

L I D E R

PROMOCJA ZDROWIA, KULTURA ZDROWOTNA I FIZYCZNA

Numer 6. 2015 /294/



SZKOLNY
ZWIĄZEK
SPORTOWY



INSTYTUT
KARDIOLOGII

Aby zbudować zrównoważoną przyszłość, musimy już teraz wyjść poza horyzont celów krótkoterminowych (Jose Manuel Barroso)



Foto naszej specjalnej wysłanniczki Kamy Veymont z bocianie stolicy Żywkowa (to tuż, tuż przy granicy z rosyjskim Kaliningradem – ale bociany jak to Polacy - jakoś strachliwe nie są)

Ten numer Lidera oznaczony jako 6.2015 (294) poświęcony jest w całości strategicznym problemom zdrowia, co ma związek z intensywnie toczonymi pracami nad Ustawą o Zdrowiu Publicznym i jej operacyjnym rozwinięciem jakim ma stać się Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020. O projektach ustawy pisaliśmy już wielokrotnie a tekst samej ustawy wraz z obszernym uzasadnieniem ogłoszony został na naszym portalu i w numerze 5. 2015 Lidera. Oba te dokumenty (ustawa i uzasadnienie) zaopatrzyliśmy stosownym odredakcyjnym komentarzem, szczególnie wytykając autorom (na początek) rażące niedopatrzenie polegające na tym, że do prac nad tymi dokumentami nie zaproszono przedstawicieli środowiska kultury fizycznej. Od razu odbiło się to na jakości projektu - bo kultury fizycznej, mając na uwadze jej podstawowe znaczenie dla wszelkich działań prozdrowotnych tam po prostu nie ma. Stosowny mocny protest w tej sprawie wyraził Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk (stanowisko to publikujemy wewnątrz numeru).

W tym numerze zamieszczamy co nieco informacji o historii, źródłach kolejnych wersji oraz pełne teksty trzech kolejnych NPZ na lata 1996-2005, 2006-2015 i projekt, nad którym się obecnie pracuje na lata 2016-2020. Teksty te poprzedziłem wyborem zapisów odnoszących się bezpośrednio do kultury fizycznej. Uważa lektura pozwala zauważyć, że nieuczestniczenie przedstawicieli kultury fizycznej w pracach nad najważniejszymi strategicznymi dokumentami w zakresie zdrowia stało się już niedobłą tradycją a dziedzina ta jest coraz bardziej bagatelizowana. Jej deprecjacja nie jest już jedynie niedocenianiem – jest kardynalnym błędem i obniżeniem szans na poprawę w sferze zdrowia publicznego.

Spis treści Lider 6.2015 (294)

Zbigniew Cendrowski

Drodzy czytelnicy

W sprawach Ustawy o Zdrowiu Publicznym i Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

Stanowisko

Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN w sprawie trybu prac nad projektem ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektem Narodowego Programu Zdrowia

Narodowe Programy Zdrowia – trochę historii :

Deklaracje z Ałma –Ata (1978), Djakarty (1997), Kopenhagi (1998)

-Fragmenty NPZ-ów odnoszące się do kultury fizycznej

- NPZ na lata 1996 – 2005

- NPZ na lata 2006 – 2015

- NPZ na lata 2016 – 2020 (wstępny projekt)

Pani Beata Małecka – Libera

Sekretarz Stanu w MZ o pracach nad Ustawą o Zdrowiu Publicznym i Narodowym Programem Zdrowia

My i nasze sprawy

1. Przybywa w Polsce stróżów moralności, ale samej moralności – jak wykazuje życie jakby nie przybywało.
2. Wielu ludzi łatwo i często rozprawia o problemach i wydarzeniach, mając o nich bardzo ogólne pojecie.
3. Wielu ludzi trzodzi się, mozolnie aby dostosować swoje życiorysy i poglądy do oczekiwań elektoratu.
4. Dochodząc do władzy i chcąc ją utrzymać wielu rezygnuje z ideałów i programów wyborczych.
5. Chcieliście „rynku”- bądźcie konsekwentni - nie dziwcie się bezrobociu i nierównościami społecznym.
6. Jeżeli władza obywa się bez inteligencji, niech nie spodziewa się od niej zaufania i wdzięczności.
7. Ludziom niekompetentnym nawet skomplikowane sprawy wydają się łatwe i proste.
8. Kapłan powinien rozliczać się przed Bogiem, polityków rozliczy historia. Tak twierdzą kapłani i politycy.
9. Politycy odpowiadają nie tylko za opracowanie programów, ale także za tworzenie warunków do ich realizacji.
10. Zło nie polega na tym, że politycy dużo obiecują ale to , że ludzie w te obietnice wierzą.

Wybrane, czasem nieco skrócone, myśli z książeczki „My i nasze sprawy” profesora Czesława Banacha. Wyd. SPES Kraków 2000.

Zbigniew Cendrowski
Drodzy czytelnicy



Deprecjacja kultury fizycznej nie zaczęła się od uchwalenia w roku 2009 nieszczęsnej ustawy o sporcie, ta ją tylko ulegitymizowała i utwierdziła. Proces tej deprecjacji postępuje i jest jedną z głównych przeszkód w budowaniu strategii zdrowego stylu życia z systematyczną aktywnością fizyczną w roli głównej. Różne niszowe i okolicznościowe akcje i programy tylko obraz zaciemniają. Oznacza to też odsunięcie przedstawicieli nauk o kulturze fizycznej od współudziału w stanowieniu i realizacji nie tylko prozdrowotnej polityki ale także w budowaniu ogólniejszych strategii życia.

Kultura fizyczna jest częścią kultury narodowej

Warto poświęcając tym problemom kilka zdań odwołać się właśnie do przypadku ustawy o sporcie mieliśmy tu bowiem do czynienia z niezrozumiałą z żadnego punktu widzenia, intelektualnie nieodpowiedzialną decyzją uchylenia ustawy o kulturze fizycznej i zastąpienie jej ustawą o sporcie. Pisałem wtedy, że zamysł to z gruntu sprzeczny z konstytucyjnym zapisem : **"Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży"**. (art. 68 ust. 5). Przedmiotem tej dekretacji konstytucyjnej jest kultura fizyczna jako całość i nie mówi ona, że tę jej część, jaką jest sport, należy traktować szczególnie, oddzielnie czy wreszcie jak to się wręcz stało zamiast.

Zamysł ten sprzeniewierzał się też innej konstytucyjnej zasadzie nadrzędności i bezpośredniego stosowania.

Negatywnie zaopiniowało ten pomysł, stosownymi publikacjami, wielu wybitnych znawców problemu w tym m.in. prof. prof. **Henryk Grabowski, Zygmunt Jaworski i Józef Drabik**. (Opinie te publikowaliśmy w Liderze).

Dodać muszę, że zbulwersowany propozycją, i alarmowany przez wiele osób, zapytałem kilkudziesięciu wybitnych przedstawicieli nauk o człowieku - co sądzą o tej propozycji. Nikt z indagowanych nie uznał tego pomysłu za udany, wielu zaś, co jest właśnie zastanawiające, o istnieniu takich zamiarów dowiedziało się już po zakończeniu oficjalnego systemu konsultacji, w której, z tego co wiem, środowiska naukowe kultury fizycznej udziału nie brały.

Protesty w tej sprawie skumulowało stanowisko Komitetu Rehabilitacji Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk, w którym czytamy między innymi (24.09.2009) :

...Zastąpienie dotychczas obowiązującej ustawy o kulturze fizycznej ustawą o sporcie jest nieuprawnioną próbą zatarcia różnic między tymi formami aktywności ludzkiej i odpowiadającymi im pojęciami, ze wszystkimi negatywnymi tego konsekwencjami.

...Zastąpienie ustawy o kulturze fizycznej ustawą o sporcie jest nie do zaakceptowania. Byłoby celowe zaproszenie do udziału w pracach przy tych nowelizacjach wybitnych przedstawicieli środowiska naukowego kultury fizycznej. Komitet deklaruje gotowość współpracy w tym zakresie...

I była po tym głucha cisza.

Sport jest częścią kultury fizycznej i tylko w ten sposób może stanowić część kultury narodowej.

Podstawą kultury jest tradycja. Tradycja jest cechą wyróżniającą człowieka ze świata żywych istot. W naszym przypadku mówimy o tradycji kultury fizycznej rozpoczynającej swój bieg w postanowieniach Komisji Edukacji Narodowej, a następnie rozwijanej przez wspaniałych poczet lekarzy polskich jak : **Wojciech Oczko, Jędrzej Śniadecki, Henryk Jordan, Marcin Kacprzak, Józef Polak** a po wojnie głównie trójprofesor (medycyna, pedagogika, kultura fizyczna) **Maciej Demel**. To Oni, a wraz z nimi wielcy pedagodzy i przedstawiciele innych nauk jak **Florian Znaniecki, Władysław Tatarkiewicz, Bogdan Suchodolski, Stefan Wołoszyn** czy **Ryszard Wroczyński** utworzyli wielki edukacyjno – wychowawczy i prozdrowotny wzorzec aktywności człowieka mocno osadzony w teorii kultury fizycznej. W poczet ten wspaniałe wpisało się **Liceum Krzemienieckie** a w II RP liczna plejada prekursorów kształcenia kadr dla kultury fizycznej, którym start umożliwił i do wysiłku zachęcał sam **Józef Piłsudski** o czym wiedzą dobrze znawcy kultury fizycznej.

To Oni wszyscy, wspólnymi siłami, intelektem, poczuciem potrzeby narodowej, dali nam wspaniałą potencjał teoretyczny i praktyczny kultury fizycznej. Sport ze wszystkimi swoimi odcieniami doskonale mieścił się w tym modelu, dopiero w ostatnich latach zaczęła niektórych ludzi sportu uwierać ta nobilitująca, ale i zobowiązująca przynależność i postanowili uwolnić się za jednym zamachem od tradycji i kultury i samotnie zająć podium.

Cios w ten z takim pietyzmem wnoszony gmach przyszedł i z zewnątrz i od wewnątrz. Z zewnątrz było to malejące zainteresowanie sprawami kultury fizycznej świata lekarskiego zaabsorbowanego sprawami klinicznymi i trudnościami w „służbie zdrowia”. Kultura fizyczna emancypowała się, tworzyła własny system wartości, wymykała spod kontroli świata lekarskiego. Od wewnątrz była to narastająca ekspansja sportu, która wywołała wielką, czasem wyniszczającą debatę pod fałszywym szyldem „wyczyn czy masowość”. Było to po części odrodzenie się znanego w starożytnym Rzymie hasła „Panem et circencis” – chleba i igrzysk wzmocnionego współczesnymi tendencjami do przedmiotowego traktowania człowieka sportowca i sportu jako tych, którzy cieszą tłum i dodają blasku władzy.

Władze najczęściej nie rozumiejące tych procesów łatwo i chętnie sięgały do takich trendów, a że „znalezli się filozofowie, którzy pochwalali wszystko co wymyślili królowie” (*A.Mickiewicz.*) trendy te umacniały się pod szyldem państwowych programów.

Tak więc wspólnym wysiłkiem pomniejszono tę zdrowotwórczą dziedzinę a jej rzeczywistych przedstawicieli odsunięto od udziału w kreśleniu ogólnych obrazów zdrowia. Tu przypomnę po raz kolejny, że w wyniku mojej żmudnej penetracji kilkunastu podstawowych dokumentów stanowiących strategiczne plany rozwoju i pomyślności Polski i Polaków stwierdziłem, że **spośród ponad 2000 osób przedstawicieli wszystkich nauk o człowieku, autorów tych dokumentów, nie znalazłem ani jednego przedstawiciela nauk o kulturze fizycznej.**

Nie inaczej jest i teraz kiedy pracuje się pospiesznie nad Ustawą o Zdrowiu Publicznym i kolejną wersją Narodowego Programu Zdrowia. **Znowu nas tam nie ma.** Nauczony smutnym doświadczeniem z prac nad ustawą o sporcie tym razem odpowiednio wcześniej właściwą pozycję zajął Komitet Rehabiliacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk, który w stanowisku na ten temat pisze między innymi :

...Komitet wyraża głębokie zaniepokojenie brakiem przedstawicieli środowiska kultury fizycznej w zespołach pracujących nad projektem ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektem Narodowego Programu Zdrowia oraz pominięciem instytucji związanych z kulturą fizyczną wśród opiniujących oba projekty.... *...brak przedstawicieli zajmujących się profesjonalnie tymi zagadnieniami w przygotowaniu projektu ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektu Narodowego Programu Zdrowia jest poważnym niedopatrzeniem, które może być niekorzystne dla obu dokumentów.*

...W związku z tym Komitet Rehabiliacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk postuluje włączenie do prac nad projektem ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektem Narodowego Programu Zdrowia przedstawicieli środowiska kultury fizycznej oraz uwzględnienie instytucji związanych tą dziedziną wśród opiniujących projekty obu dokumentów....

Nic na razie nie wskazuje aby ktokolwiek przejął się tą opinią i błąd naprawił.

Sport wyodrębniony z kultury fizycznej i zrzucający jej okowy staje się częścią popkultury

Dyskusja o wzajemnych relacjach i znaczeniach teoretycznych i praktycznych pojęć : kultura fizyczna i sport, jest tak długa jak długa jest historia nauk o aktywności fizycznej człowieka. Kultura fizyczna zawsze traktowała sport jako swoje dziecko, prawda, że czasem krnąbrne, i podatne na patologie, ale własne. Sport zasadzony na takich wrażliwych relacjach jak selekcja, rywalizacja i współzawodnictwo, wiele jednak do kultury fizycznej wnosił, tworzył dla ambitnych transgresyjne możliwości awansu, pokonywania własnych słabości, dostarczał innym barwnych i emocjonujących widowisk był istotnym źródłem wiedzy o prozdrowotnym znaczeniu wysiłku. Uważana analiza wykazuje jednak, że niemal wszystko złe co zdarzało się w obszarze kultury fizycznej, jest generowane przez sport. Mimo surowych ocen i napomnień, nikt jednak nigdy nie wpadł na pomysł, aby sport z kultury fizycznej relegować, bo bez sportu kultura fizyczna byłaby niepełna i jakoś uboga. Ale oto, od pewnego czasu to wyrastające dziecko - sport, zaczyna w poczuciu nadmiernych skrępowań, odżegnywać się od swej matki - kultury fizycznej i uważa, że może nie tylko żyć samodzielnie, ale do tej samodzielności potrzebne jest nie tylko wyzwolenie, ale przejęcie władzy całkowitej, co miałyby się dokonać przez skreślenie w prawnych i systemowych umocowaniach, gwarantowanych przez państwo, pojęcia kultura fizyczna i zastąpienie jej słowem sport. Tak oto jak we władzach dynastycznych dziecko zabija rodziców by objąć pełnię władzy a także by nikt ze świadków tej niecnoty nie pozostał przy życiu.

Ten kierunek myślenia dawał już o sobie znać wcześniej wprowadzaniem do pakietu oficjalnych pojęć takich zbitek jak "kultura fizyczna i sport" (pieczywo i bułki), a nawet wprowadzania takiej podwójnej nazwy do oficjalnej nomenklatury państwowej, jak GKKFiS (Główny Komitet Kultury Fizycznej i Sportu). Następnym krokiem było pozbycie się członu kultura fizyczna przy utworzeniu Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu a następnie umocnienie tej tendencji powołaniem Ministerstwa Sportu (później i Turystyki)

Przypomnijmy, co o roli i miejscu kultury fizycznej w naszej kulturze mówili i pisali wybitni przedstawiciele nauki :

Na VI Sejmiku Szkolnej Kultury Fizycznej obradującym w 2004 roku pod hasłem : szkolna kultura fizyczna wobec wyzwań cywilizacyjnych, pani **dr Anna Radziwiłł**, ówczesna Wiceminister Edukacji Narodowej powiedziała uczestnikom : *"możecie być dumni, bowiem sprawa, którą się zajmujecie - kultura fizyczna - to ważna część kultury narodowej"*.

