczeniodawców do Systemu Narodowej Służby Zdrowia Ministerstwo Zdrowia ma kompetencje do ustalania ramowego działania uczestników systemu zdrowotnego i kluczowych zadań dla poszczególnych podmiotów. Każdy ze świadczeniodawców i płatników jest zobowiązany do tworzenia własnych planów, które podobnie jak plany strategiczne agencji rządowych uczestniczących w systemie zdrowia publicznego są zatwierdzane przez Ministerstwo Zdrowia.

W Niemczech kompetencje zdrowia publicznego są przypisane władzom poszczególnych landów i obejmują monitorowanie chorób zakaźnych (w tym w szpitalach), promocję i edukację zdrowotną, badania przesiewowe u dzieci i innych szczególnych grup czy działania w obszarze prewencji chorób przenoszonych drogą płciową. Pomimo próby władz federalnych podjętej w 2005 r. nie udało się przyjąć kompleksowej regulacji dotyczącej zdrowia publicznego, która konstytuowałaby struktury na szczeblu

centralnym i ustanawiała narodową strategię zdrowotną. We Francji celem uporządkowania bardzo licznych i rozproszonych działań w obszarze zdrowia publicznego w 2004 r. uchwalono ustawę o zdrowiu publicznym. W tym akcie określono podział odpowiedzialności władz publicznych za określone zadania z zakresu zdrowia publicznego, a także dokonano instytucjonalizacji odpowiednich struktur. Ustawa nałożyła również obowiązek przygotowywania planów pięcioletnich dotyczących profilaktyki onkologicznej, zapobiegania przemocy i uzależnieniom, poprawy warunków środowiskowych, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz dostarczanie opieki pacjentom z chorobami rzadkimi. Rozwiązania francuskie obejmują również Narodowy Program Zdrowego Żywienia, opierają się również na Regionalnych Agencjach Zdrowia, które są odpowiedzialne za opracowywanie i wdrażanie regionalnych strategii zdrowotnych.

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.

Finansowanie profilaktyki w Polsce jest na istotnie niższym poziomie niż w państwach OECD należących do regionu europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia – wynosi jedynie około 65% średniej wartości w tych państwach, co gorsza notuje się tendencję do dalszego ograniczania udziału tych wydatków (spadek o 7% w latach 2011-2013) przy stopniowym średnim wzroście w innych państwach, co obrazuje poniższy wykres².



Obecne działania profilaktyczne realizowane są w sposób dalece niesatysfakcjonujący, przede wszystkim z uwagi na niewystarczające środki finansowe przeznaczane na programy profilaktyczne. Przykładowo Program Ograniczania Następstw Zdrowotnych Palenia Tytoniu finansowany jest na poziomie ok. 400 tys. zł (ze środków Głównego Inspektoratu Sanitarnego), podczas gdy wpływy do budżetu państwa z podatku akcyzowego z tytułu sprzedaży wyrobów tytoniowych do budżetu państwa wynoszą 22 mld zł. Zatem finansowanie Programu jest na poziomie 0,002% tych wpływów, czyli niemal 300-krotnie mniejszym niż przewidziano w ustawie ustanawiającej Program.

W podobnej sytuacji są Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy Narodowy

² Opracowano na podstawie WHO Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>, data wejścia 22.05.2015 r.

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, których finansowanie jest nieproporcjonalne do szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych powodowanych przez następstwa tych problemów zdrowotnych. W chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia oraz jednostki podległe i nadzorowane (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Główny Inspektorat Sanitarny) wydają na zapobieganie czynnikom ryzyka kwotę około 23 mln zł – z czego 13 mln zł stanowią środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

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.
Ministerstwo Zdrowia	10 osób dodatkowo zatrudnionych w Ministerstwie Zdrowia.		Realizacja zadań przewidzianych ustawą.
Wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego	16 wojewodów, 16 województw, 314 powiatów oraz 2.478 gmin	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji: https://administracja.maz.gov.pl/adm/baza-jst/843,Samorzad-terytorialny-w-Polsce.html , data akcesji 15.03.2015 r.	Modyfikacja sposobu sprawozdawania informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego poprzez ujednoczenie formularza sprawozdawczego. Zwiększenie obowiązków wynikających z opiniowania programów JST, występowania z prośbą o uzupełnienie informacji o realizowanych programach.
Pozostałe podmioty wskazane w Narodowym Programie Zdrowia (jak pracodawcy, uczelnie medyczne, samorządy zawodowe)	Liczba zostanie określona w NPZ		Możliwość ubiegania się o środki na realizację zadań przewidzianych ustawą.

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

Projekt był przedmiotem pre-konsultacji ze środowiskiem ekspertów z Polskiej Akademii Nauk, uniwersytetów medycznych, jednostkami podległymi i nadzorowanymi przez Ministra Zdrowia. Projekt ustawy otrzymały do konsultacji publicznych 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 im. M. Skłodowskiej-Curie, 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 Rodzinnych 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 i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny po ich zakończeniu. Projekt ustawy z chwilą jego przekazania do uzgodnień, został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbgingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2013 r. poz. 979). Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy o zdrowiu publicznym, w trybie przepisów o działalności lobbgingowej w procesie stanowienia prawa.

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		-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-1.407
budżet państwa		-70,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-797
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-70	-60	-60	-60	-60	-60	-60	-60	-60	-60	-60	-610
Saldo ogółem		-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-140,7	-1.407
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania	Zadania przewidziane projektowaną ustawą będą sfinansowane ze środków budżetu państwa, z części 46.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Przyjęcie NPZ będzie wiązało się ze skutkami finansowymi w wysokości 70,7 mln zł dla budżetu państwa oraz 70 mln zł dla państwowych funduszy celowych na realizację zadań koniecznych do osiągnięcia celów strategicznych tego programu w pierwszym roku obowiązywania ustawy. W kolejnych latach struktura wydatków ulegnie zmianie – z budżetu państwa będzie przeznaczać się kwotę 80 mln zł, natomiast ze środków państwowych funduszy celowych kwotę 60 mln zł.</p> <p>Projektowana regulacja wpłynie na sposób i zakres finansowania zadań z państwowych funduszy celowych, w tym przede wszystkim Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, ale również minister właściwy do spraw kultury fizycznej będzie mógł finansować tego rodzaju zadania z Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla</p>												

Uczniów. Minister właściwy do spraw kultury fizycznej (ewentualnie we współpracy z innymi ministrami) będzie realizatorem działań podejmowanych w ramach NPZ, które będą finansowane z funduszy celowych, których dysponentem jest ten minister.

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 NPZ rocznie będzie przeznaczane się 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 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.

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.

Kwota 140,7 mln zł, przewidziana na realizację NPZ, 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, umożliwiających 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 co najmniej na poziomie 60 mln zł rocznie. Z kolei zadania polegające na monitorowaniu i ograniczaniu narażenia na czynniki środowiskowe, a także poprawę warunków zachęcających do zwiększenia aktywności fizycznej będą finansowane relatywnie na niższym poziomie, z uwagi na inne działania skutecznie i efektywnie podejmowane już obecnie przez inne podmioty.

Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego, przewidzianych projektowaną ustawą będzie wiązała się z koniecznością zwiększenia zatrudnienia w Ministerstwie Zdrowia, a także w urzędach wojewódzkich. Przyjmując przeciętną wartość wynagrodzenia miesięcznego szacuje się, że wysokość wynagrodzeń tych osób będzie wynosić około 1,5 mln zł rocznie.

Ustawa przewiduje konieczność znaczącego zwiększenia aktywności Ministerstwa Zdrowia w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Przyjęcie NPZ będzie wiązało się z koniecznością prowadzenia procedury konkursowej dla realizatorów zadań określonych w Programie, zespołów roboczych powołanych przez te podmioty, prowadzenia procedury konkursowej i zawierania umów i porozumień, na podstawie których przekazywane będą środki dla realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego, nadzorowania sposobu realizacji zawartych umów, przygotowywania informacji dla Rady Ministrów i Sejmu RP. Mając na uwadze doświadczenia wynikające z obsługi państwowego funduszu celowego (Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych) a także doświadczenia z prowadzenia procedury konkursowej przez departamenty Ministerstwa Zdrowia i obsługi administracyjnej rad, zespołów i komitetów przez Ministerstwo Zdrowia przyjmuje się, że na realizację tak szerokiego katalogu nowych zadań niezbędne jest zatrudnienie minimum dziesięciu nowych pracowników, posiadających wiedzę i umiejętności dotyczące rozwiązywania problemów zdrowia publicznego oraz osób z kwalifikacjami dotyczącymi kontraktowania i rozliczania programów zdrowotnych. Przyjmując aktualną wartość przeciętnego wynagrodzenia w Ministerstwie Zdrowia, wraz z pochodnymi, roczny koszt zatrudnienia tych osób wyniesie w pierwszym roku obowiązywania ustawy około 872 tys. zł rocznie na wydatki płacowe. Niezbędne będzie również przeznaczenie kwoty dodatkowych środków na przygotowanie i wyposażenie stanowisk pracy. Zatem w pierwszym roku niezbędne będzie przeznaczenie kwoty 972 tys. zł. Finansowanie wynagrodzeń osób zatrudnionych w Ministerstwie Zdrowia będzie mieścić się w obrębie maksymalnego limitu określonego w projektowanych przepisach.

Przyjęcie NPZ, 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, jednostki podległe lub nadzorowane oraz jednostki samorządu terytorialnego. Dzięki przyjęciu ustawy i NPZ jednostki samorządu terytorialnego będą mogły otrzymać środki na dofinansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego z Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia ich zgodności z celami operacyjnymi NPZ, priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej oraz uzyskania pozytywnej opinii AOTMiT. Ponadto będą mogły otrzymać środki z budżetu państwa, jeśli zostaną wskazane jako realizatorzy w NPZ.