W referacie przygotowanym na II Kongres Nauki Polskiej w 1973 roku czytamy *"Charakterystykę nauk o kulturze fizycznej, rozpocząć należy od stwierdzenia, że ukształtowała się ona jako interdyscyplinarna dziedzina wiedzy, leżąca na pograniczu nauk przyrodniczych i społecznych... nauka o kulturze fizycznej jest typową nauką pogranicza wykraczającą poza ramy tradycyjnych klasyfikacji nauk."* (M. Demel, R. Wroczyński, K. Hądzelek, Z. Krawczyk, S. Kozłowski, H. Milicerowa, T. Ulatowski)

W dziełach **prof. Ryszarda Wroczyńskiego**, wybitnego pedagoga i historyka kultury fizycznej, którego 100 - lecie urodzin obchodziliśmy niedawno na Warszawskiej AWF czytamy między innymi :

"W planowaniu długofalowego rozwoju kultury fizycznej niezbędne będzie współdziałanie wielu nauk, zarówno biologicznych jak i społecznych. Nauka o kulturze fizycznej skazana będzie na coraz bardziej pogłębioną integrację z innymi gałęziami wiedzy o człowieku i społeczeństwie, wzmagając widocznie swój interdyscyplinarny profil" (II Kongres Kultury Fizycznej, Gdańsk 1986)

"Tradycje wychowania fizycznego w Polsce sięgają czasów odległych a nieprzerwana ciągłość rozwojowa kultury fizycznej obejmuje parowiekowy czasokres doby nowożytnej od epoki odrodzenia po czasy współczesne" ... "Polską kulturę fizyczną cechuje szerokie widzenie jej zadań i funkcji. Tak wyrażana ona była w koncepcjach i wskazaniach najwybitniejszych ideologów i badaczy od okresu humanizmu poczynając. Najdobitniej tę zasadę ujmowania istoty kultury fizycznej w naszym kraju wyraża aksjomat Komisji Edukacji Narodowej o jedności psychofizycznego rozwoju człowieka,

fizycznego i moralnego. Ta idea kształtowała humanistyczny styl naszej kultury fizycznej we wszystkich jej rozwojowych okresach. Po wtóre, wychowanie fizyczne, wszystkie jego płaszczyzny, od rekreacji, po systematyczną uprawę sprawności ruchowych, nie wyłączając najbardziej wyspecjalizowanych, traktowane jest jako czynnik ochrony i wzmagania potencjału biologicznego narodu" (Z wyboru pism, przygotowanego na obchody 100- lecia urodzin profesora)

Profesor Drabik odnosząc się do debaty sejmowej (I czytanie projektów ustaw o sporcie) pisze : *"Podczas debaty sejmowej padło również inne interesujące sformułowanie: „sport jako najbardziej istotny i ważny element kultury fizycznej”. Zostało ono już wcześniej odpowiednio skwitowane przez prof. H. Grabowskiego (Lider 2009...). Powtórzę tylko, że sport to element kultury fizycznej zupełnie marginalny, nieporównywalny pod względem istotności i znaczenia z wychowaniem fizycznym. To ostatnie, dobrze przez lata szkolne prowadzone, stwarza bowiem podstawę do całościowej AF człowieka, a ta ma ścisły i pozytywny związek z jego zdrowiem. Zdrowie zaś to nie tylko wartość pozwalająca realizować różne aspiracje życiowe oraz środek ku lepszej jakości życia, co już wystarczy aby o nie zabiegać, ale także zasób, bogactwo dla społeczeństwa. Tylko zdrowe społeczeństwo może się rozwijać gospodarczo i pod każdym innym względem. Prawo do zdrowia gwarantowane jest naszemu obywatelowi konstytucyjnie. Zatem kultura fizyczna, w tym rekreacja ruchowa nie może być tylko „domeną wolności obywatelskiej”. Jej wspieranie jest obowiązkiem państwa, ponieważ poprawa zdrowia należy do jego obowiązków. Świadome działania zwalniające państwo od tego obowiązku godzą w rozwój jego narodu."*(Pełny tekst tej opinii został opublikowany w Liderze nr 2.2010)

Problem nie dotyczy wyłącznie samego projektu ustawy - dotyczy wielkiego problemu rangi kultury fizycznej

Wołałem wtedy, jak ongiś wołano pod Ujściem i wskazując na Sejm *„Kulturę fizyczną tam mordują”*. Uważam za konieczne, aby sprawa rangi i pozycji kultury fizycznej, w gronie innych nauk, w stanowieniu prawa, urządzeniach organizacyjnych, formułowaniu zrębów teoretycznych i praktycznych, niezależnie od losów wspomnianego projektu ustawy, była poddana powszechnej i gruntownej, ale niespiesznej debacie całego środowiska naukowego kultury fizycznej, co spełniałoby marzenie - życzenie profesora **Macieja Demela**, który w swej wydanej niedawno książeczce "Repetycje" pisze :

"Chciałbym także, aby wzrastała spójność naszego środowiska. Tę zaś osiąga się poprzez świadomą aprobatę wspólnego paradygmatu - idei głównej - co z kolei wymaga powszechnego śledzenia kanonu literatury z naszej dziedziny, tj. dzieł o najwyższym poziomie uogólnienia".

Czyż pojęcie: "kultura fizyczna częścią kultury narodowej" nie jest takim paradygmatem ?

Od lat obserwujemy jak różne gremia, na szczęście mało liczne, choć czasem władcze, usiłują sprowadzić wielowymiarowe znaczenie kultury fizycznej do wymiaru sportu.

Nie budzi oporów, może być nawet pochwalona, determinacja wielu działaczy kultury fizycznej w forsowaniu na grunt polski pojęcia "sport dla wszystkich", bo jest to rozsądny zamiar powszechniejszego wykorzystania oferty sportowej dla aktywizacji fizycznej człowieka. Zdecydowany sprzeciw budził natomiast zamysł, aby terminem "sport dla wszystkich" zastąpić pojęcie kultura fizyczna.

Coraz częściej też pomijano człon „dla wszystkich” i mówiono po prostu sport. Idąc dalej, jakby ośmieleni brakiem zdecydowanego sprzeciwu ze strony czołowych ośrodków myśli teoretycznej i wielu autorytetów naukowych, formułuje się w oficjalnym dokumencie państwowym (Strategia rozwoju sportu do roku 2012) następujący lapsus :

„We współczesnym świecie, na określenie aktywności fizycznej jednostek i grup oraz jej organizowanie w różnych formach i dla różnych celów, używa się jednego pojęcia – sport. W rozumieniu niniejszego dokumentu sport obejmuje wychowanie fizyczne, sport dzieci i młodzieży, sport dla wszystkich, sport niepełnosprawnych, sport wyczynowy, olimpijski i profesjonalny”.

Interesująca byłaby odpowiedź na pytanie : Jakie to autorytety naukowe były autorami tej konstatacji ?

Pamiętam wspaniałe dyskusje na ten temat z panią profesor Teresą Wolańską, która była gorącym orędownikiem terminu „sport dla wszystkich” i zwolennikiem jego wprowadzenia w Polsce. Będąc niewątpliwie najwyższym autorytetem naukowym w tej kwestii, mając wiedzę, doświadczenie i znajomość naszych realiów rozumiała jednak, że potrzebna nam jest przede wszystkim i najpierw dobra praktyka, realizacja programów długofalowych zmieniających mentalność i styl życia naszego „hipokinetycznego” społeczeństwa, a wszelkie terminy, nazwy, pojęcia powinny wieńczyć dzieło realizowane w praktyce. Nigdy zresztą prof. Wolańska nie mówiła o zastąpieniu terminu "kultura fizyczna" terminem "sport dla wszystkich", a myślała raczej o daleko posuniętej demokratyzacji sportu i takiego jego urządzenia, aby jego podstawową wartością i podstawą nie były tylko selekcja, rywalizacja i współzawodnictwo, ale wszechstronnie rozumiane uczestnictwo, uprawianie sportu w formie doskonalenia siebie, a nie do rywalizacji z innymi. Wywieszanie szyldów przed zakończeniem budowy jest jednym z naszych klasycznych narodowych błędów. Ale mając oczywiście krytyczny stosunek do takiej radosnej twórczości, chciałbym jednak zrozumieć autorów i wyjaśnić sobie ich intencje i zamiary. Jednym z argumentów jest przykład Europy skąd płyną do nas różne hasła i idee pod szyldem sportu. Więc bierzemy z Europy te hasła, slogany, pojęcia, nie bacząc na to, że w tamtym obszarze kulturowym, cywilizacyjnym i innej sytuacji ekonomicznej społeczeństw, znaczą one zgoła coś innego niż u nas i wynikają nie z igraszek terminologicznych a ugruntowanej praktyki. To lekceważenie gruntu polskiej tradycji kulturowej jest trudne do zaakceptowania.

Teza, że sport jest dla wszystkich - to mit. Piękny ale nieprawdziwy

W sposób nieuprawniony i nie potwierdzony badaniami twierdzi się, że sport może być propozycją dla wszystkich. Ale w naszej kulturze sport nieuchronnie kojarzy się z wysoką sprawnością (często ponad miarę), i ponadprzeciętnym wynikiem, a jego podstawą jest selekcja, rywalizacja, współzawodnictwo i sportowy teatr gladiatorów. Jest to oferta interesująca, ale sprawcza wychowawczo i zdrowotnie dla niewielu. Tam gdzie jest współzawodnictwo, następuje nieuchronny podział na lepszych i gorszych. Dla nielicznych lepszych, sport jest wspaniałym środkiem i zachętą do rozwoju, ci którzy z różnych względów nie są w stanie skutecznie wygrywać są naznaczani stygmatem gorszych, niesprostanie wysokim wymaganiom oznacza wykluczenie, odstręcza i zniechęca do świata, w którym słabsi i przegrani nie mają czego szukać. Powstaje trauma. I na nic zdadzą się sztuczne terminologiczne zabiegi. **Pamiętam Ministra, który mówił : "Zadaniem szkoły jest wylanianie talentów sportowych a tych, którzy się w sporcie nie mieszczą, pchamy na tor rekreacji"**. Oczywiście był sport ale z "pchania" na ogół niewiele wychodziło. W obecnych wizjach słychać echa takich manipulacji.

Prymitywna jest teza, że trzeba w szkole organizować sport, zawody i współzawodnictwo bo z tego będą kiedyś medale. Rzecz należy odwrócić. Wdrażamy dzieci i młodzież do powszechnej aktywności fizycznej, w tym także dla jej form sportowych, nie dlatego, żeby były medale, ale przede wszystkim dlatego, aby były zdrowe i umiały postrzegać systematyczne ćwiczenia jako niezbędną dla każdego człowieka i realizowaną przez całe życie formę aktywności. **Takie odwrócenie celów choć niełatwe, jest konieczne, aby aktywność fizyczna nie była przez rodziców, szkołę i wreszcie przez same dzieci postrzegana wyłącznie jako pole rywalizacji i karier sportowych. Oczywiście magia wygranej, sukcesu sportowego, wyniku potwierdzającego wysoką sprawność - to bardzo silne środki wychowawcze i nie należy z nich rezygnować, ale skutkują one pozytywnie tylko wobec części młodzieży, tej która z różnych powodów wygrywa. Przegrywający, przy takim ustawieniu celów szkolnego wychowania fizycznego, są traumatyzowani, odrzucają aktywność fizyczną jako tę formę działalności, która nic im nie daje, w której nie znajdują satysfakcji i od której uciekają w zwolnienia.**

Pomocna w zrozumieniu takiego punktu widzenia, może być lektura dzieła wybitnego pedagoga i psychologa **Stefana Szumana** : "**Pochwała dyletantyzmu**". Odnosi się ona do innej dziedziny kultury i innego obszaru zainteresowań, ale jej konstatacje doskonale się odnoszą do sfery fizycznej.

Co znaczy uczestniczyć w kulturze fizycznej ?

Są różne formy uczestnictwa w aktywności fizycznej : uprawianie (rekreacja, sport, rehabilitacja,

turystyka) oglądanie (kibicowanie) czy opisywanie (literatura, sztuka.) Z punktu widzenia fundamentalnych (zdrowotnych) potrzeb człowieka, najważniejsze jest oczywiście uprawianie. Dodajmy też, że uprawianie sportu, w takim sensie w jakim go powszechnie rozumiemy i praktykujemy, generuje, obok niewątpliwych wartości - dla siebie i innych - także liczne zagrożenia. Pewnym nieporozumieniem są wielce szlachetne skądinąd intencje twórców takich haseł i programów jak "sport w walce z agresją i patologiami", oparte na coraz bardziej kwestionowanej idei katharsis. Ale to odrębny i niełatwy problem. **Takie formy uczestnictwa jak opowiadanie i oglądanie dotyczą sfery społecznej i psychicznej, są też obarczone znamieniem fantomowym** : Patrząc na wyczyny innych, siedząc w fotelu i popijając piwo/kawę i nierzadko popalając papierosa, mamy odczucie uczestnictwa, i choć to też ważne wychowawczo przeżycie psychiczne, to fizjologicznie jest bezwartościowe. Natomiast wiemy dobrze, że systematyczna aktywność fizyczna, służąca zdrowiu i kondycji fizycznej, wykracza poza efekty czysto fizjologiczne i ma silny wpływ na kondycję psychiczną i społeczną. Problem kibicowania - zachowań aspołecznych podczas wielkich widowisk sportowych to także odrębny problem i nie może obciążać sportu, choć to sport jest bezpośrednim katalizatorem takich zachowań,

Unikając związków z kulturą fizyczną sportowi zostaje już tylko podium, oklaski i fantomy aktywności fizycznej – kibice.

Pomysł likwidacji pojęcia kultura fizyczna i zastąpienie go pojęciem sport jest szkodliwy i dla samego sportu, bo pozbawia go nobilitującego udziału w kulturze. Sport wyodrębniając się z kultury fizycznej, lub usiłując ją zastąpić, traci najwięcej, bo pozbywszy się związków z wielką nauką o człowieku i ograniczając je do wątków eksploatacji organizmu dla celów komercyjnych i widowiskowych - odwraca hasło : **sport dla zdrowia na hasło zdrowie dla sportu**. Pozbywszy się szerszych związków antropologicznych, kulturowych, pozostaje mu tylko podium, albo przesadne eksploataowanie haseł "edukacji olimpijskiej" i wychowywania kibiców.

Gwoli sprawiedliwości dodać należy, że zamysł legislacyjny (powracam do ustawy o sporcie), aby znowelizować przepisy dotyczące uprawiania sportu jest dobry, dotyczy ważnej, choć nie najważniejszej dziedziny kultury fizycznej. Autorzy projektu ustawy o sporcie trafnie, choć moim zdaniem z przesadną szczegółowością, opisują świat rywalizacji i współzawodnictwa sportowego, ale robią to tak zapamiętale, że nie starcza im już oddechu i pomysłu na całą resztę kultury fizycznej. Ta reszta to wychowanie fizyczne, rekreacja, korektywa i rehabilitacja oraz turystyka, które wagą, potrzebą i znaczeniem społecznym o całe niebo przewyższają wartości jakie niesie rywalizacja sportowa.

Autorzy ustawy o sporcie nie zajmują się rozwinięciem konstytucyjnego zadania, które stanowi że **"Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej....."** i idą drogą najłatwiejszą - utożsamiają kulturę fizyczną ze sportem, bo nie czują się na siłach, by takiej dekretacji konstytucyjnej podołać, po prostu jest to dla nich za trudne, nie wiedzą jak to zrobić. Nie jest to zresztą tylko polski przypadek niedowładu. W wielu dziedzinach i we wszystkich systemach, decydenci wybierają rozwiązania najłatwiejsze, takie które mogą przynieść szybkie spektakularne efekty, aby jednak nie być posądzonym o brak woli, czy nieuctwo rozwijają bogaty arsenał pseudoargumentów, w których udowadniają, że to małe jest największe. Królować zaczynają płycizny, uproszczone schematy i stereotypy.

Wiemy dobrze, że zaabsorbowanie niezwykle trudnymi sprawami bieżącymi nie pozwala wysokim funkcjonariuszom państwowym na podejmowanie takich problemów, które w żaden sposób (poza mentalną i intelektualną satysfakcją), nie dają się wpisać do katalogu bieżących osiągnięć i sukcesów, mało tego, ich podejmowanie naraża często na utratę szans i możliwości jakiegokolwiek działania, nie mówiąc już o utracie owej władzy (bardzo pięknie opisał to zjawisko A. Toffler w „Trzeciej Fali”). Widać to zresztą gołym okiem wszędzie dookoła. Jest to wielki problem wszystkich ludzi władzy. Nie każdy jest gotów mierzyć się z ogromem tych zadań. Wygrać można niewiele, stracić można dużo.

Myślę, że mamy do czynienia z pewną bezradnością i niewiedzą, nie tylko elit politycznych, jak tego typu zadania jak : promocja, profilaktyka, prewencja (PPP) należy zapisywać i realizować w strategii

państwa. To na tle tej bezradności kwitną neoliberalne tendencje odsyłania tych problemów do sfery wolności człowieka, jego zachowań indywidualnych i potrzeb prywatnych. Taki pogląd nie znajduje strategicznych racji. Państwo nie może oczywiście wprost dekretować jak mamy się zachowywać, ale może i powinno planować różne działania, które takie zachowania wywołują, umożliwiają i do nich zachęcają przez system edukacji, uprawnień, możliwości, premiowanie.

Prawda, że ustawa o kulturze fizycznej z 1996 roku, trochę się już zestarzała i wymagała nowelizacji, i pewno dałoby się to zrobić względnie szybko i dobrze, uniknąwszy rozwiązania najprostszego: "dla większej jasności skreślić".

Myszę, że można przewidzieć, czego nie wykluczam (tak pisałem w roku 2004), że ustawa w wersji rządowej będzie uchwalona. W takiej sytuacji nie pozostanie nic innego jak natychmiastowe podjęcie prac nad przygotowaniem nowej, pełnowartościowej ustawy o kulturze fizycznej. **Przed nami wielkie wyzwania cywilizacyjne, do których się przygotowujemy. W sferze kultury zdrowotnej i fizycznej jesteśmy wyraźnie opóźnieni i zamiast odważnie awansować trudne, ale konieczne problemy do sfery strategii i operacji, idziemy po najmniejszej linii oporu, akcentując zadania najprostsze.** Ludzkość jako całość wchodzi w taki etap swego rozwoju, w którym gwałtownie zmniejsza się udział czynnika fizycznego (ruchu, wysiłku, pracy fizycznej). Pojawiające się różne problemy zdrowotne, choroby i dolegliwości, w znacznej mierze powstające w wyniku owej hipokinezji, staramy się łagodzić i rozwiązywać przy pomocy coraz bardziej wyrafinowanej techniki farmaceutycznej i medycyny naprawczej zapominając o najwspanialszym remedium jakim jest zdrowy styl życia a w tym systematyczny ruch i aktywność fizyczna.

Zmiany w stylu życia na bardziej prozdrowotny to jeden z najtrudniejszych procesów życiowych. Ich wielki sens musi być zaakceptowany i intelektualnie i emocjonalnie. Proces ten można i trzeba planować, inicjować i organizować. Jest to konstytucyjnie zadekretowany obowiązek władzy. **Czynimy wielki błąd strategiczny odsyłając te problemy do sfery powinności osobistych i prywatnych. Dziś dodam, że niestety wstępne prace nad ustawą o zdrowiu publicznym i jej operacjonalizacją czyli NPZ na lata najbliższe idą w kierunku medykalizacji a ich autorzy nie potrafią zrozumieć i docenić znaczenia ruchu w budowaniu polityki zdrowotnej państwa. Do wzmocnienia takiego trendu przyczynili się właśnie wówczas popełnione błędy spowodowane deprecjacją kultury fizycznej spowodowanej uchwaleniem ustawy o sporcie. To też spowodowało dalsze wykluczenia z grona osób stanowiących o sprawach zdrowia publicznego ludzi kultury fizycznej o co obecnie upomina się Komitet Rehabilitacji Kultury Fizycznej i Rehabilitacji Polskiej Akademii Nauk. Obawiam się jednak, że zdecydowane stanowisko jakie wyraził Komitet w tej sprawie będzie, podobnie jak w przypadku ustawy o sporcie zbagatelizowane.**

Trzeba aby państwo i jego wszystkie struktury dbały o rozwój kultury fizycznej między innymi poprzez tworzenie coraz lepszych warunków rozwoju nauk o człowieku, kondycji szkół wyższych, systemów kształcenia kadr, łączenia wychowania fizycznego i edukacji zdrowotnej, wspieranie i stymulowanie różnych form aktywizacji. Można, a nawet koniecznie trzeba, jak proponuje profesor Henryk Grabowski, wykorzystać mechanizm uzależnień do kształtowania potrzeb pozytywnych i jak proponuje profesor Józef Drabik traktowania sprawności i zdrowia w kategoriach obowiązku patriotycznego.

Potrzebne jest stałe doskonalenie teorii kultury fizycznej, prowadzenie badań i wzbogacanie metod z zakresu powszechnego sportowania, wychowania fizycznego, rekreacji, rehabilitacji i turystyki. Nie wolno dopuścić aby teorię tę tworzyli nie posiadający dostatecznej wiedzy w tym zakresie. urzędnicy i ludzie spoza kultury fizycznej (szwagrowie kultury fizycznej jak ich określał profesor Maciej Demel),

Aktywność fizyczna jest osiłą na jakiej budować można fundamenty zdrowego stylu życia to zaś jest najlepszym sposobem na zmniejszenie obciążeń coraz bardziej niewydolnej służby zdrowia.

Szanujmy naukę, ale nauka też musi dbać o swój autorytet

W procesie przygotowywania projektu ustawy o sporcie nie uznano za potrzebne współdziałanie ze środowiskiem naukowym kultury fizycznej, a w każdym razie nie można znaleźć tych

przedstawiciele środowiska, którzy by się pod projektem podpisali. Gwoli sprawiedliwości należy wrzucić także kamyk do naszego ogródka. **Nasze środowisko kultury fizycznej powinno, w sposób zorganizowany, planowy i świadomy monitorować poczynania władzy i podejmować stosowne inicjatywy nie tylko wtedy gdy trzeba coś skrytykować i skarcić, ale i wtedy gdy trzeba wspomóc i wziąć na siebie ciężar współodpowiedzialności. Oczywiście najlepiej aby było to porozumienie obustronne.**

Funkcjonuję dostatecznie długo w rozlicznych rolach, w obszarach edukacji, zdrowia i kultury fizycznej, by nabrać przekonania o przewagach czynnika interesów władztwa nad interesami społecznymi w wielu sferach życia, by sformułować pod adresem wszystkich bez wyjątku elit politycznych, **zarzut niedostatecznego szacunku dla nauki, praw obiektywnych i rzeczywistych potrzeb społecznych, na rzecz spektakularnych efektów i programów dających doraźne korzyści polityczne.** Niejednokrotnie obserwowałem, niejako od wewnątrz, zachowania przedstawicieli władzy, którzy w różnych dyskusjach i pracach nad programami i planami państwowymi, nie zastanawiali się nad tym czy to co planują jest poprawne merytorycznie, czy jest zgodne z wynikami badań i ustaleniami nauki i czy przyniesie korzyści społeczne w długim planie. Bardziej interesowało ich to, czy to co się planuje, przyniesie jakieś doraźne korzyści władzy, czy będzie można się tym wykazać, czy społeczeństwo nas za to pochwali, czy wzrośnie elektorat. . Oczywiście nigdy nie były to deklaracje wprost, zawsze były wielkie słowa i wielkie obietnice, im plan dalszy, tym obietnice większe. Bez trudu, analizując na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wszelkie programy i plany dotyczące tych trzech ważnych sfer życia jakimi są edukacja, zdrowie i kultura fizyczna, można zaobserwować powtarzające się cyklicznie zjawisko : nowa władza, krytyka poprzednika, nowy wielki program, realizacja wybranych spektakularnych elementów, stopniowe zaniechania co trudniejszych problemów.

Dodajmy, że takie zachowania władzy, chodzenie na skróty i lekceważenie opinii elity intelektualnej jest w dłuższej perspektywie dla władzy samobójcze. Prawda, że ludzie tej elity bywają trudni we współpracy. Mają wygórowane wymagania, są dokuczliwi, uparci, stawiają niewygodne pytania, ale są jak opozycja - niezbędni, aby władza była sprawowana dobrze.

W jaki sposób powstają takie nieudane a nawet szkodliwe rozwiązania ? Otóż między innymi, a może przede wszystkim dlatego, że ich autorzy mają niewielką i z reguły jednostronną wiedzę, nie mają zaplecza intelektualnego - czasem jest to do tego potencjalnego zaplecza stosunek pogardliwy. Jak się czegoś nie wie, to rodzi się myśl, że to nie istnieje. Takie postrzeganie świata jest groźne wtedy, kiedy rzecz dotyczy przedmiotów i zjawisk, ale szczególnie groźne jest, kiedy dotyczy idei, systemu wartości, cywilizacyjnych fundamentów i tradycji kulturowej.

Jeżeli reagujemy tylko na pomruki tłumu i oczekiwania masowe, spektakularne, to traci na tym myśl nadrzędna i oddalają się rozwiązania strategiczne.

Istota rzeczy polega na tym, że sport „robi się łatwo”, nie trzeba specjalnych zachęt, aby pewna część młodzieży, a potem dorosłych, szukała możliwości zmierzenia się z innymi, uzyskiwania coraz lepszych wyników sportowych. Pcha ich do tego naturalna chęć rywalizacji, dążenie do dominacji, panowania, czy wreszcie po prostu szukanie radości z własnej tężyzny i zdrowia i na końcu chęć do zdobywania zaszczytów i dóbr materialnych. Interesująco opisał te procesy i zjawiska Francis Fukuyama definiując zjawiska megalotymii (dążenie do panowania) i izotymii (skłonność do podawania się wpływom innych).

Argument, że ludzie chcą oglądać zmagania innych i należy im to dać, przypomina rzymskie „chleba i igrzysk” a ryk stadionów wyznacza nam wartości i zadania. Grozi nam powolna utrata ideałów na rzecz populizmu

Gdyby szukać nieco głębiej, u samych podstaw źródeł takich zaniechań i wyborów najłatwiejszych to niewątpliwie wskazać by można, nieco problem upraszczając, na ogólniejsze problemy sprawowania władzy, która im dłużej trwa tym bardziej ucieka w sferę spraw nie tyle ważnych co pilnych i spektakularnych. Liberalizm i modernizm wdarły się w świat polityki i ekonomii głosząc hasła wolności, nowoczesności, samostanowienia, przedsiębiorczości, które tchnęły optymizmem i nadzieją odmiany. Z czasem idee te powszedniały a beneficjenci tych zmian szybko skoncentrowali się na tym co im samym przynosiło największy zysk. (bogaci się bogacą, władza utrwała władzę).

Zarzuca się trudne w realizacji piękne idee wczesnego liberalizmu, eskalują się dobro własne i egoizm. To samo zaczyna dotyczyć tego co nas interesuje najbardziej. Zarzuca się pod hasłami wolności i nie wnikania w życie osobiste i prywatne, trudne problemy powszechnej aktywizacji fizycznej na rzecz sportu zawodowego i oczekiwań kibiców.

W strategii państwa rola kultury fizycznej powinna rosnąć

Dobrze, że w czas kryzysu powstają takie raporty i programy jak Polska 2020 i Polska 2030, w których myślimy o tym co będą robić nasze dorastające dzieci i wnuki. W raportach tych i programach mówi się głównie, i słusznie, o gospodarce.

Wielka wartość tych opracowań polega przede wszystkim na tym, że są one dziełem szerokiego grona elity intelektualnej, reprezentującej podstawowe dziedziny wiedzy. Pewne słabości odnoszące się do nas interesującej sfery wynikają zaś z tego właśnie, że w gronie autorów obu dokumentów zabrakło wybitnych przedstawicieli środowiska kultury fizycznej. Nas naturalnie najbardziej interesuje to, czy w już zaprezentowanych opracowaniach znajdujemy dostatecznie wyrazisty sygnał rozumienia przez ich autorów problemów zdrowotnych i czy uznają oni stan zdrowia i sprawności za ważny czynnik zwiększający indywidualne i zbiorowe możliwości awansu.

Odnosząc się bezpośrednio do toczących się prac nad ustawą o Zdrowiu Publicznym i kolejną wersją NPZ to zauważyć należy, że w obu opracowaniach, nigdzie wprost nie powiedziano, że zdrowe i sprawne fizycznie społeczeństwo, zwielokrotnia swe szanse dobrobytu i awansu cywilizacyjnego.

Autorzy piszą co prawda o zdrowiu dość dużo, ale z punktu widzenia epidemiologii, medycyny klinicznej, dostępności do usług medycznych, sprawności służby zdrowia, niedostatecznie biorąc pod uwagę tak ważne czynniki prozdrowotne jak promocja zdrowia, profilaktyka i zdrowy styl życia.

Uderza brak propozycji w sprawie wykorzystania dla budowania polskiej pomyślności potencjału zdrowotnego społeczeństwa. - niedoceniając remedialnych wartości edukacji prozdrowotnej i aktywizacji fizycznej. To dziwi bo wszechstronnie przeanalizowane w programach problemy demograficzne dają po temu powody. W szczególności narastać będzie problem zdrowia populacji trzeciego wieku, konieczność zapewnienia tej populacji godnej, i wolnej od cierpień starości. Ma to wielkie znaczenie nie tylko humanitarne ale i ekonomiczne, bo zmniejsza obciążenie służby zdrowia.

"Lekarze są zdania, że wszystko, co może pomóc zwalczyć chorobę i wydłużyć życie, jest bezdyskusyjnie dobre. Strach przed śmiercią to jedna z najgłębiej zakorzenionych i najtrwalszych ludzkich emocji, jest więc zrozumiałe, że powinniśmy cieszyć się z każdego postępu techniki medycznej, który zdaje się tę śmierć odsuwać. Ludzie martwią się jednak również o jakość swojego życia, nie tylko o jego długość. Idealem byłoby, gdybyśmy nie tylko żyli dłużej, ale również nasze zdolności opuszczały nas na tak krótko przed nadejściem śmierci, jak to tylko możliwe - abyśmy nie musieli pod koniec życia doświadczać niedołęstwa. O ile wiele osiągnięć medycyny poprawiło jakość życia starszych ludzi, o tyle sporo innych miało przeciwny skutek, przedłużając jedynie pewien aspekt życia i zwiększając zależność osób w podeszłym wieku od reszty społeczeństwa" (z raportu PZH). Na plan pierwszy wysuwa się obecnie długość trwania życia w zdrowiu co staje się jednym z ważniejszych mierników zdrowia.

Cierpliwie i usilnie budować system pozytywnych wartości

Strategiczną i wielką powinnością reformatorów jest budowanie silnie utrwalonego, pozytywnego systemu wartości, który rozwija i umacnia pozytywne postawy i zachowania jednostkowe, zgodnie z zasadą, że niewłaściwe poglądy i zachowania są karane społeczną dezaprobatą, co jest znacznie skuteczniejszym środkiem wychowawczym niż najbardziej rygorystyczny system karny, o czym świadczy zupełna niemal nieskuteczność wychowawcza naszego systemu penitencjarnego, opartego o zasadę kary i eliminowania. Tak więc najlepszą drogą jest mozolne, cierpliwe i długofalowe działanie - budowanie systemu wartości opartego o fundamentalną regułę "opłacalności", kiedy opłaca się być dobrym a nie opłaca się postępowanie naganne.

W krzewieniu kultury zdrowotnej i fizycznej mamy do czynienia jednocześnie z dwoma wielkimi procesami : Z jednej strony narasta nasza wiedza o jedynie skutecznej roli aktywności ruchowej w utrzymywaniu i pomnażaniu zdrowia a jednocześnie powiększa się nasza nieumiejętność

praktycznego wykorzystania tej wiedzy dla naszego dobra. I tak naprawdę dlaczego tak jest nie wiemy. **Wiemy co należy robić, ale nie wiemy, albo wiemy bardzo mało o tym, jak to zrobić.**

Jest tylko jedna droga, na której można skutecznie przeciwstawiać się owym destrukcyjnym procesom. Tą drogą jest wiedza zdobywana przez wszystkich, uparczywie, z sięganiem po najnowsze idee i fakty naukowe. Zdobywanie wiedzy, traktowane jako najwyższa szansa każdego z nas, i szansa nas jako całości - państwa i społeczeństwa, pozwoliłaby na stopniową zmianę systemu wartości, o które warto ubiegać się, z wartości wertykalnych (mam coraz więcej bogactwa i władzy) na system wartości horyzontalnych (coraz więcej wiem i rozumiem). W rozumnym zaś społeczeństwie poglądy racjonalne, choć często wiodące drogami trudnymi, dają rzeczywiste szanse na sukces i awans cywilizacyjny.

Ludzkość jako całość wchodzi w taki etap swego rozwoju, w którym gwałtownie zmniejsza się udział czynnika fizycznego (ruchu, wysiłku, pracy fizycznej). Pojawiające się różne problemy zdrowotne, choroby i dolegliwości, w znacznej mierze powstające w wyniku owej hipokinezji, staramy się łagodzić i rozwiązywać przy pomocy coraz bardziej wyrafinowanej techniki farmaceutycznej i medycyny naprawczej a niedostatki ruchowe staramy się łagodzić różnego rodzaju gadżetami. Takie postępowanie zastępcze, ersatz i namiastka pcha nas jednak w błędny zaulek

Lider3000@poczta.onet.pl

www.lider.szs.pl

Zbigniew Cendrowski

Redaktor Naczelny

POLSKA AKADEMIA NAUK

WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH KOMITET REHABILITACJI, KULTURY FIZYCZNEJ I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

51-612 Wrocław, al. Ignacego Jana Paderewskiego 35, tel. (+48 71) 3473080, 3473522

Akademia Wychowania Fizycznego

Wydział Fizjoterapii

fax. (+48 71) 3473081

e-mail: marek.wozniewski@awf.wroc.pl

Wrocław, dnia 24 kwietnia 2015 roku

Stanowisko

Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN w sprawie trybu prac nad projektem ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektem Narodowego Programu Zdrowia

Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk wyraża głębokie zaniepokojenie brakiem przedstawicieli środowiska kultury fizycznej w zespołach pracujących nad projektem ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektem Narodowego Programu Zdrowia oraz pominięciem instytucji związanych z kulturą fizyczną wśród opiniujących oba projekty.