Dzięki ustawie umożliwiona zostanie realizacja zadania z zakresu zdrowia publicznego, polegającego na przyjęciu programu profilaktyki nadwagi i otyłości, będącego elementem NPZ, o szacunkowej wartości 60 mln zł w pierwszym roku obowiązywania ustawy. Epidemia otyłości stanowi obecnie jedno z najpoważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego. W ciągu ostatnich 20 lat częstość występowania otyłości wśród mieszkańców Europy wzrosła trzykrotnie. Obecnie według danych Światowej Organizacji Zdrowia połowa osób dorosłych i jedna piąta dzieci z państw europejskich ma nadwagę. Ponad 1 mln zgonów rocznie w tym regionie spowodowanych jest chorobami związanymi z nadmierną masą ciała. 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, że koszty pośrednie nadwagi i otyłości, takie jak: wydatki związane z przedwczesnymi zgonami, utratą

	<p>zdolności do pracy, świadczeniami socjalnymi, stanowią ponad 12% całości wydatków państw europejskich przeznaczanych na ochronę zdrowia. Również w Polsce, tak jak w innych krajach, w szybkim tempie zwiększa się występowanie nadwagi i otyłości w społeczeństwie. W ciągu niespełna 15 lat (od 1991 r. do 2005 r.) nastąpił bardzo istotny (blisko 22%) wzrost otyłości wśród mieszkańców. Efektem programu powinno być zahamowanie wzrostu odsetka osób z otyłością.</p> <p>Rada do Spraw Zdrowia Publicznego zastąpi funkcjonujący obecnie Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia, zatem jej funkcjonowanie, w tym finansowanie zwrotu kosztów przejazdu członków Rady i wypłacanie rekompensaty związanej z utraconym wynagrodzeniem za czas udziału w posiedzeniach Rady, nie zwiększy kosztów po stronie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia. Utworzenie Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia również nie spowoduje zwiększenia wydatków (związanych przede wszystkim z organizacją posiedzeń) po stronie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.</p> <p>Zwiększenie obowiązków związanych z gromadzeniem i weryfikacją informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, a także oceną ich zgodności z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej oraz celami operacyjnymi NPZ będzie wiązało się ze zwiększeniem kosztu funkcjonowania urzędów wojewódzkich. Założono, że konieczne będzie zwiększenie zatrudnienia odpowiadającego ½ etatu w każdym z urzędów wojewódzkich.</p> <p>Projektowana regulacja nie zwiększy wydatków po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, jednakże spowoduje zmianę ich struktury - udział świadczeń ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i promocję zdrowia zostanie określony na poziomie nie mniejszym niż 1,5%. Narodowy Fundusz Zdrowia, jako istotny uczestnik systemu zdrowia publicznego, będzie zobowiązany do określenia w strukturze udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej zadań z zakresu zdrowia publicznego będących w całości lub w części działaniem o charakterze profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej lub promocji zdrowia. Projektowana ustawa nie wpłynie na zwiększenie wysokości środków przeznaczanych przez NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej. Z analiz danych dotyczących wydatkowania tych środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że NFZ w chwili obecnej przeznacza kwotę zbliżoną do tej wartości, niemniej jednak po pierwszym roku funkcjonowania ustawy będzie mógł przeprowadzić szczegółową analizę w perspektywie zdrowia publicznego. Wyraźne wskazanie obszarów opieki, w których występują działania profilaktyczne pozwoli na wyciągnięcie wniosków dotyczących ewentualnych potrzeb wzmocnienia ich w poszczególnych formach opieki lub lepsze zaadresowanie ich zgodnie z potrzebami zdrowotnymi – a zatem na bardziej racjonalne planowanie i realizację działań profilaktycznych. Część z tych środków – 1/3 rezerwy, czyli kwota wynosząca około 1 mln zł na powiat może być przeznaczana na wsparcie jednostek samorządu terytorialnego, w tym w szczególności miejscowości zamieszkałych przez mniej niż 5 tys. mieszkańców.</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	0	1	2	3	5	10	<i>Łącznie</i>

życie zmian								(0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2015 r.)	duże przedsiębiorstw a							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężny m	duże przedsiębiorstw a							
	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	<p>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 tysięcy 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.</p>							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Finansowanie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), przyjętego na mocy projektowanej ustawy i zadań z zakresu zdrowia publicznego będzie pochodzić z budżetu państwa. Ze środków przeznaczonych na Program będzie możliwe wsparcie działań resortów innych niż Ministerstwo Zdrowia, jeśli zostaną ujęte w NPZ. Środki na tego rodzaju działania będą stanowić nie mniej, niż 20% udziału w całkowitych kosztach zadań przewidzianych na dany rok.</p> <p>Ustawa nie będzie naruszać możliwości opracowywania programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego. Projekt ustawy zakłada zmianę wskazanie w strukturze wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia środków przeznaczanych na zadania z zakresu zdrowia publicznego. Planuje się przeznaczanie kwoty nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób. Środki te pozostają w dyspozycji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ich wydatkowanie będzie się odbywać zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej gwarantowanych ze środków publicznych, tj. poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty, które zawarły z NFZ umowę. W planie finansowym NFZ będzie tworzyć się rezerwę celową dla Oddziałów Wojewódzkich NFZ, w kwocie nieprzekraczającej 0,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej dla osób ubezpieczonych (środki te będą zaliczać się do przytoczonej powyżej kwoty 1,5%). Uwzględniając sytuację gospodarczą i wysokość wpływów ze składki zdrowotnej NFZ, Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Finansów</p>							

	tworząc plan finansowy i określając wysokość tej rezerwy będą musiały zapewnić, że utworzenie rezerwy nie spowoduje zmniejszenia dotychczasowych wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input checked="" type="checkbox"/> Projektowane zmiany przyczynią się do zmniejszenia obowiązków informacyjnych wszystkich jednostek samorządu terytorialnego, wojewodów i centralnych urzędów, wynikających w chwili obecnej z realizacji zadań związanych z profilaktyką uzależnień (od alkoholu, narkotyków, tytoniu), realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Narodowego Programu Zdrowia.		
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 checked="" 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:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input 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		
Realizacja zadań będzie monitorowana przez Radę do Spraw Zdrowia Publicznego, a bieżąca koordynacja i rozwiązywanie problemów będzie zadaniem Komitetu Sterującego NPZ. Wykonanie ustawy będzie stopniowe – NPZ będzie obowiązywać od dnia 1 stycznia 2016 r., a sprawozdawczość będzie funkcjonować w sposób określony projektowaną ustawą od dnia 1 października 2017 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
<p>Miernikami wykorzystywanymi do monitorowania efektów projektowanej regulacji będą: utworzenie Rady do Spraw Zdrowia Publicznego, Komitetu Sterującego narodowego Programu Zdrowia oraz przyjęcie NPZ. Wykonanie ustawy będzie monitorowane wraz z oceną realizacji NPZ, w którym określone zostaną mierniki dotyczące m.in. oczekiwanej długości życia, zapadalności i umieralności na choroby, które będą objęte celami operacyjnymi tego programu.</p> <p>Dzięki wprowadzeniu ustawy i NPZ oczekuje się wielu korzystnych zmian zdrowotnych. Przy założeniu wzrostu dzietności do 1,7 w 2030 r., zmniejszeniu nadumieralności mężczyzn oczekuje się wzrostu przeciętnego trwania życia dla mężczyzn na poziomie 78 lat i 84 lat dla kobiet w 2030 r. Spodziewane</p>		

efekty obejmą również:

- zatrzymanie wzrostu otyłości i cukrzycy do 2025 r.,
- dalsze zmniejszenie odsetka palących: spadek o 2% w ciągu 5 lat (z obecnych 31%),
- zmniejszenie odsetka osób nieuprawiających aktywności fizycznej o 10% do 2025 r.,
- zmniejszenie liczby osób pijących szkodliwie alkohol o 10% do 2025 r. (obecnie 3 mln),
- zmniejszenie różnicy w przeciętnej długości życia między kobietami a mężczyznami z 8 lat do 6 lat,
- ograniczenie nierówności społecznych w zdrowiu.

W chwili obecnej trudno odnieść powyższe wskaźniki do stanu obecnego, z uwagi na konieczność opierania się na szacunkowych danych. Na początku realizacji NPZ w celu ustalenia wartości początkowych konieczne będzie przeprowadzenie monitoringu, a także co najmniej przeprowadzenie pomiaru pod koniec realizacji programu. Dla części wskaźników przed ich zebraniem konieczne będzie opracowanie narzędzi badawczych adekwatnych do pomiaru danego zjawiska (np. odnośnie nierówności społecznych w zdrowiu).

Ewaluacja efektów działań nastąpi najwcześniej z dnia uzyskania informacji o zrealizowanych zadaniach w pierwszym roku funkcjonowania ustawy, a zatem z dniem 1 października 2017 r. i będzie zadaniem ciągłym realizowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia i Radę.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.



Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.503.2015/12/mz

Warszawa, 2 czerwca 2015 r.

dot.: RM-10-56-15 z 01.06.2015 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia

o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zdrowiu publicznym, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych

Podsekretarz Stanu
Artur Nowak-Far

Do wiadomości:

**Pan Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia**

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
Departament Rady Ministrów

wpłynęło 03-06-2015

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**

z dnia

w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia ... 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

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

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020

1. WSTĘP

Zdrowie społeczeństwa jest fundamentem rozwoju gospodarczego państw rozwiniętych, w sposób bezpośredni wpływa na jakość kapitału ludzkiego i stanowi najbardziej efektywną inwestycję w rozwój – obserwuje się wyraźne sprzężenie zwrotne pomiędzy stanem zdrowiem publicznego a sytuacją gospodarczą. W Rzeczypospolitej Polskiej, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, w ciągu kilkudziesięciu lat po II wojnie światowej zbudowano powszechny, dostępny i osiągalny system opieki zdrowotnej, który w wysokim stopniu umożliwił zaspokojenie podstawowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Poprawa warunków życia, uzyskana dzięki propagowaniu zasad higieny, walce z chorobami zakaźnymi (poprzez ich skuteczne leczenie, wdrożenie obowiązkowych i powszechnych szczepień, rozwój higieny środowiskowej, zapewnienie dostępu do bezpiecznej wody pitnej czy nadzór nad bezpieczeństwem żywności), przy jednoczesnym zabezpieczeniu potrzeb społecznych i ekonomicznych społeczeństwa, przyczyniła się do znacznego wydłużenia życia oraz zmniejszenia umieralności ogólnej i chorobowości. 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. Niezbędne jest pilne podjęcie intensywnych działań na rzecz budowania kapitału zdrowotnego, co ma kluczowe znaczenie w sytuacji nieuchronnego starzenia się polskiego społeczeństwa.

W krajach wysoko rozwiniętych stan zdrowia populacji zależy w głównej mierze od indywidualnych zachowań ludzi, czyli stylu życia (około 55%–65% wpływu na zdrowie ludzi), od czynników związanych ze środowiskiem psychospołecznym oraz fizycznym (15%–20% wpływu na zdrowie ludzi), czynników genetycznych (około 10%–15% wpływu na zdrowie ludzi) oraz od samego systemu medycznej opieki zdrowotnej (około 5%–10% wpływu na zdrowie ludzi). Głównym problemem zdrowotnym Polaków jest dziś obciążenie chorobami cywilizacyjnymi, czyli przewlekłymi chorobami niezakaźnymi wynikającymi z antyzdrowotnego stylu życia: chorobami układu sercowo-naczyniowego (zawały serca, udary mózgu, nadciśnienie tętnicze), nowotworami (głównie rak płuca oraz rak piersi), cukrzycą, chorobami psychicznymi, a także chorobami układu oddechowego. Złożoność przyczyn tych jednostek chorobowych powoduje, że wiele działań podejmowanych od kilku dekad wyłącznie przez biomedycznie rozumiany sektor ochrony zdrowia nie pozwala na osiągnięcie zadowalających efektów populacyjnych. O ile dzięki postępowi technologii medycznych udało się znacznie poprawić wyniki leczenia chorób nowotworowych, zawałów serca czy udarów mózgu, to jednak nie udało się dotąd wprowadzić modelu prozdrowotnej polityki publicznej pozwalającej skutecznie przeciwdziałać tym chorobom lub opóźnić czas ich wystąpienia.