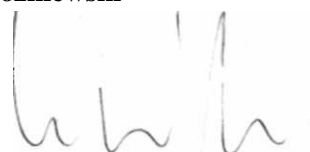
Jednym z podstawowych warunków zdrowia jest optymalna aktywność fizyczna, której niedostatek jest wymieniany wśród głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Niestety sytuacja w Polsce w tym zakresie jest bardzo niekorzystna, bowiem według wyników badań CBOS z 2012 roku [Komunikat z badań..., 2012] aż 61% badanych przyznaje, że nigdy lub prawie nigdy nie uprawia ćwiczeń fizycznych, a niemal połowa badanych (47%) stroni od takich aktywności.

Rozwój i propagowanie różnych form aktywności fizycznej uwzględniane jest jako jeden z głównych celów w programach wdrażanych przez międzynarodowe i krajowe instytucje [Wytyczne UE...2008]. Konieczność promowania zdrowia poprzez zachęcanie do aktywności fizycznej dostrzegła już kilka lat temu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przyjmując w maju 2004 roku „Globalną Strategię dotyczącą diety, aktywności fizycznej i zdrowia” [Globalna strategia...2004]. Wiele miejsca tej problematyce poświęca się także w dokumentach i inicjatywach podejmowanych przez Unię Europejską między innymi w Białej Księdze z dnia 30 maja 2007 roku „Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” [Biała Księga, 2007].

Powyższe dokumenty potwierdzają znaczenie jakie ma aktywność fizyczna w kształtowaniu i zachowaniu zdrowia, wobec czego brak przedstawicieli zajmujących się profesjonalnie tymi zagadnieniami w przygotowaniu projektu ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektu Narodowego Programu Zdrowia jest poważnym niedopatrzeniem, które może być niekorzystne dla obu dokumentów.

W związku z tym Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk postuluje włączenie do prac nad projektem ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektem Narodowego Programu Zdrowia przedstawicieli środowiska kultury fizycznej oraz uwzględnienie instytucji związanych tą dziedziną wśród opiniujących projekty obu dokumentów.

Prof. dr hab. Marek Woźniewski



Przewodniczący Komitetu Rehabilitacji,
Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej
Polskiej Akademii Nauk

Prawie wszystko o Narodowych Programach Zdrowia

Część informacji pochodzi z opracowań zamieszczonych w Popularnym Słowniku Zdrowego Stylu Życia z portalu www.lider.szs.pl w tym z opracowań dr J.B.Karskiego

I. Narodowy Program Zdrowia

Polityka zdrowotna wyrażana przez kolejne wersje NPZ ma bardzo bogatą historię i obfitą literaturę. Wiele materiałów z tego zakresu już publikowaliśmy na łamach naszego portalu www.lider.szs.pl i w miesięczniku Lider.

Obecnie w związku z intensywnymi pracami nad Ustawą o Zdrowiu Publicznym i kolejną wersją Narodowego Programu Zdrowia (wstępnie przewiduje się, że obejmie on **okres lat 2016-2020**) warto przypomnieć **niektóre dokumenty obrazujące dotychczasową historię : jak powstawały NPZ-y, jaki miały wpływ na politykę zdrowotną a w szczególności jak sytuowano w nich problematykę kultury fizycznej.**

W niniejszym pakiecie przypominamy :

- **Kilka wybranych dokumentów powstających z udziałem społeczności międzynarodowej z inspiracji WHO i Unii Europejskiej. (Dalsze dokumenty z tego zakresu będziemy publikować w kolejnych numerach Lidera i na naszym portalu)**
- Zestawienie fragmentów kolejnych Narodowych Programów Zdrowia w latach 1996 - 2015 oraz projektu NPZ na kolejny okres 2016 –2020. Wybrane fragmenty dotyczą bezpośrednio interesującej nas problematyki : miejsca i roli wyznaczonej kulturze fizycznej w tych programach.
- Pełne teksty NPZ 1996-2005, 2006-2015 i 2016 – 2020 (projekt)

W obecnie obowiązującym NPZ do roku 2015 zapisano m.in.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szansę na skuteczniejszą realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ jest włączenie się do ich realizacji organów administracji

rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli.

W odpowiedzi na strategię Światowej Organizacji Zdrowia „*Zdrowie dla wszystkich w roku 2000*” opracowano Narodowy Program Zdrowia. Była to pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych oraz **społeczności lokalnych w celu** ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia Polaków. Zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły za sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, lecz także zagrożenia dla zdrowia wielu grup społecznych. W związku z tym modyfikowano Narodowy Program Zdrowia. Kolejno w latach 1993, 1996, 2002 i 2006 r. powstały dokumenty strategiczne mające na celu harmonijny rozwój regionalny i skuteczną absorpcję środków wspólnotowych. W czerwcu 2005 r. Rada Ministrów przyjęła przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia Strategię Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013, której integralną częścią jest obowiązujący obecnie Narodowy Program Zdrowia przygotowany na lata 2007 – 2015. W wersji tej nawiązywano do :

- Światowej Deklaracji Zdrowia;
- Strategii Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku;
- Założeń programu Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego,
- Nowej strategii zdrowia publicznego zaproponowanej przez Komisję Europejską wyrażonej w wystąpieniach programowych komisarzy ds. zdrowia i konsumentów UE: Davida Byrne'a i Markosa Kyprianou, projektu *Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającej wspólnotowy program w dziedzinie zdrowia na lata 2007 – 2013*.

U podstaw koncepcji *Narodowego Programu Zdrowia* leżą definicja zawarta w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która określa zdrowie jako „**stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności**” oraz przyjęte międzynarodowe ustalenia, że „**zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa**”

Zapewne obecnie powstająca wersja NPZ na lata 2016 – 2020 – (pierwszy projekt jest obecnie procedowany) podtrzyma odwołanie się do tych źródeł a także uwzględni nowe wyzwania.

Zobaczmy.

II. U źródeł Narodowego Programu Zdrowia . Konferencje, deklaracje (Tu przypominamy tylko niektóre ważniejsze dokumenty – dalsze będziemy publikować w kolejnych numerach Lidera i na naszym portalu www.lider.szs.pl)

AŁMA ATA 1978

W dniach 6 - 12 września 1978 roku w Ałma-Ata (b. ZSRR) odbyło się Światowe Zgromadzenie Zdrowia, w czasie którego stwierdzono, że stan zdrowia ludzi na Ziemi jest zły i ulega stałemu pogorszeniu. W związku z tym, w „Deklaracji z Ałma-Ata” (patrz poniżej) stwierdzono, że konieczne jest niezwłoczne podjęcie przez wszystkie rządy, osoby odpowiedzialne za sprawy zdrowia oraz społeczność międzynarodową działań mających na celu ochronę i promocję zdrowia wszystkich ludzi na świecie. W deklaracji stwierdza się, że zdrowie jest podstawowym prawem człowieka, a uzyskanie najwyższego możliwego do osiągnięcia poziomu zdrowia jest najważniejszym celem społecznym w skali świata, którego realizacja wymaga działań także innych sektorów społecznych i ekonomicznych poza sektorem zdrowia. Nierówność w stanie zdrowia ludzi szczególnie pomiędzy krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się, a także wewnątrz tych krajów jest politycznie, społecznie i gospodarczo nie do przyjęcia i dlatego wymaga działań ze strony wszystkich krajów. Ludzie mają prawo i obowiązek uczestniczyć indywidualnie i w zespołach w planowaniu i wdrażaniu opieki nad ich zdrowiem. Rządy są odpowiedzialne za zdrowie ich obywateli i dlatego są zobowiązane do podejmowania odpowiednich działań społecznych i prozdrowotnych. Wszystkie i wszystkich działania powinny doprowadzić do tego aby do 2000 roku stan zdrowia wszystkich ludzi pozwalał na życie produktywnie pod względem społecznym i ekonomicznym. Podstawową opiekę zdrowotną należy uznać za klucz do uzyskania powyższych

celów. Podstawowa opieka zdrowotna podejmuje m. in. działania promocyjne, zapobiegawcze, lecznicze i rehabilitacyjne ukierunkowane na główne problemy zdrowotne, prowadzi edukację zdrowotną, promuje zdrowe żywienie, poprawę warunków sanitarnych i odpowiednie zaopatrzenie w wodę, rozwija opiekę nad matką i dzieckiem łącznie z planowaniem rodziny oraz prowadzi akcje szczepień przeciw chorobom zakaźnym. Z tych i innych względów rządy winny sformułować krajowe plany, strategie i polityki zdrowotne włączające podstawową opiekę zdrowotną w całościowy system opieki zdrowotnej oraz zmobilizować i zapewnić odpowiednie jego finansowanie. Uzyskanie zdrowia dla wszystkich do 2000 roku będzie możliwe poprzez pełniejsze i lepsze wykorzystanie światowych zasobów, które są na przykład pochłaniane przez zbrojenia i konflikty zbrojne.

Tekst Deklaracji z Alma-Ata

(Przyjęta przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia poświęcone Podstawowej Opiece Zdrowotnej Alma-Ata, 6-12 września 1978 roku

Sponsorzy: Światowa Organizacja Zdrowia I Fundusz Pomocy Dzieciom Narodów Zjednoczonych

Światowe Zgromadzenie Zdrowia poświęcone Podstawowej Opiece Zdrowotnej odbywające się w Alma-Ata, w dniu dwunastym września tysiąc dziewięćset siedemdziesiątego ósmego roku, wyrażając potrzebę pilnego działania poprzez wszystkie rządy, wszystkich pracowników z dziedziny ochrony zdrowia i rozwoju, a także światową społeczność, w celu ochrony i promocji zdrowia wszystkich ludzi świata, niniejszym składa następującą Deklarację:

I. Zgromadzenie zdecydowanie potwierdza, że zdrowie, które jest pozytywnym w pełni stanem fizycznym, umysłowym i społecznym, a nie tylko nieobecnością choroby lub niepełnosprawności, stanowi podstawowe prawo człowieka oraz że uzyskanie najwyższego poziomu zdrowia jakie jest tylko możliwe jest najważniejszym celem społecznym w skali światowej, którego realizacja wymaga działań wielu innych sektorów społecznych i gospodarczych oprócz sektora zdrowia.

II. Istniejące znaczne różnice w stanie zdrowia, szczególnie pomiędzy krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się, a także wewnątrz krajów co jest nie do przyjęcia z politycznego, społecznego i ekonomicznego punktu widzenia i dlatego stanowią zagrożenie do podjęcia przez wszystkie kraje.

III. Rozwój ekonomiczny i społeczny, oparty na Nowym Międzynarodowym Porządku Ekonomicznym ma podstawowe znaczenie dla uzyskania jak najpełniejszego zdrowia dla wszystkich i dla redukcji luki pomiędzy stanem zdrowia ludzi w krajach rozwijających się i rozwiniętych. Promocja i ochrona zdrowia ludzi jest podstawą zrównoważonego ekonomicznego i społecznego rozwoju i ma znaczenie dla poprawy jakości życia i pokoju na świecie.

IV. Ludzie mają prawo i obowiązek uczestniczyć jako jednostki i w grupach w planowaniu i wdrażaniu ich opieki zdrowotnej.

V. Rządy są odpowiedzialne za zdrowie ich obywateli, która może być spełniona tylko poprzez zapewnienie odpowiedniego zdrowia i przedsięwzięć socjalnych. Głównym społecznym zadaniem rządów, organizacji międzynarodowych i całej światowej społeczności w nadchodzących dekadach powinno być uzyskanie przez wszystkich ludzi świata do roku 2000 poziomu zdrowia jaki pozwoli im prowadzić społecznie i ekonomicznie produktywnie życie. Podstawowa opieka zdrowotna jest kluczem do uzyskania tego celu jako części rozwoju w duchu społecznej sprawiedliwości.

VI. Podstawowa opieka zdrowotna jest zasadniczą opieką nad zdrowiem opartą na praktycznych, naukowo popartych i społecznie akceptowalnych metodach i technologiach zapewniających powszechną dostępność jednostkom i rodzinom w kraju poprzez ich pełny udział i po kosztach jakim społeczeństwo i państwo może poddać aby utrzymać na każdym etapie ich rozwoju w duchu niezależności i samookreślenia. Stanowi to integralną część zarówno krajowego systemu opieki zdrowotnej, którego główną funkcją jest i głównym kierunkiem działania jak i całościowego rozwoju społecznego i gospodarczego danego społeczeństwa. Jest to pierwszy poziom kontaktu jednostek, rodzin i społeczności lokalnej z krajowym systemem opieki zdrowotnej będącym tak blisko jak tylko

możliwe miejsc gdzie ludzie żyją i pracują i stanowi pierwszy element stałego procesu opieki zdrowotnej.

VII. Podstawowa opieka zdrowotna:

1. odzwierciedla i wypływa z warunków ekonomicznych oraz społeczno-kulturowych i politycznych cech kraju i jego społeczeństwa oraz jest oparta na uzyskaniu odpowiednich wyników świadczeń socjalnych, biomedycznych i zdrowotnych oraz nauki i doświadczeniu zdrowia publicznego;
2. jest ukierunkowana na główne problemy zdrowotne w społeczeństwie, dostarczając świadczenia promocyjne, prewencyjne, lecznicze i rehabilitacyjne;
3. składa się przynajmniej z: edukacji dotyczącej najczęstszych problemów zdrowotnych i ich zwalczania; promocji zaopatrzenia w żywność i właściwego odżywiania; odpowiedniego zaopatrzenia w bezpieczną wodę i podstawowe warunki sanitarne; opieki nad zdrowie matki i dziecka, łącznie z planowaniem rodziny; szczepień przeciw głównym chorobom zakaźnym; zapobiegania i zwalczania występujących lokalnie chorób endemicznych; właściwego leczenia powszechnych chorób i urazów; oraz dostarczania podstawowych leków;
4. angażuje, oprócz sektora zdrowia, wszystkie odpowiednie sektora i aspekty państwowego i społecznego rozwoju, a w szczególności rolnictwo, hodowle zwierząt, produkcję żywności, przemysł, edukację, mieszkalnictwo, prace publiczne, komunikację i inne sektory; oraz domaga się skoordynowanych wysiłków tych wszystkich sektorów;
5. wymaga i promuje maksymalną społeczną i indywidualną niezależność i uczestnictwo w planowaniu, organizacji, działaniu i kontroli podstawowej opieki zdrowotnej korzystają w jak najszerszym zakresie z lokalnych, krajowych i innych osiągalnych zasobów; i dla tego celu rozwija odpowiednią edukację w zakresie zdolności uczestnictwa społeczeństwa w tych działaniach;
6. powinna być rozwijana przez zintegrowane, funkcjonalne i wzajemnie się wspierające systemy referencyjne, prowadząc do stałej poprawy całościowego zdrowia dla wszystkich oraz dając pierwszeństwo tym, którzy są w największej potrzebie;
7. polega na lokalnym i referencyjnym poziomach, na pracownikach opieki zdrowotnej włączając lekarzy, pielęgniarki, położne, personel pomocniczy i pracowników socjalnych tam gdzie zachodzi potrzeba, a także uzdrowiaczy tradycyjnych jeśli trzeba, lecz odpowiednio przygotowanych społecznie i technicznie aby działać jako zespół opieki zdrowotnej i odpowiadać wyrażonym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa.

VIII Wszystkie rządy powinny opracować plany, strategie i polityki krajowe aby ustanowić i rozpocząć funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej jako części całościowego krajowego systemu opieki zdrowotnej i w koordynacji z innymi sektorami. Z tego powodu, niezbędne będzie wyzwolenie woli politycznej w celu zmobilizowania krajowych zasobów i racjonalnego spożytkowania osiągalnych środków.

IX. Wszystkie kraje powinny współpracować w duchu partnerstwa i postępować tak aby zapewnić podstawową opiekę zdrowotną dla wszystkich ludzi gdyż cieszenie się zdrowie przez ludzi w każdym kraju bezpośrednio ma związek i daje korzyści każdemu innemu krajowi. W tym kontekście połączony raport WHO/NICEF na temat podstawowej opieki zdrowotnej stwarza mocną podstawę dla dalszego rozwoju i działania podstawowej opieki zdrowotnej na całym świecie.