Zjawisku rozpowszechniania chorób cywilizacyjnych towarzyszy dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii medycznych, w tym farmakoterapii. Pojawienie się tych technologii 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 medycznych¹⁾. Wzrost kosztów terapii jest znacznie większy niż przyrost PKB, co sugeruje, że przy braku wdrożenia działań przeciwdziałających rozwojowi chorób rząd 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 przeznaczają się na nią przeciętnie około 95% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia, to przyczynia się ona do poprawy zdrowia w ujęciu populacyjnym jedynie we wspomnianych kilku procentach.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat ogólny stan zdrowia ludności Europy uległ poprawie, ale proces ten nie przebiegał równomiernie i nie objął wszystkich mieszkańców naszego kontynentu. Nadal utrzymują się nierówności między poszczególnymi społeczeństwami i w ramach tych samych społeczeństw, co stanowi odzwierciedlenie zróżnicowanych warunków społeczno-ekonomicznych życia ludności. Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne – w Polsce 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 i kobiety o około 5 lat. Z kolei 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.

Nowym rozdziałem w podejściu do zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa w Rzeczypospolitej Polskiej jest niewątpliwie ustawa z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...). 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. 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. Nie ulega wątpliwości, że zdrowie społeczeństwa stanowi wartość samą w sobie, a spójna i efektywna polityka państwa w zakresie zdrowia publicznego w sposób zasadniczy wpływa na jego funkcjonowanie. Dobry stan zdrowia obywateli jest niezbędnym warunkiem rozwoju kraju, stymulując, z jednej strony, wzrost gospodarczy, z drugiej natomiast nie obciążając systemu ubezpieczenia zdrowotnego i zabezpieczenia społecznego.

Wiele państw już dziś buduje swą politykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i

¹⁾ 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

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 zdrowotnych²⁾ i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”³⁾ oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”⁴⁾, uzupełnianą również przez dokumenty wykonawcze⁵⁾.

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.

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

²⁾ „Jak np. “European Mental Health Action Plan ” czy “European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020”

³⁾ 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

⁴⁾ 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>.

⁵⁾ Jak np. “EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020”

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 zdrowotnych⁶⁾. 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 oraz regulaminu pracy niniejszego Zespołu było m.in. ograniczenie liczby celów, zapewnienie stałego finansowania Programu i poprawa sprawozdawczości dotyczącej realizacji zadań przez jednostki samorządu terytorialnego.

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. CHARAKTERYSTYKA GŁÓWNYCH ZAGROŻEŃ ZDROWIA

2.1. Sytuacja demograficzna

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

⁶⁾ Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

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 narzucają nowe wymagania związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi, kształceniem pracowników czy wyposażeniem stanowisk, a nawet całych zakładów pracy. Zmiany te w konsekwencji zwiększają obciążenia systemu emerytalnego. Także system opieki zdrowotnej czeka na coraz poważniejsze wyzwania. Zatem już dziś powinniśmy przygotowywać się na długoterminowe efekty trwających procesów demograficznych. 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. Wpłyne to m.in. na znaczące podniesienie współczynnika obciążenia demograficznego⁷⁾. Efektem tych zmian będzie również wzrost liczby zgonów na przestrzeni kolejnych lat, która – jak pokazują dostępne dane – będzie rosła stopniowo do 2043 r.⁸⁾

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 obecną średnią długość życia dla mieszkańców krajów Unii Europejskiej osiągniemy w latach 2031–2032 – w przypadku mężczyzn i w latach 2021–2022 w przypadku kobiet⁹⁾. Wskaźnik długości życia jest bowiem warunkowany czynnikami społecznymi. Należy do nich stopień 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 środowiskiem zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej są małe miasta (poniżej 5 tysięcy mieszkańców) – ich mieszkańcy żyją najkrócej.

2.2. Sytuacja zdrowotna i jej uwarunkowania

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 jednocześnie jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz niepełnosprawności. Wpływają w znaczący sposób na jakość życia obywateli naszego państwa, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym.

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⁾ http://biznes.interia.pl/makroekonomia/news/niekorzystne-prognozy-demograficzne-dla-polski-to-istotny,2050413,2156?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=other

⁸⁾ Raport Głównego Urzędu Statystycznego „Prognoza ludności na lata 2014-2050”, Warszawa 2014

⁹⁾ „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, red. B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz, Warszawa 2012 r.

(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 tarczycy¹⁰⁾.

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. Jednocześnie są to choroby cywilizacyjne, którym da się w największym stopniu zapobiec w wyniku działań profilaktycznych. 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 (12% do 16% populacji), obok palenia tytoniu jest największym czynnikiem ryzyka rozwoju POChP, zwiększając szansę na zachorowania aż 12-krotnie. Dodatkowo schorzenia te mają całozyciowy charakter i zmniejszają istotnie sprawność populacji nimi dotkniętą. Tak więc właściwa promocja zdrowia w tym zakresie, szczególnie oparta na kontrolowaniu 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.

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 (blisko 22%) wzrost otyłości wśród mieszkańców. 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. Z najnowszych badań Instytutu Żywności i Żywienia wynika, że prawie 30% dzieci ze szkół podstawowych jada słodczyce co najmniej raz dziennie. Wśród uczniów szkół gimnazjalnych aż 38,1% dziewcząt i 28,5% chłopców spożywa słodczyce przynajmniej raz dziennie, natomiast zakupy w sklepie szkolnym robi 70% uczniów. Trend ten wykazuje znamiona globalnej pandemii. W naszym kraju występuje szybki wzrost otyłości i nadwagi wśród dzieci i młodzieży, a dodatkowo istnieje duże zróżnicowanie międzyregionalne. Cele wytyczone przez WHO w 2013 r. w postaci zatrzymania trendu wzrostowego otyłości do 2025 r., będą osiągnięte pod warunkiem prowadzenia efektywnych, skoordynowanych programów interwencyjnych na wielu obszarach zwalczania czynników sprzyjających rozwojowi nadmiernej masy ciała. Prognoza rozpowszechnienia otyłości wśród osób dorosłych

¹⁰⁾ Krajowy Rejestr Nowotworów.

(2010–2030) przewiduje, że w 2020 r. otyłych będzie 23% mężczyzn i 17% kobiet, a do 2030 r. odsetek otyłych mężczyzn wzrośnie do 28%, a kobiet do 18%¹¹⁾.

Epidemia otyłości stanowi obecnie jedno z najpoważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego. W ciągu ostatnich 20 lat częstość występowania otyłości wśród mieszkańców Europy wzrosła 3-krotnie. Obecnie według danych WHO nadwagę ma połowa osób dorosłych i jedna piąta dzieci z państw europejskich. Ponad 1 mln zgonów rocznie w tym regionie spowodowanych jest chorobami związanymi z nadmierną masą ciała. 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.

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.

Niewątpliwie na wzrost występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, ma rozwój cywilizacyjny, czego przykładem jest wzrost współczynnika BMI u dzieci, w pokoju których znajduje się sprzęt elektroniczny (telewizor, komputer). Według danych opublikowanych w ramach badania sondażowego pn.: „Diagnoza społeczna 2011 – warunki i jakość życia Polaków” więcej kobiet ma niedowagę i II stopień otyłości, a więcej mężczyzn z kolei nadwagę i I stopień otyłości. Mężczyźni w Polsce, podobnie jak w innych krajach częściej niż kobiety mają nadwagę lub są otyli.

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.

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 tryb 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

¹¹⁾ Raport o modelowaniu otyłości osób dorosłych w Europejskim Regionie – Europejskie Biuro Regionalne WHO, 2013 r.

pewną regularnością (od 1 do 4 razy w tygodniu) aktywność fizyczną uprawiało 19% Polaków, podczas gdy średnia dla całej Unii Europejskiej wynosiła 31%.

Kolejny istotny aspekt zdrowia to stan zdrowia psychicznego. W październiku 2012 r. opublikowano wyniki pierwszego w Rzeczypospolitej Polskiej badania EZOP, tzn. badania stanu zdrowia psychicznego, na grupie 10 tysięcy osób. Badania objęły Polaków 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: obniżenia nastroju i aktywności fobii, lęków, rozdrażnienia i 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 stanowią łącznie 3,5% w tym 3% stanowi 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. Spośród przeanalizowanych dotychczas czynników społeczno-demograficznych największą rolę przypisać można tym, które dotyczą obszaru wsparcia społecznego. Wśród istotnych czynników ryzyka 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. 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. Istotnym problemem istniejącym w systemach opieki zdrowotnej

są 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.

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2014 r. zarejestrowano w Polsce 18 646 przypadków zakażenia HIV, 3 200 przypadków zachorowania na AIDS, 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.

Kolejnym problemem zdrowotnym, o bardzo dużym rozpowszechnieniu jest próchnica zębów, wywołana głównie bakteriami należącymi do gatunku *Streptococcus mutans*. 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.

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 pośród 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. Bierne 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 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. osób¹²⁾, a nadużywa alkoholu, tj. pije w sposób szkodliwy, ok. 3 mln osób¹³⁾. 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) są istotnie związane 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.

¹²⁾ Wyniki badania EZOP, Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012

¹³⁾ „Global status report on alcohol and health 2014”, WHO, 2014

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, ekonomicznymi 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 regeneracyjnych¹⁴⁾. 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

¹⁴⁾ „Stabilność posturalna w procesie starzenia”, Gerontologia Polska, 2005 r., tom 13, nr 1, str. 25–36;

niekorzystny wpływ braku wysiłku fizycznego na rozwój zaburzeń metabolicznych, hiperlipidemii oraz wrażliwość tkanek na insulinę¹⁵⁾.

Wiek geriatryczny 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 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, by ten dystans uległ zmniejszeniu.

2.3. Koszty zdrowotne chorób

Szacunki skutków zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych chorób cywilizacyjnych, 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 zł¹⁶⁾. 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 rocznie¹⁷⁾.

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 zł¹⁸⁾.

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

¹⁵⁾ „Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku”, Gerontologia Polska, 2009 r., tom 17, nr 2, str. 79–84.

¹⁶⁾ „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.

¹⁷⁾ „Społeczne koszty otyłości i jej powikłań w Polsce”, Fundacja MY Pacjenci, 2014 r.

¹⁸⁾ Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009-2010, Ministerstwo Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia 2010 r.

kalectwa 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% 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 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 (w skali kraju odpowiada to ok. 1,5 mln przyjęć do szpitala). Bezpośrednie koszty leczenia 1 mln pacjentów wynoszą 250 mln zł – według tych obliczeń ogólne koszty bezpośrednio 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.

2.4. Koszty społeczne chorób

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.¹⁹⁾

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. CEL STRATEGICZNY PROGRAMU

Celem strategicznym Programu jest wydłużenie życia, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych 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, zmniejszenie zapadalności, chorobowości i przedwczesnej umieralności – przede wszystkim z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych. Interwencje muszą być prowadzone z uwzględnieniem konieczności przeciwdziałania nierównościom społecznym w zdrowiu.

Efektom Programu będzie między innymi:

- 1) zatrzymanie wzrostu odsetka osób cierpiących na otyłość i cukrzycę do 2020 r.;
- 2) zmniejszenie liczby osób palących regularnie papierosy o 2% w ciągu 5 lat;
- 3) spadek o 10% liczby osób pijących szkodliwie alkohol do 2020 r.;

¹⁹⁾ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktualnych. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2012

4) ograniczenie nierówności społecznych w zdrowiu.

4. CELE OPERACYJNE

W ramach Programu realizuje się cele operacyjne, służące realizacji celu strategicznego:

1) poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, w ramach Narodowego Programu Profilaktyki Otyłości;

2) ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie uzależnieniom behawioralnym, w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Związanych z Uzależnieniami;

3) poprawa dobrostanu psychicznego, w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;

4) ograniczenie narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka dla zdrowia somatycznego, w ramach Narodowego Programu Ograniczania Środowiskowych Czynników Ryzyka Zdrowotnego;

5) utrzymanie i poprawa zdrowia osób starszych, w ramach Narodowego Programu Senioralnej Polityki Zdrowotnej.

W ramach każdego z celów operacyjnych realizuje się co najmniej zadania dotyczące:

1) promocji zdrowia, w tym poprzez edukację zdrowotną i tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia;

2) zapobiegania chorobom i urazom;

3) monitorowania stanu zdrowia, jego zagrożeń i szkód z nimi związanymi.

4.1. Cel operacyjny A. Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa w ramach Narodowego Programu Profilaktyki Otyłości.

4.1.1. Podmiot odpowiedzialny: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Sportu i Turystyki i Ministrem Edukacji Narodowej.

4.1.2. Opis zadań

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

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”;

Dla realizacji zadań istotne będzie również korzystanie z wyników badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*).

Aktywność fizyczna jest istotna na przestrzeni całego życia, jednak rola w zapobieganiu nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży a także profilaktyce chorób wieku podeszłego uzasadniają adresowanie zadań do tych dwóch grup wiekowych.

– 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*).

4.2.4. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego A.

A.1. Promocja zdrowia

A.1.1. Kształtowanie polityki prozdrowotnej

- Kształtowanie prozdrowotnej polityki publicznej polegającej na:
 - zapewnieniu większej dostępności ekonomicznej żywności sprzyjającej zdrowiu i zmniejszaniu dostępności produktów niezalecanych do nadmiernego spożycia,
 - inicjowaniu zmian ukierunkowanych na zwiększenie dostępności produktów spożywczych zalecanych do spożycia i zmniejszanie dostępności produktów niezalecanych do nadmiernego spożycia,
 - ograniczaniu presji marketingowej produktów niezalecanych do nadmiernego spożycia, kierowanej w szczególności do dzieci i młodzieży,

- inicjowaniu zmian ukierunkowanych na tworzenie środowisk nauki, pracy i wypoczynku umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców odżywiania,
- inicjowaniu zmian ukierunkowanych na tworzenie środowisk nauki, pracy i wypoczynku umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców aktywności fizycznej,
- wspieraniu wyposażenia i infrastruktury sklepików i stołówek szkolnych.
- ograniczaniu społecznych nierówności w zdrowiu.

Realizator: Ministerstwo Edukacji Narodowej we współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz Ministerstwem Sportu i Turystyki.

A.1.2. Rozwój kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczenia występowania nadwagi i otyłości

- Edukacja pracowników ochrony zdrowia w zakresie zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej.
- Kształcenie i doskonalenie zawodowe osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej i wychowaniu fizycznym, w tym: nauczycieli (przedszkoli i klas nauczania początkowego, nauczycieli WF) i innych pracowników szkół.
- Poprawa kompetencji nauczycieli i animatorów orlików w zakresie kształtowania prawidłowych wzorców aktywności fizycznej.
- Działania edukacyjne dla przedstawicieli wybranych obszarów administracji i gospodarki – upowszechnianie wiedzy na temat obniżenia zawartości soli, cukru i tłuszczu w produktach spożywczych wśród przedstawicieli przemysłu spożywczego.
- Zwiększanie dostępności i kompetencji animatorów aktywności fizycznej.

Realizator: Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Ministerstwem Sportu i Turystyki.

A.1.3. Promowanie kultury fizycznej

- Upowszechnianie kultury fizycznej u osób dorosłych.
- Zapewnianie dostępności do zajęć polegających na aktywności fizycznej,
- Promowanie ruchu pieszego i rowerowego oraz poprawa bezpieczeństwa tego ruchu.
- Promowanie zwiększania liczby godzin WF pozalekcyjnych. Zachęcanie do udziału w zajęciach z wychowania fizycznego w szkole poprzez zróżnicowanie ich form.
- Przeciwdziałanie nieuzasadnionym zwolnieniom z zajęć wychowania fizycznego kwestii kwalifikacji lekarskiej do zajęć WF.
- Promowanie zasad zdrowego żywienia i kultury fizycznej w szkołach i przygotowanie do życia w zdrowiu i sprawności.
- Wzbogacanie programów kształcenia w szkołach wyższych kształcących kadry dla kultury fizycznej.

Realizator: Ministerstwo Sportu i Turystyki we współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Ministerstwem Zdrowia.

A.1.4. Edukacja zdrowotna

- Wdrożenie zajęć dotyczących edukacji zdrowotnej i konsumenckiej w szkołach i przedszkolach.
- Rozwój treści prozdrowotnych w podstawie programowej kształcenia ogólnego oraz zapewnienie ich realizacji poprzez promowanie edukacji zdrowotnej.
- Wzbogacanie programów kształcenia przed- i podyplomowego kadr medycznych w zakresie edukacji zdrowotnej.
- Utworzenie i prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej i zdrowego stylu życia, którego zadaniem będzie:
 - upowszechnianie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w społeczeństwie, w tym poprzez stworzenie interaktywnej platformy online udzielającej w czasie rzeczywistym porad dotyczących zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej,
 - prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej, w tym w mediach oraz prowadzenie bezpłatnej dla uczestników działalności szkoleniowej, wydawniczej w zakresie powszechnej edukacji zdrowotnej.
- Promocja karmienia piersią.
- Prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych zachęcających do zmiany stylu życia i promujących zdrowy styl życia.
- Promowanie inicjatyw dotyczących prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród osób prowadzących siedzący tryb życia.

Realizator: Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Ministerstwem Sportu i Turystyki.

A.2. Zadania profilaktyczne

- 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.
- 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.
- Tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością. Zadania profilaktyczne i terapeutyczne dla osób z otyłością. Ogólnopolska szkoła zdrowia dla osób z otyłością – stworzenie możliwości profesjonalnych porad i dyskusji dla chorych z nadwagą i otyłością oraz upowszechnianie podstawowych zasad radzenia sobie z problemem nadwagi i otyłości, związanych z dietą i aktywnością fizyczną.
- 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: Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

A.3. Zadania wspierające

A.3.1. Badania, monitoring i współpraca międzynarodowa.

- Monitoring sposobu żywienia i stanu odżywienia z identyfikacją czynników ryzyka rozwoju otyłości, z oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu
- Badanie preferencji konsumentów dot. wyboru produktów spożywczych (w tym suplementów diety) w celu realizacji zaleceń zdrowego żywienia.
- Badanie wzorców aktywności fizycznej społeczeństwa, w tym jakości życia związanej ze sprawnością fizyczną oraz pomiar sprawności fizycznej uczniów.
- Gromadzenie i analiza danych dotyczących wzorców aktywności fizycznej w różnych grupach wiekowych i społecznych.
- Analiza wpływu interwencji podejmowanych w ramach Programu pod kątem pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu. Ukierunkowanie interwencji podejmowanych w ramach Programu 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.
- Badania nad wprowadzeniem systemu przyjaznego etykietowania żywności: prostym przekazem dotyczącym zawartości poszczególnych składników odżywczych w żywności (na wzór „*Traffic Light System*” w Wielkiej Brytanii czy „*Keyhole*” w krajach skandynawskich).
- Aktualizacja norm żywienia dla populacji polskiej w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną oraz badania naukowe krajowe i zagraniczne, w tym opracowanie i opublikowanie w formie cyfrowej i drukowanej oraz dystrybucję. Badania zawartości tłuszczów trans w żywności.
- Aktualizacja 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).
- Analiza kosztów leczenia otyłości i przewlekłych chorób niezakaźnych zależnych od żywienia, analiza relacji koszt/efekt planowanych i podejmowanych działań interwencyjnych.
- Analiza adekwatności i efektywności udzielanych profilaktycznych i edukacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej.
- Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości, w tym w szczególności ze Światową Organizacją Zdrowia.

Realizator: Ministerstwo Zdrowia, uczelnia medyczna lub instytut badawczy wybrany w drodze konkursu, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Instytut Sportu, Instytut Żywności i Żywienia, Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

- Projektowanie i testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych, niż określone w NPZ poprzez programy pilotażowe, w oparciu o zidentyfikowane czynniki ryzyka otyłości i niedożywienia oraz danych o nierównościach społecznych w zdrowiu.
- Projektowanie i testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych, niż określone w NPZ poprzez programy pilotażowe, w oparciu o zidentyfikowane czynniki ryzyka otyłości i niedożywienia oraz danych o nierównościach społecznych w zdrowiu.
- Zapewnianie dofinansowania programów polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek.
- Nadawanie logo NPZ dla działań i instytucji promujących zdrowie.
- Wsparcie finansowe inicjatyw wpisujących się w cel operacyjny A.

Realizator: Ministerstwo Zdrowia, uczelnia medyczna lub instytut badawczy wybrany w drodze konkursu, Narodowy Fundusz Zdrowia.

4.2. Cel operacyjny B. Ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie uzależnieniom behawioralnym

4.2.1. Podmiot odpowiedzialny: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Sportu i Turystyki, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Minister Spraw Wewnętrznych, Ministrem Sprawiedliwości, Ministrem Administracji i Cyfryzacji.

4.2.2. Wysokość finansowania zadań: 37,7–50 mln zł.

4.2.3. Opis zadań.

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

6) 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.

4.2.4. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego B.

B.1. Promocja zdrowia

B.1.1. Kształtowanie prozdrowotnej polityki publicznej polegającej na:

- Inicjowaniu zmian ukierunkowanych na zmniejszenie dostępności substancji psychoaktywnych.
- Ograniczaniu reklamy substancji psychoaktywnych.
- Zmniejszeniu narażenia na środowiskowy dym tytoniowy.
- Zapewnieniu skutecznego przestrzegania przepisów regulujących obrót substancjami psychoaktywnymi.
- Realizacji polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

Realizator: Minister Zdrowia, we współpracy z Ministrem Sprawiedliwości, Ministrem Finansów, Ministrem Gospodarki i Ministrem Pracy i Polityki Społecznej.