X. Możliwy do przyjęcia poziom zdrowia dla wszystkich ludzi świata do 2000 roku może być uzyskany poprzez pełniejsze i lepsze spożytkowanie światowych zasobów, których znaczna ilość jest obecnie przeznaczona na uzbrojenie i konflikty militarne. Rzeczywista polityka niepodległości, pokoju, porozumienia i rozbrojenia mogłaby i powinna uwolnić dodatkowe środki jakie z powodzeniem mogłyby być przeznaczone na cele pokojowe, a w szczególności na przyspieszenie społecznego i gospodarczego rozwoju, w których podstawowa opieka zdrowotna jako zasadnicza strona, powinna mieć w tym udział.

Światowe Zgromadzenie Zdrowia poświęcone Podstawowej Opieki Zdrowotnej wzywa do pilnych i skutecznych krajowych i międzynarodowych działań na rzecz rozwoju i wdrażania podstawowej opieki zdrowotnej na całym świecie, a szczególnie w krajach rozwijających się w duchu technicznej współpracy i w zgodzie z Nowym Międzynarodowym Ładem Gospodarczym. Ponagla to rządy,

WHO i UNICEF, a także inne organizacje międzynarodowe, wraz z dwustronnymi i wielostronnymi agencjami, organizacjami pozarządowymi, agencjami finansującymi, wszystkimi pracownikami ochrony zdrowia i całą społecznością świata aby wesprzeć krajowe i międzynarodowe zaangażowanie w podstawową opiekę zdrowotną i ukierunkowanie wzrastającego technicznego i finansowego wsparcia w tym zakresie, szczególnie w krajach rozwijających się. Konferencja wzywa wszystkich wymienionych powyżej do współpracy we wdrażaniu, rozwijaniu i utrzymywaniu podstawowej opieki zdrowotnej w zgodności z duchem i treścią tej Deklaracji.

DEKLARACJA Z DŹAKARTY - 1997

Czwarta Międzynarodowa Konferencja na temat Promocji Zdrowia odbyła się w Dżakarcie (Indonezja, 1997). Została ona zorganizowana pod hasłem „*New Players for a New Era: Leading Health Promotion in the 21-st Century*”. Deklaracja uchwalona na zakończenie Konferencji oferuje wizję promocji zdrowia i skupia się na wprowadzeniu jej w następne stulecie.

Jak potwierdzono w toku obrad, zmieniające się uwarunkowania zdrowia stanowią nowe wyzwania dla promocji zdrowia. Warunkami wstępnymi dla zdrowia są pokój, schronienie, edukacja, bezpieczeństwo socjalne, stosunki społeczne, zasoby żywnościowe, dochody, wzmacnianie roli kobiet, równowaga ekosystemu, zrównoważone użytkowanie zasobów, sprawiedliwość społeczna, respektowanie praw człowieka i równości wobec tych praw. Spośród wszystkich zagrożeń zdrowia ubóstwo jest zagrożeniem największym. Trendy demograficzne, takie jak urbanizacja, wzrost liczby ludzi starszych i rozpowszechnienie chorób przewlekłych, niechęć do zmian tradycyjnych zachowań zdrowotnych, odporność na antybiotyki i inne powszechnie dostępne leki, nadużywanie leków oraz nasilenie aktów przemocy w miejscach publicznych i miejscach zamieszkania, zagrażają zdrowiu i dobremu samopoczuciu setek milionów ludzi.

Badania naukowe i obserwacje indywidualne prowadzone na całym świecie dostarczają przekonujących dowodów, że działania promocji zdrowia przynoszą efekty. Strategie promocji zdrowia rozwijają i zmieniają styl życia, a także warunki społeczne, ekonomiczne i środowiskowe, które warunkują zdrowie. Promocja zdrowia jest praktycznym podejściem w wyrównywaniu różnic w zdrowiu.

Deklaracja określa następujące priorytety dla promocji zdrowia w XXI wieku:

(1) *Nadawanie znaczenia społecznej odpowiedzialności za zdrowie, co oznacza, że decydenci muszą poczuwać się do społecznej odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa. Zarówno sektor publiczny, jak i prywatny, powinny promować zdrowie, zgodnie z następującymi kierunkami:*

- (a) unikać działań szkodliwych dla zdrowia ludzi;
- (b) chronić środowisko i zapewnić zrównoważone korzystanie z zasobów;
- (c) ograniczyć produkcję i handel szkodliwymi produktami i substancjami takimi, jak np. tytoń i broń, a także ograniczyć niekorzystne dla zdrowia praktyki marketingowe;
- (d) zapewnić bezpieczeństwo obywateli na rynku pracy, a także chronić jednostki w miejscu pracy;
- (e) wprowadzić oceny czynników warunkujących równość w zdrowiu - traktując je jako integralne części rozwijanej polityki rozwoju.

(2) *Zwiększanie inwestycji dla poprawy zdrowia, co oznacza wzrost inwestowania w zdrowie i wymaga rzeczywistego wielosektorowego podejścia oraz przeznaczania dodatkowych środków nie tylko na sektor ochrony zdrowia, ale również na edukację i mieszkalnictwo. Inwestowanie w zdrowie powinno odpowiadać potrzebom określonych grup społecznych, takich jak kobiety, dzieci, ludzie starsi, rdzenni mieszkańcy, ubogie i traktowane marginesowo populacje.*

(3) *Konsolidowanie i rozszerzanie partnerstwa dla zdrowia, co oznacza konieczność społecznego zaangażowania i współpracy między sektorami na różnych poziomach społecznych i poziomach zarządzania. Istniejące partnerstwo wymaga wzmocnienia i pozyskania nowych sojuszników. Każde partnerstwo musi być jasno określone oraz oparte na wzajemnym zrozumieniu, szacunku, etyce i uzgodnionych zasadach współpracy.*

(4) **Zwiększanie możliwości oddziaływania społeczności lokalnej i wzmacnianie jednostek, co oznacza realizację promocji zdrowia przez ludzi i razem z ludźmi, a nie kierowania jej na ludzi lub do ludzi. Zwiększa to zarówno możliwości podejmowania działań przez jednostki, jak i wpływ grup społecznych, organizacji i społeczności lokalnych na uwarunkowania zdrowotne;**

(5) **Zapewnianie infrastruktury dla promocji zdrowia, co oznacza konieczność wyłonienia nowych mechanizmów lokalnego, krajowego i globalnego finansowania. Należy poszukiwać bodźców zachęcających do działań administracji państwowej, organizacji pozarządowych, instytucji oświatowych i sektora prywatnego. "Siedliska dla zdrowia" stanowią organizacyjną bazę infrastruktury niezbędnych dla promocji zdrowia. Wszystkie kraje winny tworzyć odpowiednie środowisko polityczne, podłoże prawne, systemy edukacyjne, społeczne i ekonomiczne niezbędne do wspierania i rozwijania promocji zdrowia.**

ŚWIATOWA DEKLARACJA ZDROWIA -1998

Światowa Deklaracja Zdrowia przyjęta przez światową społeczność zajmującą się problematyką zdrowotną na XXXI Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 roku. Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionu Europejskiego Kopenhaga:

I. My, Państwa Członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ), potwierdzamy nasze poparcie dla zasady zawartej jej Konstytucji, że cieszenie się najwyższym możliwym do uzyskania standardem zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej; i aby tak się stało potwierdzamy godność i wartość każdego człowieka i równe jego prawa, jednakowe obowiązki oraz współdziałanie wszystkich w zakresie odpowiedzialności za zdrowie.

II. Uznajemy, że poprawa zdrowia i samopoczucia ludzi jest najwyższym celem rozwoju społecznego i ekonomicznego. W naszej strategii popieramy etyczne koncepcje równości, solidarności i sprawiedliwości społecznej oraz równouprawnienie obu płci. Podkreślamy istotną wagę dążenia do zmniejszenia nierówności społecznej i ekonomicznej w celu poprawy zdrowia całej populacji. Dlatego, za konieczne uważamy poświęcenie możliwie największej uwagi tym, którzy są w największej potrzebie, obciążonych chorobami, uzyskujących nieodpowiednie świadczenia zdrowotne lub dotkniętych ubóstwem. Potwierdzamy naszą wolę promowania zdrowia poprzez ukierunkowanie na podstawowe uwarunkowania zdrowia. Potwierdzamy, że zmiany w światowej sytuacji zdrowotnej wymagają od nas nadania większej skuteczności „Polityce zdrowia dla wszystkich w XXI wieku” poprzez odpowiednie krajowe i regionalne polityki zdrowotne i strategie.

III. Zobowiązujemy się ponownie do odpowiedniego zreformowania, adoptowania i poprawy funkcjonowania naszych systemów opieki zdrowotnej, łącznie z zakresem podstawowych świadczeń i zadań zdrowia publicznego, w celu zapewnienia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, które są zgodne ze współczesnymi osiągnięciami naukowymi i zapewniają dobrą jakość i znajdują się w możliwych do osiągnięcia granicach oraz są możliwe do utrzymania w przyszłości. Chcemy zapewnić dostępność podstawowej opieki zdrowotnej jak zostało to określone w deklaracji z ALMA - ATA oraz przedstawionej w ramach nowej polityki zdrowotnej. Będziemy kontynuować doskonalenie systemów opieki zdrowotnej, aby sprostać obecnym i przyszłym uwarunkowaniom zdrowotnym, realiom społeczno-ekonomicznym oraz potrzebom ludzi, społeczności lokalnych i krajów, których to dotyczy, poprzez odpowiednie ukierunkowanie działań publicznych i prywatnych oraz poprzez inwestowanie w zdrowie.

IV. Potwierdzamy, że podejmując działania na rzecz zdrowia dla wszystkich, wszystkie kraje, społeczności lokalne, rodziny i jednostki są niezależne. Jako społeczności krajowe będziemy działać razem, aby przeciw-działać zagrożeniom zdrowotnym i promować powszechnie dobre samopoczucie.

V. My, Państwa Członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia niniejszym postanawiamy promować i popierać prawa i zasady, działania i obowiązki przedstawione w tej Deklaracji poprzez zgodne działania, pełne uczestnictwo i partnerstwo, nawołując ludzi i instytucje do uczestniczenia w realizacji wizji zdrowia dla wszystkich w XXI wieku oraz dążyć wspólnie do wykonania tego zadania.

PROMOCJA ZDROWIA W UE (Problematyka promocji zdrowia w krajach Unii Europejskiej)

Pomimo znacznych osiągnięć państw Unii Europejskiej w dziedzinie opieki zdrowotnej, uzyskania wysokiej średniej długości życia (*life expectancy*) [dla kobiet - ponad 80 lat i mężczyzn - 74 lata], wskaźnika umieralności niemowląt mniejszego niż 10 na 1000 urodzeń żywych oraz umieralności okołoporodowej matek około 7 na 100 tys. urodzeń żywych - 7 spośród 10 zgonów spowodowane jest chorobami układu sercowo-naczyniowego i nowotworami, powstają nowe zagrożenia ze strony gruźlicy, HIV/AIDS, „ptasiej grypy”, gorączki Ebola, SARS, infekcji pokarmowych itp. Nadal utrzymuje się nierówność w stanie zdrowia i wzrasta liczba osób cierpiących na różnego rodzaju procesy zwyrodnieniowe kości i stawów, mięśni itp.

W państwach Unii Europejskiej wydatki na opiekę zdrowotną stanowią 5-10 %, a w związku ze spodziewanymi zmianami demograficznymi w ciągu najbliższych 30 lat wydatki na opiekę zdrowotną muszą wzrosnąć o dalsze 1-3% PKB. Sprzęt i nowe technologie pochłaniają coraz większe kwoty, co między innymi wymusza poprawę w sferze zarządzania opieką zdrowotną i zapewnieniu jakości opieki i oceny technologii medycznych. Ponadto, opieka zdrowotna stoi wobec wyzwań wynikających z bezrobocia i internacjonalizacji problemów zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę powyższe fakty, Unia Europejska z początkiem lat 90. postanowiła zdecydowanie zwrócić więcej uwagi na problematykę zdrowotną we Wspólnocie Europejskiej. Sprawy zdrowia zostały początkowo uwzględnione w **Traktacie z Maastricht**, (1992), szczególnie w artykule 129 i po poddaniu rewizji rozszerzone w roku 1996, a następnie w **Traktacie z Amsterdamu** (1997), szczególnie w artykule 152.

Postanowiono podjąć przede wszystkim działania w trzech kierunkach:

- (1) usprawnienie systemu informacji niezbędnego dla rozwoju działań w dziedzinie zdrowia publicznego, który w szczególności będzie dotyczył stanu zdrowia oraz działań związanych z reformowaniem opieki zdrowotnej.
- (2) natychmiastowe reagowanie na powstałe lub przewidywane zagrożenia zdrowotne;
- (3) podążanie za zmianami uwarunkowań zdrowotnych dla potrzeb promocji zdrowia w celu opracowywania i wdrażania określonych programów promocji zdrowia ze szczególnym zwróceniem uwagi na proces starzenia się, zaburzenia psychiczne, odżywianie i otyłość, choroby układu sercowo-naczyniowego, „wykluczane” grupy społeczne, obywatelskie prawo do zdrowia, problemami zdrowotnymi nowo-przystępujących państw do Unii Europejskiej.

Od połowy lat 90., Unia Europejska wprowadza odpowiednie programy w celu uzyskania poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa. Wśród nich programy w zakresie zdrowia publicznego dotyczące: nowotworów złośliwych (1995-1999); AIDS i chorób zakaźnych (1996-2000); uzależnień lekowych (1996-2000); promocji zdrowia (1995-1999), monitoringu zdrowia (1997-2001), a od 1999 roku przewidziano rozpoczęcie realizację programów dotyczących wypadków i urazów (1999-2003); chorób występujących rzadko tj. <5/10 000 (1999-2003) oraz chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska (1999-2003).

Przewidziano określone finansowanie (ECU 35 000 000: 1995-1999) następujących działań w zakresie promocji zdrowia:

- (1) informacji zdrowotnej,
- (2) edukacji zdrowotnej społeczeństwa i
- (3) szkolenia personelu medycznego,

(4) szkolenia dziennikarzy, nauczycieli, pracodawców i związkowców w dziedzinie promocji zdrowia z naciskiem na zdrowy styl życia (dieta, palenie papierosów, aktywność fizyczną itp.) i inne wybrane zagadnienia promocji zdrowia, a także

(5) wczesnego wykrywania zagrożeń zdrowotnych (*screening*) oraz

(6) procesu wdrażania, wspomagania i oceny jakości i skuteczności programów promocji zdrowia. Promocje zdrowia traktuje się jako całość składającą się z trzech kierunków działania: edukacji zdrowotnej, zapobiegania chorobom i lokalnej polityki zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna (*health education*) stanowi podstawowy element promocji zdrowia i ma prowadzić do zapoznania się z celami działań na rzecz zdrowia pozytywnego oraz zapobiegania utracie zdrowia poprzez wpływ na zachowania osobnicze, postawy i wykazanie korzyści płynących z zachowania zdrowia. Tradycyjna edukacja zdrowotna dostarczała wiedzy, dążyła do zmiany postaw oraz zmiany zachowań. Podejście nowe polega nie tylko na dostarczaniu wiedzy lecz także na uczestniczeniu we wspólnym działaniu, dwukierunkowym porozumiewaniu się oraz na podkreślanu znaczenia czynników społecznych, ekonomicznych, fizycznych i politycznych, których podstawą jest dokonywanie wolnego wyboru. Edukacja zdrowotna ma dostarczać informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmacniać działania na rzecz zdrowia, przekonywać oraz zapewnić wpływ na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej.

Zapobieganie chorobom (*disease prevention*) może się odbywać na trzech poziomach i określa się je jako profilaktyka pierwotna, wtórna i trzeciego stopnia. Profilaktyka pierwotna (*primary preventiorz*) polega na zapobieganiu powstawaniu chorób poprzez zmiany środowiska w jakim człowiek przebywa; zmianę stanu zdrowia gospodarza oraz zmianę zachowań z niszczących na wspierające zdrowie. **Profilaktyka wtórna** (*secondary prevention*) polega na wstrzymywaniu powstawania i rozwoju choroby poprzez wczesne wykrywanie i diagnozowanie (*screening*) oraz **natychmiastowe i skuteczne leczenie**. Natomiast **profilaktyka trzeciego stopnia** (*ternary prevention*) polega za minimalizacji powikłań i niepełnosprawności jakie mogą powstać w wyniku choroby poprzez wczesną i wystarczająco długą rehabilitację oraz poprzez dbałość o zapewnienie właściwej jakości życia.

Lokalna polityka zdrowotna (*health protection*) oznacza zbiór działań, w tym głównie politykę zdrowotną, która ma wpływać na ułatwianie dokonywania indywidualnego wyboru lepszego z punktu widzenia poprawy i zachowania zdrowia, na dokonywanie zmian w środowisku życia, nauki i pracy, zmian w zakresie indywidualnego ryzyka zdrowotnego i odporności na czynniki szkodliwe dla zdrowia oraz na rozwijanie technologii nie szkodliwych dla zdrowia. Wymienione cele lokalnej polityki zdrowotnej powinny opierać się na określonych mechanizmach, do których należy zaliczyć: ustanawianie prawa i wspierających zdrowie przepisów fiskalnych, ustalanie zasad tworzenia polityki ukierunkowanej na zdrowie pozytywne i zapobieganie chorobom. Do przeszkód w dziedzinie kształtowania lokalnej polityki zdrowotnej zaliczyć należy zaniedbania lub nie branie w ogóle pod uwagę znaczenia innych elementów polityki społecznej dla spraw zdrowia, sprzeczności interesów (np. dochody ze sprzedaży papierosów) oraz nienaruszalnych praw rolniczej produkcji żywności i używek. Lokalna polityka zdrowotna powinna być bieżna z polityką i programami krajowymi, regionalnymi i międzynarodowymi, jednak musi uwzględniać przede wszystkim potrzeby i możliwości lokalne. Powiązanie tej polityki z polityką i programami „wyższego rzędu” może i powinno wspomagać finansowanie lokalne

III. Wybrane poniżej fragmenty dotyczące kultury fizycznej z trzech Narodowych Programów Zdrowia w latach 1996 – 2006, 2007 – 2015 oraz projektu na lata 2016-2020. Oczywiście wypisy te nie dają pełnego obrazu co do tego jakie miejsce wyznaczano w nich dla aktywności fizycznej ale mogą stanowić dobry wstęp do bardziej szczegółowych analiz. Aby w pełni odczytać te zamiary należy przestudiować pełne teksty programów, które zamieszczamy w dalszej części numeru.

NPZ na lata 1996 –2006

Fragmenty odnoszące się do kultury fizycznej)

1. GŁÓWNE ZAGROŻENIA ZDROWIA

Wadliwy styl życia

Styl życia i zachowania zdrowotne determinują w największym stopniu stan zdrowia ludności. W Polsce istnieje wiele poważnych nieprawidłowości w zakresie tej grupy czynników. Do zachowań zagrażających zdrowiu należą przede wszystkim:

Mała aktywność fizyczna ogółu ludności.

Można szacować, że zadawalający z punktu widzenia zdrowia poziom aktywności fizycznej cechuje: 70% dzieci 6-7 letnich, 20-30% młodzieży w wieku 11-15 lat i tylko 10% dorosłych. W czasie wolnym przeciętnego Polaka dominują zajęcia związane z brakiem aktywności fizycznej, głównie oglądanie telewizji (np. ok. 40% młodzieży 11-15 letniej poświęca na to 4 godz. i więcej dziennie).

III. CELE NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA I ZADANIA DLA ICH OSIĄGNIĘCIA

Cel Strategiczny

Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności przez:

1. Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych.
2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki.
3. Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

CELE OPERACYJNE

Cel operacyjny 1

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Różne formy aktywności fizycznej w czasie wolnym uprawiać będzie co najmniej 50% dzieci i młodzieży oraz 30% dorosłych.
- Podstawowe warunki do zwiększenia aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania zapewni co najmniej 80% gmin.

Uzasadnienie wyboru celu

Aktywność fizyczna jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju oraz zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego ludzi w każdym wieku, ponieważ:

- jest korzystną przeciwwagą dla obciążenia pracą umysłową, nadmiarem stresów lub jednostronnym wysiłkiem fizycznym;
- zapobiega występowaniu zaburzeń i chorób układu ruchu, otyłości; zmniejsza ryzyko rozwoju chorób na tle miażdżycy i stanów je poprzedzających;
- odgrywa ważną rolę w zapobieganiu patologii społecznej, zwłaszcza wśród młodzieży;
- jest ważnym elementem terapii różnych chorób i pomaga osobom niepełnosprawnym w powrocie do normalnego życia;
- może być źródłem sukcesów i radości. Polskie społeczeństwo cechuje niska aktywność fizyczna. Można szacować, że zaledwie około 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych

uprawia różne formy ruchu, w których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają podstawowe potrzeby fizjologiczne organizmu.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Zwiększenie sprawności i wydolności fizycznej oraz poprawa kondycji psychicznej ludności.
- Zmniejszenie rozpowszechnienia zaburzeń psychosomatycznych, otyłości, chorób układu ruchu, krążenia oraz patologii społecznej wśród młodzieży.

Zadania

1. Wprowadzić w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych wszystkich typów 5 godzin zajęć wychowania fizycznego w tygodniu.
2. Zapewnić sale gimnastyczne w co najmniej 75% szkół.
3. Wdrożyć nowy program wf (o zwiększonej atrakcyjności, stwarzający możliwości indywidualizacji, zajęć koedukacyjnych, przygotowujący do aktywności ruchowej w dalszych latach życia, eksponujący cele zdrowotne i kulturowe a nie tylko sportowe) oraz przygotować nauczycieli do jego realizacji.
4. Dokonać zmian w programach kształcenia kadr kultury fizycznej, umożliwiającym przygotowanie tych kadr do roli animatorów zdrowego stylu życia.
5. Zwiększyć w znaczący sposób zainteresowanie samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych oraz różnych instytucji (np. zakładów pracy) stwarzaniem warunków oraz wdrażaniem programów zwiększenia aktywności fizycznej w różnych grupach ludności.
6. Wprowadzić atrakcyjne formy motywowania ludzi do zwiększenia aktywności fizycznej.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- liczba szkół z 5 godz. zajęć wf, posiadających sale gimnastyczne, realizujących nowy program wf;
- liczba gmin zapewniających podstawowe warunki do aktywności ruchowej mieszkańców;
- liczba dzieci, młodzieży i dorosłych uprawiających w czasie wolnym różne formy ruchu;
- wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży.

Instytucje:

Ministerstwo Edukacji Narodowej, Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwo Obrony Narodowej, Główny Urząd Statystyczny.

NPZ 2007-2015

Fragmenty odnoszące się do kultury fizycznej

Cel główny

„Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” osiągnąć (m.in.) przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu

Cel operacyjny 4.

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.

Uzasadnienie wyboru celu:

Polskie społeczeństwo cechuje niska aktywność fizyczna. Można szacować, że zaledwie około 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia formy ruchu, który; h rodzaj] i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają potrzeby fizjologiczne organizmu.

Jak wynika z analiz, podstawową przyczyną takiego stanu rzeczy jest niska świadomość w zakresie potrzeb sportu i rekreacji. Zmianę tego stanu rzeczy mogą przynieść: programy uaktywniające społeczeństwo, promocja rekreacyjnej aktywności ruchowej, oddziaływanie na pozytywną ocenę walorów aktywności ruchowej.

Sondaże pokazują, że zaangażowanie Polaków w różne formy aktywności ruchowej wzrosło wprawdzie w ciągu ostatnich dziesięciu lat, jednak nadal, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, aktywność ta jest sporadyczna i niesystematyczna. Jednocześnie unikanie aktywności fizycznej nie spotyka się z dezaprobatą większości środowisk społecznych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

1. Zaangażowanie w różne formy aktywności ruchowej o określonej intensywności i częstotliwości w czasie wolnym, co najmniej 60% dzieci i młodzieży oraz 35% dorosłych,
2. Zapewnienie, co najmniej 80% gmin warunków do zwiększania aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania.

Zadania:

1. Inspirowanie dyrektorów szkół wszystkich typów do wprowadzania dodatkowych godzin wychowania fizycznego, zarówno w ramach zajęć obowiązkowych jak i w godzinach pozalekcyjnych,
2. Wdrożenie nowoczesnych programów aktywności fizycznej,
3. Dokonanie zmian w programach kształcenia kadr kultury fizycznej, umożliwiających przygotowanie ich do roli animatorów zdrowego stylu życia,
4. Inspirowanie samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych oraz różnych instytucji do wdrażania programów zwiększenia aktywności ruchowej,
5. Wprowadzanie atrakcyjnych form motywowania ludzi do zwiększania własnej aktywności fizycznej oraz kształtowanie nawyków jej utrzymywania,
6. Tworzenie na terenach wiejskich wielofunkcyjnych ośrodków kultury rekreacji i sportu,
7. Opracowanie strategii polityki społecznej na rzecz seniorów, uwzględniającej programy aktywizacji osób starszych,
8. Promowanie określonych form aktywności fizycznej w leczeniu chorób cywilizacyjnych jako wsparcie farmakoterapii i medycznych działań naprawczych,
9. Tworzenie programów z zakresu redukcji szkód.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zwiększenie poziomu sprawności i wydolności fizycznej społeczeństwa,
2. Poprawa kondycji psychicznej ludności,
3. Zmniejszenie powszechności występowania zaburzeń psychosomatycznych,
4. Zmniejszenie powszechności występowania otyłości, chorób układu ruchu, chorób, układu krążenia, zjawisk patologicznych, zwłaszcza wśród młodzieży,
5. Zwiększenie liczby kwalifikowanych specjalistów z zakresu sportu i rekreacji.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- liczba szkół mających sale gimnastyczne, realizujących nowy program wychowania fizycznego,
- liczba gmin zapewniających podstawowe warunki do aktywności ruchowej mieszkańców (odpowiednia infrastruktura),

- liczba dzieci, młodzieży i dorosłych uprawiających w wolnym czasie różne formy aktywności ruchowej,
- wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży (testy),
- częstotliwość uczestnictwa dorosłych Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa;
- organizacje pozarządowe.

Działania resortu edukacji (we współpracy z resortem zdrowia):

W zakresie celu operacyjnego nr 1

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności

1. Większość (około 75%) polskich szkół ma warunki. do prowadzenia zajęć w obiektach zamkniętych, co będzie sprzyjać zwiększeniu aktywności fizycznej młodzieży.
2. Założony efekt, że 80% gmin stworzy mieszkańcom warunki do aktywności ruchowej nie zostanie prawdopodobnie osiągnięty do końca realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996 -2005. Możliwości takiej aktywności są ponadto bardzo różne w różnych częściach kraj
3. Oczekiwany efekt dotyczący aktywności fizycznej dzieci (50% uprawiających różne formy ruchu w czasie wolnym) został osiągnięty. Dotyczy to przede wszystkim dzieci, których rodzice mają wykształcenie wyższe lub średnie. Osiągnięcie oczekiwanego efektu w odniesieniu do osób dorosłych (30% aktywnych ruchowo w czasie wolnym) jest mało prawdopodobne w przypadku mieszkańców miast i niemożliwe w przypadku .mieszkańców wsi. Ponadto aktywność fizyczna osób dorosłych wyraźnie zmniejsza się wraz z wiekiem.
4. Obserwowanemu, systematycznemu rozwojowi fizycznemu (zwiększenie wysokości, smuklenie) dzieci i młodzieży w latach 1979 - 1999 towarzyszy regres sprawności fizycznej i wydolności. Najniższą sprawność fizyczną na przełomie XX i XXI wieku wykazują dzieci wiejskie, aczkolwiek regres sprawności fizycznej dzieci i młodzieży mieszkających w wielkich aglomeracjach miejskich jest w ostatnich latach tak duży, że ich sprawność fizyczna zbliża się do sprawności dzieci wiejskich. Istnieje społeczne zróżnicowanie sprawności i wydolności, co przejawia się niższą sprawnością dzieci i młodzieży, których rodzice mają tylko wykształcenie podstawowe.
Nie można oczekiwać znaczącej poprawy kondycji i sprawności fizycznej młodzieży i społeczeństwa bez zwiększenia liczby godzin obowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego w szkole do założonej w NPZ 5 godzin tygodniowo.
Deklarowana aktywność fizyczna młodzieży w czasie wolnym nie idzie w parze z mierzoną obiektywnymi testami sprawnością fizyczną.

NPZ na lata 2016 –2020 (projekt)

Fragmenty odnoszące się do kultury fizycznej

3. CELE PROGRAMU

CEL GŁÓWNY

Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu

2.4. Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych niewystarczającą aktywnością fizyczną

Organ odpowiedzialny: Minister Sportu

Zadania:

Zgodne z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodne z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów.

Koszt zadania:

Zgodne z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów.

3.2. Zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia..

4.4. Zapewnienie kompetentnych kadr dla zdrowia publicznego

Do realizacji zadań przewidzianych w Programie rekomenduje się zatrudnienie osób z wykształceniem lub specjalizacją z zakresu zdrowia publicznego w jednostkach samorządu terytorialnego oraz urzędach wojewódzkich.

4.5. Zapewnienie przejrzystości, partycypacji i konsultowania planowanych, realizowanych działań i współpraca przy ich ocenie z organizacjami pozarządowymi i innymi uczestnikami systemu.

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 1996 – 2006 TEKST PEŁNY (wylączo jedynie liczne tabele i wykresy)

CZŁONKOWIE ZESPOŁU REDAKCYJNEGO EKSPERTÓW DS NOWELIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA

1. **Prof. dr. Jan Kopczyński** — Akademia Medyczna, Warszawa — Przewodniczący Zespołu
2. **Doc. dr Barbara Adamowicz-Kle-palska** — Akademia Medyczna, Gdańsk
3. **Dr Paweł Goryński** — Państwowy Zakład Higieny
4. **Dr Bogusław Habrat** — Instytut Psychiatrii i Neurologii
5. **Dr Jerzy Karski** — Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
6. **Prof. dr Jerzy Lipiński** — Akademia Medyczna, Gdańsk
7. **Prof. dr Wiesław Magdzik** — Państwowy Zakład Higieny
8. **Dr Sławomir Radiukiewicz** — Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
9. **Dr Zofia Słońska** — Instytut Kardiologii
10. **Dr Lucjan Szponar** — Instytut Żywności i Żywienia
11. **Prof. dr Janusz Szymborski** — Instytut Matki i Dziecka
12. **Dr Bogdan Wojtyniak** — Państwowy Zakład Higieny
13. **Prof. dr Barbara Woynarowska** — Instytut Matki i Dziecka
14. **Prof. dr Witold Zatoński** — Centrum Onkologii
15. **Dr hab. Jan Zejda** — Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego

Grupa Redakcyjna:

Dr Paweł Goryński
Prof. dr Jan Kopczyński

1. PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA KONCEPCJI I KONSTRUKCJI NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA

1. Zdrowie i czynniki je warunkujące

Zdrowie określa się jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności¹. Zdrowie to także zdolność i umiejętność pełnienia ról społecznych, adaptacji do zmian środowiska i radzenia sobie z tymi zmianami. W strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” (przyjętej także w Polsce)² oraz koncepcji promocji zdrowia³ podkreślono, że zdrowie jest:

- **wartością**, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim;
- **zasobem** (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny; tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia;
- **środkiem** do osiągnięcia lepszej jakości życia.

Jakość życia należy rozumieć jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większą wydajność pracy i lepsze zarobki, satysfakcję z życia. W tym kontekście można zgodzić się ze stwierdzeniem, że „dobre zdrowie to dobry interes”. Nabiera ono szczególnej wymowy w okresie transformacji ustrojowej, w której coraz więcej ludzi przekonuje się, że nie „opłaca się” chorować.

Zdrowie nie jest stanem statycznym. We wszystkich okresach życia należy:

- **chronić je** — czyli zapobiegać chorobom (profilaktyka),
- **doskonalić je, pomnażać, zwiększać jego potencjał** (promocja zdrowia),
- **przywracać je** gdy pojawi się choroba (leczenie i rehabilitacja).

Fundamentalnymi warunkami zapewniającymi zdrowie są: spokój, stabilny system ekonomiczny, odtwarzalne zasoby naturalne, globalne i lokalne bezpieczeństwo obejmujące bezpieczeństwo ekologiczne, a także mieszkania, żywienie, edukacja, zarobki, sprawiedliwość i równość społeczna.

Wśród czynników, które wpływają na zdrowie człowieka wyróżnia się cztery grupy:

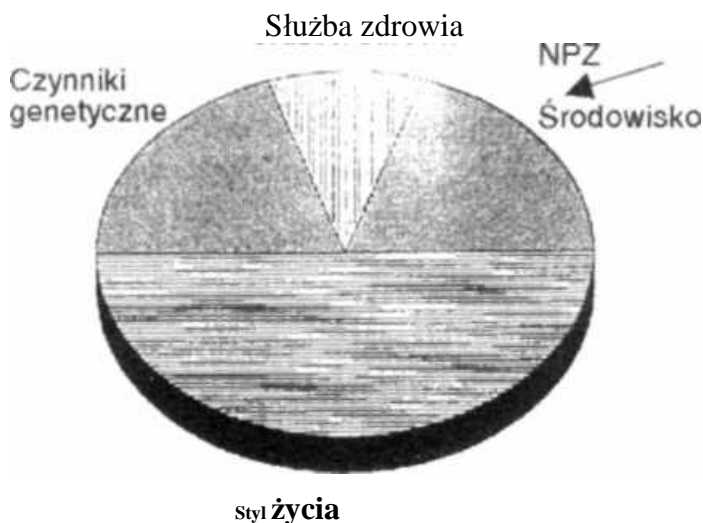
- styl życia — jego udział jest największy (50-60%) i jednocześnie jego zmiana leży w zasięgu możliwości każdego człowieka;
- środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy (ok. 20%);
- czynniki genetyczne (ok. 20%);
- służba zdrowia, która może rozwiązać 10-15% problemów zdrowotnych społeczeństwa.