B.1.2. Rozwój kompetencji osób uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

- Rozwój kadr w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w tym pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- Edukacja pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej w zakresie profilaktyki uzależnień i redukcji szkód związanych z uzależnieniami,
- Podnoszenie kompetencji osób biorących udział w realizacji lokalnej polityki wobec substancji psychoaktywnych,
- Podnoszenie kompetencji Pełnomocników Zarządów Województw /koordynatorów wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami
- Poprawa i ograniczenie wydatkowania środków publicznych na zadania nie związane z realizacją gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami
- Zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców i innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą,

- Zmiana postaw ogółu dorosłych, w tym sprzedawców w zakresie ograniczania dostępności substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży.

Realizator: Główny Inspektor Sanitarny, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Centrum do Spraw AIDS, Minister Zdrowia we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego.

B.1.3. Edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa w szczególności: dzieci, młodzieży i osób starszych.

1. Inicjowanie zmiany klimatu społecznego, zachęcanie do zmiany stylu życia i promowanie zachowań prozdrowotnych poprzez działania promocyjno-informacyjne.
2. Prowadzenie edukacji zdrowotnej na temat zagrożeń wynikających z używania tytoniu, alkoholu, narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych za pośrednictwem nowoczesnych technologii, filmów edukacyjnych i publikacji (ulotek, broszur itp.) adresowanych do dzieci, młodzieży oraz rodziców.
3. Prowadzenie edukacyjnych kampanii społecznych z wykorzystaniem środków przekazu adekwatnych do grupy docelowej.
4. Wspieranie programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców sprzyjających kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.
5. Upowszechnianie informacji na temat praw pacjenta.
6. Prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych w zakresie problematyki dotyczącej rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
7. Rozwijanie i wspieranie systemu szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków 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.).
8. Rozwijanie szkoleń ukierunkowanych na rozwój programów o udokumentowanej skuteczności w obszarze profilaktyki i leczenia osób uzależnionych.
9. Prowadzenie działań edukacyjnych dotyczących zagrożeń i metod rozwiązywania problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych, kierowanych w szczególności do: przedstawicieli organizacji pozarządowych, jednostek samorządu terytorialnego i podmiotów leczniczych oraz takich grup zawodowych jak: lekarze psychiatry, lekarze pierwszego kontaktu i psychologzy.
10. Podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
11. Rozwijanie systemu rekomendacji ukierunkowanego na ocenę i promowanie najlepszych praktyk w zakresie zdrowia publicznego, w szczególności programów profilaktyki uzależnień i promocji zdrowia psychicznego, we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodkiem Rozwoju Edukacji i Instytutem Psychiatrii i Neurologii.

Realizator: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Minister Zdrowia.

B.2. Zadania profilaktyczne

B.2.1. Prewencja pierwotna uzależnień

- Upowszechnianie programów uniwersalnej profilaktyki uzależnień o potwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności poprzez zlecenie ich realizacji organizacjom pozarządowym i we współpracy z placówkami oświaty na wszystkich etapach edukacyjnych.
- Prowadzenie działalności informacyjno–edukacyjnej w ramach ogólnopolskiego telefonu zaufania oraz poradni internetowej adresowanej w szczególności do młodzieży.
- Zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierających komponenty profilaktyczne.
- Wspieranie realizacji programów profilaktycznych w miejscu pracy.

Realizator: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Minister Zdrowia.

B.2.2. Działania wobec osób zagrożonych uzależnieniem lub używających substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy

- Upowszechnianie programów wczesnej interwencji, profilaktyki selektywnej i wskazującej adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy.
- Zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych wynikających ze szkodliwego używania substancji psychoaktywnych.
- Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych i pomocowych oraz placówek leczenia dla osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem i ich rodzin poprzez stałą aktualizację baz danych i ich udostępnianie.
- Wspieranie realizacji programów w miejscach o zwiększonym ryzyku używania substancji psychoaktywnych przez młodzież (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby itp.).
- Rozwijanie działań profilaktyki środowiskowej na obszarach o występowaniu czynników sprzyjających nierówności w zdrowiu we współpracy z organizacjami pozarządowymi i lokalnie działającymi podmiotami publicznymi.

Realizator: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Minister Zdrowia.

B.2.3. Pomoc osobom dotkniętym problemem uzależnień

- Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu.
- Poszerzenie oferty programów pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych.
- Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej oraz zmniejszenie marginalizacji społecznej osób używających szkodliwie i uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

- Wspieranie wyjścia z uzależnienia, a także do programów redukcji szkód zdrowotnych oraz rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami.
- Rozwijanie i wspieranie działań sprzyjających zachowaniu abstynencji po zakończonym procesie leczenia kierowane do osób wymagających dalszego wsparcia.

Realizator: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Minister Zdrowia.

B.2.4. Redukcja szkód związanych z uzależnieniami i szkodliwym stosowaniem substancji psychoaktywnych

- Poprawa funkcjonowania rodziny dotkniętej problemem picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu.
- Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
- Zwiększenie dostępności pomocy dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie – dorosłych i dzieci.
- Podniesienie jakości pomocy dla członków rodzin z problemem przemocy.
- Zwiększenie wiedzy i świadomości społecznej nt. zjawiska przemocy w rodzinie, sposobów reagowania na przemoc i możliwości uzyskania pomocy.
- Ograniczenie FASD i poprawa funkcjonowania chorych.
- Ograniczenie picia alkoholu przez kobiety w ciąży i planujące ciążę – wdrożenie standardów i procedur diagnozy FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.
- Zwiększenie dostępności pomocy osobom z FASD.
- Poszerzenie i upowszechnianie wiedzy specjalistycznej na temat FASD.
- Wspieranie realizacji programów redukcji szkód występujących w związku z używaniem narkotyków.
- Ograniczenie szkód wynikających z używania substancji psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży.
- Rozwiązywanie problemów wynikających z uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Realizator: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Minister Zdrowia.

B.3. Zadania pozostałe

B.3.1. Monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń dla zdrowia oraz jakości życia związanej z zdrowiem społeczeństwa

- Zbieranie i analiza danych statystycznych dotyczących epidemiologii problemu używania substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych.
- Badania metodami jakościowymi wśród użytkowników substancji psychoaktywnych mające na celu dostarczenie dodatkowych informacji do analizy wyników badań ilościowych lub stanowią wsparcie w ich realizacji.

- Badania kohortowe wśród użytkowników narkotyków dotyczące śmiertelności w ramach jednego z pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA.
- Badania przekrojowe dotyczące występowania zakażeń HIV i HCV wśród użytkowników narkotyków w ramach kluczowego wskaźnika EMCDDA. Wskaźnik służy do śledzenia trendów w zapotrzebowaniu na leczenie oraz problemów osób, które zgłaszają się do leczenia. Badania prowadzone są w cyklach 3 letnich.
- Oszacowanie liczby użytkowników narkotyków i oszacowania stopnia zaspokojenia potrzeb leczniczych osób uzależnionych. Badania prowadzone są w cyklach 3 letnich.
- Badania problemowych użytkowników narkotyków używających narkotyki w iniekcjach takich jak heroina, nowe substancje psychoaktywne, leki bez recepty. Badania realizowane są wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek w cyklach 2–3 letnich.
- Zbieranie i analiza danych na temat aktywności jednostek samorządu terytorialnego w obszarze ograniczania popytu na substancje psychoaktywne.
- Wdrożenie systemu zbierania danych w zakresie wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI) oraz poprawa jakości danych pozostałych kluczowych wskaźników EMCDDA. Na podstawie nowelizacji z 2011 r. ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii placówki lecznicze do których zgłaszają się osoby uzależnione do narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych zobowiązane są do przekazywania informacji na temat osób podejmujących leczenie do KBPN. Informacje o osobach leczonych są wykorzystywane do analizy sceny narkotykowej, dynamiki problemów oraz określenia skali potrzeb osób uzależnionych od narkotyków.
- Rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych poprzez szkolenie i udzielanie wsparcia merytorycznego wojewódzkim ekspertom do spraw informacji o substancjach psychoaktywnych.
- Monitorowanie zgłaszalności do leczenia substytucyjnego w celu kontroli dystrybucji środka substytucyjnego poprzez prowadzenie Centralnego Wykazu Osób Objętych Leczeniem Substytucyjnym.
- Prowadzenie systemu wczesnego ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych we współpracy z EMCDDA mającego na celu wykrywania i przekazywania informacji o nowych substancjach psychoaktywnych.
- Prowadzenie badań monitoringowych i urzędowej kontroli zawartości substancji szkodliwych dla zdrowia w wyrobach tytoniowych, wprowadzonych do obrotu handlowego.
- Monitorowanie sytuacji w kraju w zakresie dynamiki występowania środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.
- Opracowanie i koordynowanie systemu powiadomień o stwierdzonych przypadkach zatruc, gdy istnieje domniemanie, że przyczyną bezpośrednią było użycie środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.
- Zbieranie informacji i prowadzenie rejestru przypadków zatruc środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi.
- Monitorowanie pojawiania się nowych rodzajów środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych oraz nowych form ich dystrybucji oraz współpraca z tym zakresie z innymi podmiotami.

Realizator: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Minister Zdrowia.

B.3.2. Inicjowanie i prowadzenie badań naukowych i analiz, oraz współpracy w zakresie zdrowia publicznego.

- Inicjowanie i wspieranie badań naukowych dotyczących uzależnień.
- Prowadzenie badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności,
- Badania efektywności działań i programów leczniczych adresowanych do osób uzależnionych.
- Okresowa ocena systemu leczenia dla osób uzależnionych pod kątem adekwatności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
- Inicjowanie badań dotyczących wpływu używania substancji psychoaktywnych na zdrowie i funkcjonowanie społeczeństwa.
- Inicjowanie i nawiązywanie współpracy z ministerstwami i urzędami centralnymi, jednostkami realizującymi zadania z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, instytutami naukowymi, konsultantami krajowymi oraz innymi podmiotami zajmującymi się profilaktyką uzależnień.
- Testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych, niż określone w NPZ poprzez programy pilotażowe.
- Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami.
- Współpraca międzynarodowa w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom, mająca na celu wymianę doświadczeń z innymi krajami.
- Badanie sytuacji dotyczącej nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.
- Analiza wpływu interwencji podejmowanych w ramach Programu pod kątem pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu. Ukierunkowanie interwencji podejmowanych w ramach Programu 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.
- Analiza kosztów leczenia problemów związanych ze szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniami, analiza relacji koszt/efekt planowanych i podejmowanych działań interwencyjnych.
- Opracowywanie i upowszechnianie standardów dobrej praktyki i programów o zweryfikowanej w badaniach naukowych skuteczności w zakresie wczesnej interwencji, profilaktyki selektywnej i wskazujące.
- Projektowanie i testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego innych, niż określone w NPZ poprzez programy pilotażowe, w oparciu o zidentyfikowane czynniki ryzyka oraz danych o nierównościach społecznych w zdrowiu.

Realizator: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Minister Zdrowia.

B.3.3. Wsparcie podmiotów uczestniczących w profilaktyce i rozwiązywaniu problemów wynikających z uzależnień.