¹ Definicja Światowej Organizacji Zdrowia

² Komisja Rządowa do opracowania Raportu ZDW 201K). Cel i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. PZWL Warszawa 1987

³ Karta Ottawska (1986)

Zaproponowane w NPZ działania dotyczą trzech zaznaczonych na rycinie grup czynników.



2. Promocja zdrowia

Podstawą znowelizowanej wersji NPZ jest koncepcja i strategia promocji zdrowia.

Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom:

- **zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem** (identyfikacja własnych problemów zdrowotnych),
- **poprawę zdrowia** — poprzez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeby i kompetencji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i zwiększania potencjału zdrowia.

Promocja zdrowia obejmuje pięć obszarów działań:

- budowanie zdrowotnej polityki publicznej,
- tworzenie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu,
- zachęcanie całego społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia,
- rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu,
- reorientacja służby zdrowia. Promocję zdrowia określa się też jako sztukę interwencji w systemy społeczne i zachęcania ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk¹. W tym kontekście Narodowy Program Zdrowia zmierza do „wbudowania” zdrowia w różne systemy społeczne (np. polityka, ekonomia, edukacja, kultura fizyczna, nauka, rodzina itd.) i istniejące w nich organizacje poprzez zintegrowanie zdrowia z podstawowymi celami danego systemu/organizacji.

3. Zdrowotna polityka publiczna

Każda polityka gospodarcza i społeczna (np. zarobki, podatki, bezpieczeństwo socjalne, edukacja, transport itd.) ma związek ze zdrowiem. Polityka zdrowotna musi być budowana na wszystkich szczeblach i przez wszystkie podmioty życia publicznego. Z tego względu przyjęto, że NPZ określa założenia „zdrowotnej polityki publicznej”, a nie jak uprzednio „zdrowotnej polityki państwa”. Oznacza to przełożenie akcentów z działań najwyższych szczebli zarządzania i administracji państwowej na powszechne działania, z udziałem wszystkich podmiotów życia publicznego.

4. Koncepcja celów i konstrukcja Narodowego Programu Zdrowia

W niniejszym dokumencie ustalono:

- jeden nadrzędny, długofalowy cel strategiczny: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”;
- trzy główne kierunki osiągnięcia celu strategicznego:
 - zmiany w stylu życia ludności,
 - kształtowanie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu,

— zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych;

- osiemnaście celów, operacyjnych i zadania służące ich osiągnięciu.

Oczekuje się, że w wyniku realizacji zadań wymienionych w poszczególnych celach operacyjnych nastąpi wiele korzystnych zmian w stanie zdrowia ludności, w tym także zmniejszenie rozpowszechnienia i skutków głównych problemów zdrowotnych.

Opisaną wyżej konstrukcję celów NPZ przedstawiono schematycznie w Aneksie — tabela 3.

Przyjęto też ujednoliconą konstrukcję zapisu celów operacyjnych.

Wymienione w poszczególnych celach zadania uznano za priorytetowe. Stanowią one podstawę do opracowania szczegółowych działań przez różne sektory i na różnych poziomach. Należy przewidywać możliwość modyfikacji tych zadań, uzupełniania ich zbioru o kolejne zadania, wynikające ze zmieniającej się sytuacji, pojawienia się nowych potrzeb i problemów zdrowotnych. Otwartość NPZ umożliwia taką modyfikację.

Ważnym, nowym elementem konstrukcji dokumentu jest próba bardziej precyzyjnego, niż w poprzednich wersjach, określenia efektów działań dla osiągnięcia celów operacyjnych oraz korzyści zdrowotnych. W zapisie każdego celu operacyjnego uwzględniono podstawowe zasady monitorowania i ewaluacji wyników programu, takie jak:

- aktualnie dostępne wskaźniki. Nie wyklucza to wprowadzenia innych wskaźników np. w celowanych badaniach naukowych, badaniach opinii publicznej itd;
- instytucje, które będą prowadziły monitorowanie i ewaluację wyników realizacji NPZ.

II. GŁÓWNE ZAGROŻENIA ZDROWIA I PROBLEMY ZDROWOTNE LUDNOŚCI

1. GŁÓWNE ZAGROŻENIA ZDROWIA

Wadliwy styl życia

Styl życia i zachowania zdrowotne determinują w największym stopniu stan zdrowia ludności. W Polsce istnieje wiele poważnych nieprawidłowości w zakresie tej grupy czynników. Do zachowań zagrażających zdrowiu należą przede wszystkim:

Mała aktywność fizyczna ogółu ludności.

Można szacować, że zadawalający z punktu widzenia zdrowia poziom aktywności fizycznej cechuje: 70% dzieci 6-7 letnich, 20-30% młodzieży w wieku 11-15 lat i tylko 10% dorosłych. W czasie wolnym przeciętnego Polaka dominują zajęcia związane z brakiem aktywności fizycznej, głównie oglądanie telewizji (np. ok. 40% młodzieży 11-15 letniej poświęca na to 4 godz. i więcej dziennie).

Nieprawidłowości w sposobie żywienia w tym:

- nadmiar energii pobieranej z pożywieniem; spożycia tłuszczów (zwłaszcza zwierzęcych) oraz soli kuchennej (ponad 15 g przy zalecanych 5-6 g dziennie),
- niedobór spożycia mleka i napojów mlecznych, warzyw i owoców, ciemnego pieczywa,
- zbyt mała liczba posiłków i ich nieregularność (np. wśród młodzieży 11-15 letniej 15% nie spożywa codziennie pierwszego śniadania a 24% nie je posiłku w szkole),
- zbyt mała liczba niemowląt karmionych wyłącznie piersią w pierwszych 6 miesiącach życia.

Palenie tytoniu.

W 1995 r. paliło regularnie (codziennie) papierosy 47% mężczyzn i 23% kobiet. Pali także ok. 30% kobiet ciężarnych. Największy odsetek (65%) palących stwierdza się wśród robotników niewykwalifikowanych. Wśród młodzieży w wieku 11-15 lat w 1994 r. paliło 18% chłopców i 8% dziewcząt, w tym codziennie odpowiednio 8% i 3%. Odsetki palącej młodzieży gwałtownie

zwiększają się z wiekiem. W latach 1992-1995 odsetki palaczy wśród dorosłych nie uległy wyraźnym zmianom.

Nadmiernie spożycie alkoholu, zwłaszcza napojów wysokoprocentowych.

Według danych szacunkowych rzeczywiste średnie roczne spożycie czystego alkoholu wynosiło w ostatnich latach 9-10 litrów. Szacuje się, że: uzależnionych od alkoholu jest ok. 600-800 tys. osób, pijących szkodliwie 2-3 min, a znacznie większa, choć trudna do oszacowania jest liczba pijących alkohol w sposób ryzykowny. W latach 1989-1993 spożycie alkoholu gwałtownie wzrosło. Wśród młodzieży w wieku 11-15 lat 34% chłopców i 18% dziewcząt było w stanie upojenia alkoholowego, co najmniej 2 razy w życiu i odsetek ten wzrasta gwałtownie z wiekiem. W latach 1990-1994 zwiększył się odsetek młodzieży pijącej piwo.

Używanie substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna).

Rozmiary tego zjawiska są trudne do określenia. Według danych szacunkowych liczba osób uzależnionych od opiatów wynosi ok. 25-30 tys.; wśród młodzieży w wieku 12-16 lat kontakt z narkotykami ma 38% osób, w tym 0,3-0,8% to osoby uzależnione. W ostatnich latach zwiększa się spożycie substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi.

Zagrożenia w środowisku społecznym

Środowisko społeczne, relacje i sposoby komunikowania się ludzi w rodzinie, miejscu nauki i pracy, w społeczności lokalnej oraz czynniki ekonomiczne wpływają w istotny sposób na kondycję psychofizyczną i stan zdrowia ludności. Procesy transformacji polityczno-społeczno-ekonomicznej, rozpoczęte w 1989 r., stwarzają zarówno nowe szanse, jak i nowe zagrożenia zdrowia. Do zjawisk, które mogą odgrywać tu istotną rolę, należą:

1. Narastające ograniczenie dostępu do podstawowych zasobów, niezbędnych dla utrzymania i pomnażania zdrowia, takich jak pożywienie, mieszkanie, ubranie i praca:

- W latach 1989-1994 nastąpiły:
 - spadek realnych dochodów ludności,
 - wzrost cen, spadek poziomu wydatków i zmiana ich struktury (wzrost udziału wydatków związanych z mieszkaniem, edukacją, ochroną zdrowia i transportem, mniejsze wydatki na odzież, kulturę i wypoczynek),
 - zubożenie wielu grup ludności, szczególnie związanych z rolnictwem i pracujących w sektorze państwowym (w latach 1992-1993, według danych szacunkowych, 33-44% ogółu Polaków dysponowało dochodami poniżej minimum socjalnego; UNICEF szacuje, że poniżej tego minimum żyje w Polsce 58% dzieci);

- Liczba oddanych mieszkań, w przeliczeniu na 1000 zawartych małżeństw, zmniejszyła się z 587 w 1989 r. d
- Wysoka stopa bezrobocia, która w 1995 r., osiągnęła poziom 14,9% przy 6,3% w 1990 r.

2. Uzależnienie znacznej części społeczeństwa (obecnie ok. 8%) od pomocy społecznej, przy jednoczesnym wycofywaniu się państwa z różnych form świadczeń społecznych m.in. w sferze ochrony zdrowia.

3. Niekorzystna sytuacja w dziedzinie edukacji, nauki i kultury, w tym:

- zmniejszające się nakłady budżetowe,
- niski poziom wykształcenia ludności (tylko 7% posiada wykształcenie wyższe),
- zmniejszający się odsetek dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym, zwłaszcza na wsi (pogłębienie nierówności społecznych).

4. Nasilające się patologie życia społecznego, prowadzące m.in. do spadku poczucia bezpieczeństwa osobistego, takie jak: osłabienie więzi rodzinnych, wzrost przestępczości, pojawienie się nieznanego dotąd zjawiska terroryzmu kryminalnego, wzrost problemów zdrowotnych i społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu i przyjmowaniem substancji psychotropowych.

5. Narastanie występowania zjawiska określanego jako „syndrom opuszczonych rąk”, polegającego na przekonaniu, że „nic się już nie może zmienić, chyba, że na gorsze”. Ewidentnym przejawem nasilania się tego zjawiska jest m.in. rosnąca liczba samobójstw (5499 w 1995 r.).

Zagrożenia w środowisku fizycznym

Zagrożenia zdrowia człowieka i jego dobrego samopoczucia powstające w środowisku fizycznym lub przez nie przenoszone, wiąże się z jednej strony z gwałtownym rozwojem przemysłu oraz postępującym procesem urbanizacji, a z drugiej strony z niewłaściwą w przeszłości polityką ekologiczną i brakiem troski o ochronę Środowiska. Nie uświadamiano sobie też w pełni skutków zdrowotnych związanych z zanieczyszczeniem środowiska, bądź były one słabo rozpoznane. W wyniku tego stan środowiska w Polsce uległ znacznej degradacji i dopiero w ostatnich latach zaznacza się spadek zanieczyszczenia środowiska i zmniejszenie zagrożenia zdrowia ludności wynikającego z tych zanieczyszczeń.

Do podstawowych zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego w Polsce należą: dwutlenek siarki (SO₂, pyły i dwutlenek azotu (NO). Wprawdzie od końca lat osiemdziesiątych obserwuje się korzystne tendencje zmniejszenia emisji tych zanieczyszczeń, to sytuacja w Polsce jest wciąż jeszcze niekorzystna na tle większości państw europejskich. W wyniku transgranicznego przenoszenia niektórych zanieczyszczeń, około 87% powstających w Polsce tlenków azotu, 75% tlenków siarki i 48% amoniaku jest przenoszonych poza granice kraju. Równocześnie około 60% siarki i około 80% azotu utlenionego osiadających na obszarze Polski pochodziło z zagranicy.

Zmniejszeniu emisji zanieczyszczeń towarzyszy wyraźna tendencja spadkowa ich stężenia w powietrzu atmosferycznym; poprawia się sytuacja na terenach największych miast Polski. Pomimo tego w 1994 r. na terenie ponad 100 jednostek administracyjnych stwierdzono przekroczenia norm.

Od połowy lat osiemdziesiątych zmniejsza się ilość nie oczyszczonych ścieków przemysłowych i komunalnych, odprowadzanych do wód powierzchniowych. Jednak wciąż jeszcze około 1/4 ścieków wymagających oczyszczenia nie jest oczyszczana. Wody powierzchniowe są w dużym stopniu zanieczyszczone. Blisko połowa kontrolowanych odcinków rzek jest nadmiernie zanieczyszczona chemicznie a według kryterium biologicznego aż 90% jest nadmiernie zanieczyszczonych. Jakość wody do picia z wodociągów jest w zdecydowanej większości przypadków (ok. 90% wodociągów publicznych i ponad 70% wodociągów lokalnych) klasyfikowana jako dobra. Jednak woda ze studni publicznych i przydomowych jest w przeważającym stopniu oceniana jako niepewna lub zła.

Problemem w wielu miastach jest hałas drogowy, który często przekracza dopuszczalny poziom. Również wiele zakładów przemysłowych emituje hałas przekraczający dopuszczalne normy, często w nocy.

Istotny problem stanowią zagrożenia środowiska z powodu braku dostatecznego zabezpieczenia stanowisk pracy przed czynnikami szkodliwymi jak hałas, wibracja, pyły, toksyczne substancje lotne.

2. GŁÓWNE PROBLEMY ZDROWOTNE

Sytuacja ogólna

Mimo bezspornej poprawy stanu zdrowia ludności po II wojnie światowej, sytuacja zdrowotna mieszkańców Polski przedstawia się niekorzystnie na tle przeciętnej europejskiej.

W pierwszym okresie powojennym udało się obniżyć poziom umieralności we wszystkich grupach wieku, co przyniosło przedłużenie przeciętnego życia: w połowie lat sześćdziesiątych oczekiwana długość życia w Polsce była porównywalna z obserwowaną w Austrii czy Finlandii. Te korzystne zmiany wiązały się głównie ze spadkiem umieralności spowodowanej chorobami zakaźnymi. Od połowy lat sześćdziesiątych stan zdrowia mężczyzn w średnim wieku zaczął się pogarszać i proces ten postępował w kolejnych latach. Wśród kobiet pogorszenie się sytuacji zdrowotnej nastąpiło, w mniejszym nasileniu, w latach siedemdziesiątych.

Po 1991 r. sytuacja zdrowotna zaczęła się poprawiać i zaznaczył się spadek ogólnego natężenia zgonów, ale poziom przedwczesnej umieralności jest nadal bardzo wysoki. Obecnie w Polsce 1/3 zgonów przypada na osoby w wieku poniżej 65 lat i gdyby sytuacja taka utrzymała się, to spośród osób urodzonych w 1994 roku 36% mężczyzn i 16% kobiet nie dożyłoby 65 roku życia. W przypadku mężczyzn zagrożenie przedwczesnym zgonem przekracza średnie ryzyko europejskie około 60%, natomiast w przypadku kobiet nadwyżka ta wynosi około 30%.

Przeciętna długość życia w Polsce, która dla mężczyzn wynosiła w 1995 r. 67,6 lat, zaś w przypadku kobiet 76,4 lat, jest znacznie krótsza od obserwowanej zarówno w całej Europie, jak i w krajach Unii Europejskiej (ryc. 1 i 2). Analiza sytuacji zdrowotnej w kraju dotycząca ostatnich lat, wykazująca zmniejszenie umieralności ogólnej i spowodowanej chorobami układu krążenia (główna przyczyna zgonów) pozwala sądzić, że ta korzystna tendencja będzie się utrzymywała w przyszłości.