- Zapewnianie dofinansowania programów polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki uzależnień realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek.
- Nadawanie logo NPZ dla działań i instytucji promujących zdrowie.
- Wsparcie finansowe inicjatyw wpisujących się w cel operacyjny A.

Realizator: Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia.

4.3. Cel operacyjny C: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

4.3.1. Podmiot odpowiedzialny: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Sportu i Turystyki, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Minister Spraw Wewnętrznych, Ministrem Sprawiedliwości oraz Ministrem Administracji i Cyfryzacji.

4.3.2. Wysokość finansowania zadań: 27,5–36,5 mln zł.

4.3.3. Opis zadań.

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

W ramach celu operacyjnego D 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.

4.3.4. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego C.

C.1. Promocja zdrowia

C.1.1. Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia wzmacniających zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,

- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia
- (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego np. dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej), w podmiotach, w których przebywają nieletni, w jednostkach z obszaru nauki i szkolnictwa wyższego, w instytucjach wymiaru sprawiedliwości, w jednostkach podległych MSW, w jednostkach pomocy społecznej, w służbach podległych MON (np. programy szkolenia dla kadry dowódczej, programy profilaktyczne dla żołnierzy powracających z misji zagranicznych),
- opracowanie i realizacja programu ukierunkowanego na wzrost wiedzy, kształtowanie postaw i przekonań dotyczących czynników warunkujących zdrowie psychiczne, w celu promowania zachowań sprzyjających zdrowiu psychicznemu,
- realizacja programów sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi,
- opracowanie programu szkoleń dla pracowników służb podległych MS, MSW i MON, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu.

Realizatorzy: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Spraw Wewnętrznych, Ministrem Sprawiedliwości, Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Administracji i Cyfryzacji oraz Narodowym Funduszem Zdrowia oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.1.2. Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu psychicznemu

- Ustalanie i aktualizacja priorytetów promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia, w środowisku oświaty i wychowania, w pomocy społecznej i miejscu pracy, w jednostkach z obszaru nauki i szkolnictwa wyższego, instytucjach wymiaru sprawiedliwości, oraz jednostkach podległych MSW i MON.
- Opracowanie i wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego.
- Opracowanie programu zapobiegania przemocy w podmiotach, w których przebywają nieletni, w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej.
- Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania występowaniu czynników w pracy stanowiących zagrożenie dla zdrowia psychicznego m.in.: przeciwdziałanie mobbingowi.

- Ustalenie i aktualizacja priorytetów promocji zdrowia psychicznego na obszarze województwa.
- Opracowanie i realizacja regionalnych i lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego.

Realizatorzy: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Spraw Wewnętrznych, Ministrem Sprawiedliwości, Ministrem Obrony Narodowej i Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.1.3. Rozwój i szkolenie kadr uczestniczących w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi,

- ustalenie listy zawodów niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie programu ich szkolenia, w tym na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym,
- podejmowanie działań na rzecz dostosowania liczby profesjonalistów uczestniczących w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, w tym lekarzy, pielęgniarek, psychologów klinicznych oraz terapeutów środowiskowych,
- aktualizacja programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników opieki zdrowotnej w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych:
 - u dzieci i młodzieży,
 - w populacji osób dorosłych,
 - w populacji osób starszych,ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej,
- wdrożenie szkolenia kadr o zróżnicowanych kompetencjach, niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej – na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym,
- wprowadzenie do szkolenia przeddyplomowego lekarzy oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego) dla profesjonalistów uczestniczących w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi,
- szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar przemocy, szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar katastrof i klęsk żywiołowych.

Realizator: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Pracy i Polityki Społecznej.

C.2. Działania profilaktyczne

C.2.1. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez promowanie aktywności zawodowej tych osób.

- organizowanie we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.

- zwiększenie dostępności do rehabilitacji zawodowej, poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- prowadzenie kampanii informacyjnych promujących zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi, adresowanych do Pracodawców, wspieranie inicjatyw ukierunkowanych na tworzenie miejsc pracy przez osoby z zaburzeniami psychicznymi.
- prowadzenie działań na rzecz zwiększania szans zawodowych osób z zaburzeniami psychicznymi.
- opracowanie i realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Realizatorzy: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Spraw Wewnętrznych, Ministrem Sprawiedliwości, Ministrem Obrony Narodowej i Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.2.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym w tym poprzez wczesne ich wykrywanie i podjęcie wczesnego leczenia.

- opracowanie i realizacja programu wczesnej diagnostyki terapii i rehabilitacji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku 2–6 lat,
- realizacja programu zapobiegania samobójstwom,
- realizacja programu zapobiegania depresji,
- realizacja programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży,
- opracowanie i realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej,
- opracowanie programu zapobiegania wypaleniu zawodowemu w populacji pracowników
- i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych,
- realizacja programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej,
- realizacja programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy służb mundurowych,
- realizacja programu zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniom nastroju
- w populacji żołnierzy.
- Opracowanie programu zapobiegania wypaleniu zawodowemu w rodzinach zastępczych i rodzinnych domach dziecka oraz w populacji pracowników placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej
- Opracowanie programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji wychowanków placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej
- opracowanie i realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych

Realizatorzy: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Spraw Wewnętrznych, Ministrem Sprawiedliwości, Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Administracji i Cyfryzacji oraz Narodowym Funduszem Zdrowia oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.2.3. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

- tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego, dostarczających kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanej w warunkach opieki środowiskowej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz oferujących świadczenia dzienne i stacjonarne,
- określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- określenie zasad współpracy jednostek organizacyjnych systemu oświaty, nauki i szkolnictwa wyższego, pomocy społecznej i rodzinnej oraz instytucji wymiaru sprawiedliwości oraz jednostek podległych MSW z Centrami Zdrowia Psychicznego.
- wspieranie rozwoju form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- Powołanie wojewódzkiego zespołu koordynującego i monitorującego realizację Programu.
- Opracowanie i realizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego.
- Wspieranie zwiększenia dostępności do adekwatnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie gminy/powiatu poprzez przekształcanie szpitali psychiatrycznych w wyspecjalizowane placówki, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze), a także przenoszenie zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych.
- Integrowanie działalności placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie lokalnego centrum zdrowia psychicznego, zapewniającego mieszkańcom powiatu lub gminy kompleksową, środowiskową (stacjonarną i niestacjonarną) opiekę w zakresie zdrowia psychicznego.

Realizator: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Spraw Wewnętrznych, Ministrem Sprawiedliwości i Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.2.4. Reorientacja długoterminowej i stacjonarnej opieki psychiatrycznej w kierunku oddziałów specjalistycznych,

- tworzenie warunków do rozwoju specjalistycznych form opieki stacjonarnej i długoterminowej, ukierunkowanej na leczenie i terapię pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,
- monitorowanie dostępności i dążenie do zmniejszania nierówności w dostępie do adekwatnych form opieki,
- dostosowywanie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień do zróżnicowanych potrzeb zdrowotnych,
- opracowanie standardów lub zaleceń postępowania medycznego w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez Konsultantów krajowych oraz towarzystwa naukowe, z uwzględnieniem potrzeb środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz psychiatrii dzieci i młodzieży.
- wspieranie zwiększenia dostępności do adekwatnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie poprzez przekształcanie szpitali psychiatrycznych w wyspecjalizowane placówki, zapewniające profilowane

usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze), a także przenoszenie zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych.

Realizator: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.2.5. Upowszechnianie szybko dostępnej pomocy dla osób doświadczających kryzysu psychicznego,

- realizacja programu pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego oraz dla osób w trudnej sytuacji życiowej po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu (MPIPS, MSW),
- szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu (MPIPS, MSW),
- realizacja programu pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową,
- szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową,
- opracowanie programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach, w których przebywają nieletni.
- tworzenie lokalnych ośrodków interwencji kryzysowej oferujących poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu zagrażającego zdrowiu psychicznemu.

Realizator: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Spraw Wewnętrznych, Ministrem Sprawiedliwości i Ministrem Obrony Narodowej oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.2.6. Wprowadzenie koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

- opracowanie zasad współpracy funkcjonalnej jednostek organizacyjnych wymienionych resortów/z Centrami Zdrowia Psychicznego oraz z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w oparciu o obowiązujące przepisy w formie zaleceń postępowania,
- zapewnianie adekwatności orzeczeń sądów rodzinnych w zakresie kierowania nieletnich do odpowiednich podmiotów
- aktualizacja i publikowanie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi i upowszechnianie go wśród organizacji zajmujących się pomocą osobom chorym psychicznie.
- powołanie lokalnego zespołu koordynującego i monitorującego realizację Programu,
- opracowanie i realizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego.

Realizator: Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Edukacji Narodowej, Minister Spraw Wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości i Minister Obrony Narodowej we współpracy z Ministrem Zdrowia oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.2.7. Dostarczanie form oparcia społecznego adekwatnego do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi

- prowadzenie działań ukierunkowanych na zabezpieczenie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi stosownie do ich potrzeb i możliwości,
- wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi usamodzielnianych w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemu pieczy zastępczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 332),
- opracowanie i realizacja wojewódzkiego/lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej i zawodowej,
- wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez aktywizację społeczną i zawodową, w tym poprzez umożliwienie długofalowej realizacji zadań z obszaru wsparcia osób chorych psychicznie,
- zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie.

Realizator: Minister Pracy i Polityki Społecznej oraz jednostki samorządu terytorialnego.

C.2.8. Promowanie aktywności zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi

- opracowanie wojewódzkiego/lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi,
- realizacja wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi,
- zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wspieranie inicjatyw tworzenia własnych miejsc pracy przez osoby chore psychicznie.
- uwzględnianie zagadnień dotyczących zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi
- w działalności powiatowych urzędów pracy.

Realizator: jednostki samorządu terytorialnego.

C.3. Pozostałe zadania wspierające

C.3.1. Monitorowanie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Prowadzenie działalności edukacyjnej, nadzorczej i kontrolnej w podmiotach, w których przebywają osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Monitorowanie przestrzegania praw osób kierowanych przez sądy na leczenie w ramach środków zabezpieczających.

Przygotowanie i wdrożenie projektu monitorowania przestrzegania praw pacjenta osób z problemami zdrowia psychicznego, w tym pacjentów placówek psychiatrycznych.

Realizator: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Spraw Wewnętrznych, Ministrem i Ministrem Edukacji Narodowej.

C.3.2. Prowadzenie regularnego badania kondycji psychicznej społeczeństwa i analiz czynników warunkujących zdrowie psychiczne.

Opracowanie i realizacja monitorowania badań stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa

i upowszechnienie wiedzy na temat czynników warunkujących zdrowie.

Przeprowadzenie badań populacji osób przebywających w zakładach karnych i podmiotach,

w których przebywają nieletni, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu.

Realizator: Minister Zdrowia.

C.3.3. Inicjowanie i prowadzenie badań naukowych w dziedzinie zdrowia psychicznego.

opracowanie i realizacja badań naukowych dotyczących rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń psychicznych w wybranych populacjach,

uwzględnienie zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego w priorytetach NCN i NCBiR.

Realizator: Minister Zdrowia, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, NCN oraz NCBiR.

C.3.4. Koordynacja programu, ewaluacja skuteczności i efektywności zadań prowadzonych w ramach Programu.

- przekształcenie IPIN w Państwowy Instytut Badawczy.
- ewaluacja Programu, wdrożenie programu badawczego oceniającego skuteczność jego realizacji.
- podjęcie badań populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu.
- podjęcie badań populacji żołnierzy, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu.
- 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: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Sprawiedliwości, Ministrem Spraw Wewnętrznych i Ministrem Obrony Narodowej.

4.4. Cel Operacyjny D. Ograniczenie narażenia na środowiskowe i zawodowe czynniki ryzyka dla zdrowia

4.4.1. Podmiot odpowiedzialny: Minister Środowiska we współpracy z Ministrem Zdrowia, Ministrem Infrastruktury i Rozwoju, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Ministrem Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

4.4.2. Wysokość finansowania zadań: 15,1–20 mln zł.

4.4.3. Opis działań

Realizacja tego celu przyczyni się przede wszystkim do ograniczenia zapadalności na choroby zakaźne, przewlekłe oraz zmniejszenia liczby urazów i zgonów wywołanych przyczynami zewnętrznymi, w tym czynnikami chemicznymi.

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, Inspektora do spraw Substancji Chemicznych oraz Krajową Radę Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego.

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.

Realizacja zadań w ramach tego celu operacyjnego będzie ukierunkowana na poprawę warunków środowiskowych, w których przebywają dzieci i młodzież, osoby pracujące i osoby starsze oraz na zwalczanie chorób zakaźnych.

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 zapobiegania i zwalczanie chorób zakaźnych, w tym takich którym zapobiega się poprzez szczepienia ochronne lub podlegające światowym programom eliminacji lub eradykacji oraz zakażeń, w tym zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

4.4.4. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego D.

D.1. Kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu

- Inicjowanie zmian ukierunkowanych na zmniejszenie narażenia na fizyczne i chemiczne czynniki ryzyka zdrowotnego.
- Wspieranie poprawy jakości powietrza;
- Promowanie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności i wody.
- Inicjowanie zmian ukierunkowanych na zmniejszenie narażenia na biologiczne czynniki chorobotwórcze.
- Poprawa bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.
- Zadania związane z przeciwdziałaniem powstawania antybiotykooporności u drobnoustrojów.
- Zadania promujące zwiększenie bezpieczeństwa transportu.
- Działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa w szkołach, w miejscu pracy, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, zakładach karnych.

- Promocja zdrowia w miejscu pracy – program promujący zachowania prozdrowotne osób pracujących w narażeniu na czynniki szkodliwe w miejscu i ograniczanie narażenia na czynniki szkodliwe w zakładach pracy.
- Podejmowanie rewitalizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w ramach nieobowiązkowych zadań własnych.
- 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: Minister Środowiska we współpracy z Inspekcją ochrony Środowiska, Ministrem Zdrowia, Państwową Inspekcją Sanitarną, Inspektorem do spraw Substancji Chemicznych oraz uczelniami i instytutami badawczymi wybranymi w drodze konkursu.

D.2. Profilaktyka

- Profilaktyka chorób zawodowych i związanych z pracą oraz wzmocnienie zdrowia pracujących.
- Zapobieganie wypadkom w szkole i miejscu pracy.
- Profilaktyka próchnicy, w tym poprzez zapewnienie dostępności do bezpłatnej opieki stomatologicznej w przedszkolach i szkołach podstawowych.
- Profilaktyka chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, w tym przede wszystkim zakażeń szpitalnych, wirusowego zapalenia wątroby, chorób przenoszonych drogą płciową i gruźlicy.
- Kształtowanie postaw i umiejętności personelu medycznego, dotyczących metod sterylizacji, dekontaminacji i dezynfekcji.
- Zwiększanie kompetencji dotyczących monitorowania zakażeń szpitalnych.
- Profilaktyka chorób zakaźnych, w tym poprzez prowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych, zachęcanie do szczepień nieobowiązkowych.

Realizator: Minister Zdrowia we współpracy z Państwową Inspekcją Sanitarną, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, Instytutem Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

D.3. Pozostałe zadania wspierające

D.3.1. Monitoring

- Prowadzenie baz danych dot. występowania czynników rakotwórczych i mutagennych w miejscu pracy.
- Prowadzenie Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych.
- Prowadzenie Krajowego Rejestru Czynników Biologicznych.
- Program monitorowania zdrowia pracujących.
- Gromadzenie informacji o stanie sanitarnym kraju.
- Prowadzenie Państwowego Monitoringu Środowiska.
- Monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych, biologicznych i psychologicznych w miejscu pracy
- Monitoring zagrożeń środowiskowych, ze szczególnym uwzględnieniem czynników biologicznych.
- Nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi.

- Kompleksowe badania rozpowszechnienia chorób zakaźnych oraz ich czynników ryzyka.

Realizatorzy: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Państwowa Inspekcja Sanitarna i Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Inspekcja Ochrony Środowiska.

D.3.2. Zadania badawcze i współpraca

- Badanie i ocena wpływu jakości środowiskowa na stan zdrowia, z uwzględnieniem następujących komponentów środowiska i elementów z nim powiązanych:
 - a) powietrza atmosferycznego,
 - b) odpadów i ścieków odprowadzanych do środowiska (w tym farmaceutyki i substancje endokrynowe),
 - c) wody przeznaczonej do spożycia oraz wykorzystywanej do celów rekreacyjnych,
 - d) hałasu,
 - e) promieniowania elektromagnetycznego
 - f) zanieczyszczenia związkami chemicznymi gleb wykorzystywanych rolniczo,
 - g) klimatu (susze i zjawiska ekstremalne, choroby wektorowe, osuwiska ziemi, powodzie i podtopienia itd.) i działań związanych z adaptacją do jego zmian.
- Analiza wpływu interwencji podejmowanych w ramach Programu pod kątem pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu.
- Prowadzenie monitoringu biologicznego oceniającego ekspozycję Polaków na związki chemiczne w środowisku pracy i zamieszkania
- Prowadzenie badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności. Realizator: uczelnia medyczna lub instytut badawczy wybrany w drodze konkursu.
- Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej zdrowia środowiskowego i wsparcia zdrowia pracujących. Zadanie własne we współpracy z Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi.

Realizatorzy: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Państwowa Inspekcja Sanitarna i Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Narodowy – Państwowy Zakład Higieny, Inspekcja Ochrony Środowiska.

4.5. Cel Operacyjny E. Zdrowotna polityka senioralna

4.5.1. Podmiot odpowiedzialny: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej

4.5.2. Wysokość finansowania zadań: 27,5–36,5 mln

4.5.3. Opis działań

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 27 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.

4.5.4. Wykaz zadań do realizacji w ramach celu operacyjnego E.

E.1. Działania w ochronie zdrowia

- Przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do rozwiązań niezbędnych dla wzrastającej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i inwalidztwa, ze szczególnym zwróceniem uwagi na rozwój geriatry i wprowadzenie jej do praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej
- Kształtowanie środowiska opieki zdrowotnej sprzyjającego potrzebom zdrowotnym osób starszych. Rozwój usług i ośrodków geriatrycznych.
- Zapewnianie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierających komponenty edukacji zdrowotnej.
- Edukacja kadr w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej, ukierunkowana głównie na podniesienie wiedzy i umiejętności lekarzy poz i internistów .
- 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).
- Działania na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej dla osób starszych.
- Przywracanie sprawności osobom starszym i wczesna rehabilitacja fizyczna, społeczna i zawodowa.
- Dostarczanie i udoskonalanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających komponenty edukacyjne, w szczególności dotyczące poradnictwa dietetycznego oraz aktywności fizycznej osób starszych.
- Analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych.

Realizatorzy: Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

E.2. Promocja zdrowia

- Zbudowanie instrumentów promujących zachowania prozdrowotne w okresie wieku okołoemerytalnego w zakładach pracy
- Wczesne wykrywanie i prewencja chorób przewlekłych, poprzez badania przesiewowe i programy profilaktyczne. Opracowanie i wdrożenie bilansu 60-latka.
- Opracowanie i wdrożenie porady profilaktyczno-edukacyjnej.
- Zapobieganie lub regulowanie dietozależnych chorób poprzez utrzymanie zasad walki z dietą sprzyjającą chorobom metabolicznym.
- Rozwój poradnictwa dietetycznego: Określenie i popularyzacja wiedzy w zakresie odmienności potrzeb dietetycznych w grupie seniorów (zapobieganie uraty wagi ciała, przy jednoczesnym przeciwdziałaniu diecie sprzyjającej chorobom metabolicznym, braki uzębienia, ciała obce, zakrzuszenia, schorzenia przewodu pokarmowego, np. zespoły złego wchłaniania (suplementacja), czy konieczność przygotowywania posiłków lekkostrawnych).
- Edukacja dotycząca zasad przygotowywania posiłków
- Promocja aktywności fizycznej i aktywizacja fizyczna przez rozwój usług fizjoterapeutycznych
- Promowanie edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka urazów: zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego, umiejętność wykonywania wysiłku, zachowania się w warunkach atmosferycznych sprzyjających urazom
- Profilaktyka upadków u osób starszych przebywających w podmiotach leczniczych.
- Zapobieganie e-wykluczeniu.
- Edukacja pracowników ochrony zdrowia w zakresie kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego.
- Realizacja zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów.

Realizator: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej.

E.3. Działania w sferze pomocy społecznej

- Podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa
- Kształtowanie polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Zadanie własne Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej i polityki rodzinnej
- Poprawa zabezpieczenia socjalnego, chroniącego przed skutkami niepełnosprawności i inwalidztwa
- Budowanie właściwych relacji społecznych, więzi pokoleniowych, walka z wykluczeniem społecznym.
- Wspieranie i promowanie zorganizowanych zajęć adresowanych do osób starszych, z włączeniem w nie młodszych pokoleń, w celu wzmacniania więzi międzypokoleniowych.
- Prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych.
- Zbudowanie oferty dostarczania odpowiednich posiłków do miejsca zamieszkania dla osób o ograniczonej sprawności fizycznej

- Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej profilaktyki problemów zdrowotnych osób starszych.

E.4. Działania w zakresie nauki i postępu naukowo-technicznego

- Prowadzenie badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności.
- Testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych, niż określone w NPZ poprzez programy pilotażowe.
- Badanie sytuacji dotyczącej nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Zadanie własne we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny.
- Analiza wpływu interwencji podejmowanych w ramach Programu pod kątem pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu.
- Ukierunkowanie interwencji podejmowanych w ramach Programu 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.
- Analiza danych o strukturze świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom starszym.
- Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem.
- Tworzenie innowacyjnych rozwiązań w sferze farmakoterapii i technicznego wsparcia oraz programów prozdrowotnych i aktywizujących osoby w wieku podeszłym,
- Analiza stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych na terenie województwa.

Realizator: marszałkowie województw w ramach zadań własnych.

E.5. Działania w zakresie całościowej polityki prozdrowotnej Państwa

- Obowiązkowa ocena aktów legislacyjnych pod kątem ich znaczenia dla zdrowia
- Stworzenie mapy drogowej polityki senioralnej w Polsce
- Tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej
- Zwiększenie aktywności i udział osób starszych w populacji i przygotowanie na wiele społecznych i ekonomicznych konsekwencji zjawiska zmian demograficznych
- Wydłużenie okresu aktywności zawodowej,
- Włączenie potencjału osób starszych w obszar aktywności społecznej i obywatelskiej (np. parlament seniorów, rady seniorów w gminach).

5. Sposób realizacji zadań

Zadania określone w Programie są wykonywane na podstawie planów działania opracowanych przez podmioty odpowiedzialne za realizację zadań na określony czas i obejmują:

- 1) harmonogram powierzenia realizacji zadań,
- 2) sposób realizacji,
- 3) wysokość środków przeznaczanych na zadania.

UZASADNIENIE

1. Uzasadnienie podjęcia prac

Niniejsze rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 jest wydawane na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...).

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, spowodowanymi 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 powodu chorób uznanych jako zależnych od palenia tytoniu jest

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.

szacowana na ok. 67–90 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 zakaźnych 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) umożliwiających 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 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, zwanego dalej „Programem”, 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 obecną 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. W projekcie Programu, jako cele operacyjne zaproponowano:

- 1) poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, w ramach Narodowego Programu Profilaktyki Otyłości,
- 2) ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie uzależnieniom behawioralnym, w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Związanych z Uzależnieniami,
- 3) poprawa dobrostanu psychicznego, w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,

⁶⁾ Sytuacja zdrowotna ludności Polski... str. 12.

- 4) ograniczenie narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka dla zdrowia somatycznego, w ramach Narodowego Programu Ograniczania Środowiskowych Czynników Ryzyka Zdrowotnego,
- 5) utrzymanie i poprawa zdrowia osób starszych, w ramach Narodowego Programu Senioralnej Polityki Zdrowotnej.

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 (jak ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁷⁾, ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i zapobieganiu alkoholizmowi⁸⁾, ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁹⁾ czy projektowana 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.

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 precyzyjnie oszacować 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

⁷⁾ Dz. U. Nr 179, poz. 1485.

⁸⁾ Dz. U. Nr 35, poz. 230.

⁹⁾ Dz. U. Nr 111, poz. 535.

priorytetów zdrowotnych¹⁰⁾ wydanym na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581).

2. Wykonanie przepisów rozporządzenia

Do koordynacji, inicjowania i monitorowania realizacji przepisów przewidzianych w projektowanym rozporządzeniu został wyznaczony minister właściwy do spraw zdrowia. 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.

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

¹⁰⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126).

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.</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>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,</p> <p>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: 01.07.2015 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, spowodowanymi 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 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 działań 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 niepokojąco 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, krtani, białaczki i chłoniaki. Wśród kobiet najczęściej występującym 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 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 ... 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:

- 1) poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, w ramach Narodowego

Programu Profilaktyki Otyłości,

- 2) ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie uzależnieniom behawioralnym, w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Związanych z Uzależnieniami,
- 3) poprawa dobrostanu psychicznego, w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- 4) ograniczenie narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka dla zdrowia somatycznego, w ramach Narodowego Programu Ograniczania Środowiskowych Czynników Ryzyka Zdrowotnego,
- 5) utrzymanie i poprawa zdrowia osób starszych, w ramach Narodowego Programu Senioralnej Polityki Zdrowotnej.

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 (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.

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 obecnie 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 oraz skali występowania czynników ryzyka zdrowotnego.

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 dokumentach tych określa się katalog zadań niezbędnych do osiągnięcia poprawy zdrowia, przede wszystkim poprzez walkę z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi.

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 2478 gmin oraz pozostałe podmioty określone w NPZ.	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji: https://administracja.mac.gov.pl/adm/baza-jst/843,Samorzad-terytorialny-w-Polsce.html , data akcesji 15.03.2015 r.	Możliwość ubiegania się o środki na realizację zadań przewidzianych w Programie.

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

Projekt będzie przedmiotem konsultacji ze środowiskiem ekspertów.

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 Rodzinnych w Polsce, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Konfederacja Lewiatan i 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 z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. 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]											Łącznie (0–10)	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem		-140	-140	-140	-140	-140							-700
budżet państwa		-140	-140	-140	-140	-140							-700
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
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, z części 46.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Przyjęcie Programu będzie wiązało się ze skutkami finansowymi w wysokości 140 mln zł na realizację zadań koniecznych do osiągnięcia celów strategicznych tego Programu. 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:

- 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.

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.

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, umożliwiającym 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 co najmniej na poziomie 60 mln zł rocznie. 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.

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.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na 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:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<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

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.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Szczegółową propozycję wskaźników monitorowania, a zatem mierników efektu Programu, przedstawiono w części B do załącznika projektu rozporządzenia.

Ewaluacja efektów działań nastąpi najwcześniej z dniem 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.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie przekazywania informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach
z zakresu zdrowia publicznego oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje**

Na podstawie art. 12 ust. 11 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób przekazywania informacji o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego;
- 2) wzór dokumentu zawierającego informacje o zadaniach, o których mowa w pkt 1.

§ 2. 1. Informacje o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego przekazuje się w formie pisemnej i elektronicznej, w postaci arkusza kalkulacyjnego bazy danych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do rozporządzenia.

2. Informacje w formie elektronicznej są dostarczane na nośniku umożliwiającym odczyt danych w sposób cyfrowy albo poprzez teletransmisję.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

Tabela 3

Poniesiony koszt zadania		Finansowanie				Uwagi
całkowity koszt zadania w danym roku (w zł)	udział środków finansowych z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (w zł)	podmiot finansujący zadanie		podmiot współfinansujący zadanie		
		nazwa podmiotu	udziału w finansowaniu (w zł)	nazwa podmiotu	udziału w finansowaniu (w zł)	
25	26	27	28	29	30	31

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie przekazywania informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje, wydane na podstawie art. 12 ust. 11 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...), zwanej dalej „ustawą”, określi sposób przekazywania informacji o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz wzór dokumentu zawierającego informacje o tych zadaniach.

Modyfikacja sposobu sprawozdawania informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, poprzez ujednoczenie formularza sprawozdawczego, ma na celu poprawę monitorowania i koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych w całym kraju oraz w celu poprawy ich jakości i relewantności.

Zgodnie z przepisami art. 12 ustawy organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, przekazują 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 przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Wojewoda weryfikuje tę informację pod względem spełniania określonych w ustawie wymagań oraz zgodności realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego celów i podjętych lub zrealizowanych zadań, z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w Narodowym Programie Zdrowia. Wojewoda, na podstawie zebranych informacji, przygotowuje 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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 581). Informację zbiorczą oraz opinię wojewoda, wraz z informacjami o zadaniach zrealizowanych przez niego w okresie objętym sprawozdaniem, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do dnia 30 września każdego roku. Na podstawie tych danych minister sporządza, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego określonych w ustawie, zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez

jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej. Minister przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej informację, o której mowa w ust. 8, nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia przyjęcia jej przez Radę Ministrów.

W projekcie rozporządzenia zapisano, że informacje o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego gmina, powiat, samorząd województwa oraz wojewoda przekazują w formie pisemnej i elektronicznej, w postaci arkusza kalkulacyjnego bazy danych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do rozporządzenia. Projektuje się, że informacje w formie elektronicznej będą dostarczane na nośniku umożliwiającym odczyt danych w sposób cyfrowy albo poprzez teletransmisję.

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.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) oraz § 4 i § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulaminu pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) projekt rozporządzenia będzie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji.

<p>Nazwa projektu: rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie przekazywania informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje.</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>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</p> <p>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: 12.06.2015 r.</p> <p>Źródło: art. 12 ust. 11 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...).</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Z uwagi na konieczność poprawy monitorowania i koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, realizowanych w całym kraju, oraz w celu poprawy ich jakości i relewantności, rozporządzenie określi sposób przekazywania informacji o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz wzór dokumentu zawierającego informacje o tych zadaniach.

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

Zgodnie z przepisami art. 12 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, przekazują 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 przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Wojewoda weryfikuje tę informację pod względem spełniania określonych w ustawie wymagań oraz zgodności realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego celów i podjętych lub zrealizowanych zadań, z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w Narodowym Programie Zdrowia. Wojewoda, na podstawie zebranych informacji, przygotowuje 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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 581). Informację zbiorczą oraz opinię wojewoda, wraz z informacjami o zadaniach zrealizowanych przez niego w okresie objętym sprawozdaniem, przekazuje ministrowi do dnia 30 września każdego roku. Na podstawie tych danych minister sporządza, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego określonych w ustawie, zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej. Minister przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej informację, o której mowa w ust. 8, nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia przyjęcia jej przez Radę Ministrów. Oczekiwany efekt jest poprawa monitoringu i koordynacji działań oraz poprawa jakości zadań realizowanych w obszarze zdrowia publicznego.

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. 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.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Ministerstwo Zdrowia	10 osób dodatkowo zatrudnionych w Ministerstwie Zdrowia.		Realizacja zadań przewidzianych ustawą.

Wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego	16 wojewodów, 16 województw, 314 powiatów oraz 2478 gmin	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji: https://administracja.mac.gov.pl/adm/baza-jst/843,Samorzad-terytorialny-w-Polsce.html , data akcesji 15.03.2015 r.	Modyfikacja sposobu sprawozdawania informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego poprzez ujednoczenie formularza sprawozdawczego. Zwiększenie obowiązków wynikających z opiniowania programów JST, występowania z prośbą o uzupełnienie informacji o realizowanych programach.
---	--	--	--

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

Projekt będzie procedowany zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... 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													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

Źródła finansowania	Proponowana regulacja nie wywoła dodatkowych skutków finansowych, gdyż zadania nią objęte są już zadaniami realizowanymi na mocy odrębnych przepisów.
---------------------	---

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Brak.
--	-------

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 ... 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	
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy Projektowane zmiany przyczynią się do zmniejszenia obowiązków informacyjnych wszystkich jednostek samorządu terytorialnego, wojewodów i centralnych urzędów, wynikających w chwili obecnej z realizacji zadań związanych z profilaktyką uzależnień (od alkoholu, narkotyków, tytoniu), realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakazeniom HIV i Zwalczenia AIDS, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Narodowego Programu Zdrowia.		
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 checked="" 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:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz:		
9. Wpływ na rynek pracy		
Brak.		
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		
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Wojewoda po raz pierwszy dołącza opinię dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, do informacji zbiorczej, o której mowa w art. 12 ust. 5 projektu ustawy o zdrowiu publicznym, za rok 2017 r.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		