Umieralność niemowląt

Umieralność niemowląt systematycznie zmniejsza się. Tempo tej zmiany było niejednakowe w różnych okresach: w latach 1960-1974 współczynniki zgonów niemowląt malały przeciętnie rocznie o 4,7%, w latach 1974-1990 przeciętne roczne tempo spadku wynosiło 3,4%, natomiast w ostatnim okresie 1990-1994 przyspieszyło się do 6%. Wyższa umieralność niż w Polsce obserwuje się tylko w niektórych krajach europejskich byłego obozu socjalistycznego, natomiast w dużej części pozostałych krajów europejskich jest ona ponad dwukrotnie niższa. Umieralność niemowląt jest w dużym stopniu związana z wcześniactwem i małą masą urodzeniową, które są w Polsce stosunkowo częste: w 1995 r. odsetek noworodków z masą urodzeniową poniżej 2500 g wynosił 6,2% i na grupę tą przypadało aż 2/3 ogółu zgonów niemowląt.

Choroby układu krążenia

Głównym zagrożeniem życia mieszkańców Polski są, podobnie jak w innych krajach rozwiniętych choroby układu krążenia. W 1995 r. spowodowały one 50,4 % wszystkich zgonów tj. 194.710

We wszystkich rozwiniętych krajach europejskich umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejsza się od połowy lat siedemdziesiątych. W tym samym czasie w Polsce epidemia tych schorzeń i zagrożenie nimi życia narastało, przede wszystkim w populacji mężczyzn. Ta niekorzystna tendencja pogłębiała się do 1991 r., aby ustąpić miejsca w ostatnich latach długo oczekiwanemu trendowi malejącemu (ryc. 5 i 6). Na początku lat dziewięćdziesiątych natężenie umieralności mężczyzn w Polsce z powodu chorób układu krążenia było wyższe o 60% od przeciętnego w Europie i o ponad 90% od średniego w krajach Unii Europejskiej. W przypadku kobiet nadwyżki te wynosiły odpowiednio 46% i 81%. W porównaniu z sytuacją w krajach europejskich byłego obozu socjalistycznego umieralność mężczyzn z tych przyczyn w naszym kraju jest zbliżona do przeciętnej, zaś umieralność kobiet jest niższa.

Główną przyczyną wzrostu umieralności z powodu chorób układu krążenia był wzrost częstości chorób tętnic na tle miażdżycowym, a zwłaszcza choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyńniowych mózgu. Wzrostowi zagrożenia ze strony chorób na tle miażdżycowym

sprzyja rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego, które według szacunków, dotyczy co najmniej 20% dorosłej populacji Polski.

Choroby układu krążenia są obecnie najważniejszą przyczyną hospitalizacji. W latach 1979-1994 udział tych chorób wśród przyczyn hospitalizacji zwiększył się u mężczyzn z 15% do 20%, a u kobiet z 11% do 16%. Niezbędne jest dalsze usprawnienie działalności służby zdrowia a szczególnie pomocy doraźnej w odniesieniu do osób z chorobami układu krążenia, gdyż, jak wykazują wyniki badań, około 30% mężczyzn i 20% kobiet z zawałem serca umiera poza szpitalem. Zbyt długi jest czas od wystąpienia objawów do hospitalizacji pacjentów z zawałem serca.

Nowotwory złośliwe

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyn zgonów w Polsce i w 1994 r. były odpowiedzialne za 21,5% zgonów u mężczyzn i prawie 18% zgonów u kobiet. Jeszcze w latach siedemdziesiątych nowotwory złośliwe stanowiły w Polsce dużo mniejsze zagrożenie życia niż w większości krajów europejskich. W następnej dekadzie, do 1988 r., wystąpił u mężczyzn bardzo szybki wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów. Obecnie poziom umieralności mężczyzn i kobiet szczególnie w grupach wieku 20-64 lata jest wyższy od przeciętnego, zarówno w całej Europie jak i w krajach postkomunistycznych. Na podstawie danych z ostatnich lat można sądzić, że obserwowane w przeszłości niekorzystne tendencje obecnie ulegają poprawie.

Największą dynamikę wzrostu zgonów obserwuje się w zgonach spowodowanych rakiem tchawicy, oskrzeli i płuc. W ostatnich latach natężenie zgonów z tej przyczyny było w naszym kraju wyższe od przeciętnego w Europie o 1/3 w przypadku mężczyzn i o 8% w przypadku kobiet (ryc. 7 i 8). W ostatnich latach dynamika wzrostu współczynników zgonów zmniejszyła się. Notuje się jednak przyrost zagrożenia nowotworami złośliwymi dolnego odcinka przewodu pokarmowego (szczególnie odbytnicy) i trzustki oraz bardzo wysokie tempo wzrostu zagrożenia czerniakiem złośliwym.

Od lat osiemdziesiątych nowotwory złośliwe sutka są główną przyczyną zgonów spowodowanych nowotworami u kobiet w Polsce. Natężenie umieralności z powodu tego nowotworu od 1988 r. ustabilizowało się na poziomie niższym niż w większości krajów europejskich.

Umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy w Polsce należy do najwyższych w Europie i chociaż natężenie zgonów z tego powodu zmniejszyła się, to tempo spadku jest wolniejsze niż w większości krajów europejskich.

Choroby nowotworowe są obecnie przyczyną blisko co dziesiątej hospitalizacji. W latach 1979-1994 udział tych chorób jako przyczyn pobytu w szpitalu zwiększył się dwukrotnie. Spośród ponad 400 tys. przypadków nowotworów leczonych w szpitalach w 1994 r. ponad 55 tys. przypadków stanowiły nowotwory płuc, a dalsze miejsca zajmowały: nowotwory sutka u kobiet (ok. 33 tys.), nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego (ponad 16 tys.). W latach 1979-1994 najbardziej wzrósł udział hospitalizacji z powodu nowotworów płuc.

Urazy i zatrucia

Zewnętrzne przyczyny urazów i zatruc są najważniejszą przyczyną zgonów mężczyzn w wieku 1-45 lat i kobiet 1-35 lat. Sytuacja w Polsce w zakresie urazowości jest gorsza od przeciętnej w Europie zarówno pod względem poziomu umieralności, jak i charakteru jej zmian w czasie. Na początku lat dziewięćdziesiątych natężenie zgonów z powodu urazów i zatruc było w Polsce wyższe od średniego dla krajów europejskich o ponad 60% w przypadku mężczyzn i prawie 20% w przypadku kobiet (ryc. 9 i 10).

Znaczna część zgonów z powodu, zewnętrznych przyczyn urazów i zatruc około 1/4 wśród mężczyzn i 1/5 wśród kobiet — jest skutkiem wypadków drogowych. Polska pod względem śmiertelności wskutek wypadków drogowych zajmuje jedno z pierwszych miejsc w Europie.

Według danych Biura Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji w 1995 r. w 56904 wypadkach drogowych zginęło 6900 osób, a więc częściej niż w co dziesiątym wypadku ginął człowiek; aż 40% zabitych stanowili piesi. Liczba rannych w wypadkach drogowych prawie 10-krotnie przewyższała liczbę zabitych.

Ze względu na fakt, że zgony w wyniku następstw wypadków drogowych dotyczą osób młodych (2, 3 i 4 dekada życia), wypadki te są u mężczyzn przyczyną największej liczby utraconych, potencjalnych lat życia.

Tylko niewiele mniejszym zagrożeniem niż wypadki drogowe są samobójstwa, których liczba w ostatnich latach wzrosła. W Polsce w 1995 r. w wyniku śmierci samobójczej zginęło 5499 osób wobec 4970 osób w 1990 r. Częstość samobójstw mężczyzn jest w Polsce wyższa od przeciętnej w Europie, natomiast kobiet jest niższa.

W 1994 r. 14% leczonych w szpitalach mężczyzn i 6% kobiet znajdowało się tam z powodu urazów i zatruc. W latach 1979-1994 udział hospitalizowanych przypadków związanych z tymi przyczynami utrzymuje się na stałym poziomie.

Choroby układu oddechowego i trawiennego

Co piętnasty zgon w Polsce jest spowodowany chorobami układu oddechowego albo trawiennego a częstość obu tych grup przyczyn jest jednakowa. Od połowy lat osiemdziesiątych obserwuje się systematyczny spadek współczynników umieralności z powodu chorób układu oddechowego. W przypadku chorób układu trawiennego spadek ten jest wolniejszy. Poziom umieralności spowodowany każdą z tych klas chorób jest niższy od przeciętnego w Europie.

Spośród chorób układu oddechowego dominującą przyczyną zgonów mężczyzn jest przewlekła zaporowa choroba płuc (łącznie z astmą), natomiast wśród kobiet większe zagrożenie życia stanowi zapalenie płuc. Spośród chorób układu trawiennego najczęstszą przyczyną zgonów, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, jest marskość wątroby.

Obie te klasy chorób należą do głównych przyczyn hospitalizacji mężczyzn łącznie ponad 1/4 ogółu hospitalizowanych przypadków. Wśród kobiet ich znaczenie jest nieco mniejsze, tym niemniej co piąta leczona w szpitalu kobieta trafia do niego z powodu tych chorób. Spośród chorób układu oddechowego dominującą przyczyn, hospitalizacji są zapalenia płuc, zaś spośród chorób układu trawiennego — przepuklina pachwinowa w przypadku mężczyzn i kamica żółciowa w przypadku kobiet.

Zaburzenia psychiczne

Rozmiary tego problemu zdrowotnego tylko częściowo są odzwierciedlane przez rejestrowane częstości zaburzeń psychicznych leczonych w poszczególnych rodzajach psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej. W przypadku lecznictwa zamkniętego, począwszy od roku 1975, obserwujemy względną stabilizację wskaźników hospitalizacji na poziomie ok. 450 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Wzrasta natomiast liczba pacjentów leczonych po raz pierwszy, którzy obecnie stanowią około 1/3 wszystkich leczonych. W 1995 r. było ich ponad 59 tysięcy. Obserwowana tendencja jest wyłącznie skutkiem wzrostu liczby pierwszorazowych hospitalizacji osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych spowodowanych alkoholem. Było ich trzykrotnie więcej niż w 1970 r.

Ogólna zapadalność na zaburzenia psychiczne rejestrowana w lecznictwie ambulatoryjnym była w latach 1985-1995 ustabilizowana i wynosiła około 450 tys. na 100 tys. ludności. Bardzo wyraźną natomiast tendencję zwykłą obserwuje się w przypadku psychoz afektywnych (wzrost o 60%). Na wzrost odnotowanej liczby zaburzeń ma wpływ, oprócz warunków środowiskowych, także starzenie się populacji, lepsza ich wykrywalność oraz dostępność leczenia psychiatrycznego.

Choroby zakaźne

Mimo korzystnej sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zachorowań na choroby zakaźne, obserwuje się, tak w Polsce jak i w innych krajach, narastanie problemów związanych z chorobami szerzącymi się drogą z naruszenia ciągłości tkanek. W Polsce do chorób tych należy przede wszystkim wirusowe zapalenie wątroby (WZW) typu B. Liczba chorych na WZW typu B w Polsce zmniejsza się od końca lat osiemdziesiątych, a w 1995 r. zarejestrowano ponad 9 tysięcy zachorowań. Konsekwencją tej choroby są zapalenia przewlekłe, marskość i rak wątroby.

Rok 1994 był czwartym kolejnym rokiem, w którym zapadalność na gruźlicę w Polsce była wyższa niż w 1990 r. W porównaniu z przeciętnym poziomem w krajach europejskich zapadalność na gruźlicę w Polsce utrzymuje się na znacznie wyższym poziomie, zbliżonym do średniego dla grupy krajów postkomunistycznych. Mimo, że w ostatnich kilku latach również w wielu krajach zachodnich liczba zachorowań na gruźlicę wzrasta, nie zmniejsza się duży dystans jaki nas dzieli od krajów Unii Europejskiej. Występowanie gruźlicy w Polsce charakteryzuje się znacznym udziałem późnych postaci klinicznych tej choroby.

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV w Polsce jest dosyć korzystna. Szacuje się, że najbardziej prawdopodobna rzeczywista liczba osób zakażonych HIV wynosi około 12 tys.

Do 30 kwietnia 1995 r. zostało zarejestrowane 421 zachorowanie na AIDS. Należy spodziewać się dalszego wzrostu zakażeń i zachorowań.

Należy zwrócić uwagę, że niekorzystna w ostatnich latach sytuacja epidemiologiczna w niektórych państwach sąsiednich stwarza możliwość zawleczenia do Polski nie występujących u nas obecnie chorób zakaźnych, co wymaga podjęcia odpowiednich działań zaradczych.

Choroby zawodowe i związane z wykonywaniem pracy

Zapadalność na choroby zawodowe w Polsce, w ciągu ostatnich 20 lat, wykazywała trend wzrostowy i wahała się od 6789 do 11988 przypadków rocznie, a w przeliczeniu na 100 tys. zatrudnionych od 56,7 do 131,1.

Istniejąca sytuacja epidemiologiczna w zakresie zapadalności na choroby zawodowe w Polsce nie jest związana wyłącznie z warunkami higienicznymi w środowisku pracy, lecz w dużej mierze również ze skuteczności metod diagnostycznych.

Inwalidztwo i niepełnosprawność

Szacuje się, że liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosi około 4,8 mln. Dotyczy to inwalidów prawnych, tzn. osób posiadających orzeczenia KIZ. Około 1/3 przypadków niepełnej sprawności wystąpiła między 40-tym a 50-tym rokiem życia, a co dwudziesta osoba jest niepełnosprawna od urodzenia, bądź stała się niepełnosprawna w pierwszym roku życia. Najczęstszą przyczyną (ok. 60%) niepełnosprawności są schorzenia narządu ruchu oraz choroby układu krążenia. Około 30% niepełnosprawności jest następstwem urazów.

Próchnica zębów i choroby przyzębia.

Do problemów zdrowotnych, rozpowszechnionych masowo wśród dzieci i młodzieży oraz niemal wszystkich dorosłych, należy próchnica zębów i choroby przyzębia. Wyniki badań przeglądowych wskazują, że na próchnicę choruje ponad 90% dzieci i 98% dorosłych, a na choroby przyzębia 50% dzieci 12-letnich oraz 92% dorosłych poniżej 45 roku życia. Próchnicę zaawansowaną (zmiany rozległe — ponad 3 zęby próchnicze i zmiany powikłane) stwierdza się u ponad 60% dzieci 12-letnich. Choroby przyzębia o ciężkim przebiegu, wymagające długotrwałego, kompleksowego leczenia specjalistycznego występują u 15%

osób dorosłych poniżej 45 roku życia. Próchnica i jej następstwa są głównymi przyczynami wczesnej utraty uzębienia.

3. NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

Płeć

Polska należy do krajów, w których silnie zaznacza się zjawisko tzw. nad umieralnością mężczyzn, czyli znacznie wyższego natężenia zgonów wśród mężczyzn niż kobiet. Mężczyźni umierają częściej niż kobiety we wszystkich grupach wieku, przy czym nadwyżka ta waha się od kilkunastu procent wśród dzieci w wieku 14 lat do ok. 300 o wśród osób w wieku 20-24 lata. Wszystkie główne przyczyny zgonów są większym zagrożeniem dla mężczyzn niż kobiet, a największa różnica występuje w przypadku zgonów z powodu urazów i zatruc. Stanowią one ponad 3,5 krotnie większe zagrożenie życia mężczyzn. Różnica w natężeniu umieralności mężczyzn i kobiet wpływa na znacznie krótszą przeciętną długość życia mężczyzn, ustępujące analogicznej przeciętnej dla kobiet w 1994 r. o 8,6 roku (do 1991 r. różnica ta zwiększała się i osiągnęła maksymalną wartość 9,2 roku).

Z drugiej strony u kobiet częściej niż u mężczyzn występują różne choroby i dolegliwości oraz przejawy niektórych innych niedoborów zdrowia nie prowadzących bezpośrednio do zgonu, np. inwalidztwa. Porównanie danych o przedwczesnej umieralności z analogicznymi danymi europejskimi wykazuje ponadto, że również zagrożenia życia kobiet niekorzystnie kontrastują z przeciętną sytuacją regionalną.

Miejsce zamieszkania

Przeciętna długość życia mężczyzn mieszkających w mieście jest obecnie większa niż mieszkających na wsi, natomiast u kobiet — dłuższego życia mogą oczekiwać mieszkanki wsi. Natężenie umieralności dzieci powyżej pierwszego roku życia, młodzieży, młodych mężczyzn i kobiet jest znacznie wyższe na wsi, niż w mieście. W szczególnie niekorzystnej sytuacji w porównaniu z rówieśnikami z miast są dzieci w wieku 1 -4 lata. Równocześnie mieszkańcy wsi w tym wieku są rzadziej hospitalizowani niż mieszkańcy miast, co być może jest skutkiem różnic w dostępności leczenia szpitalnego. W starszych grupach wieku natężenie zgonów wśród mieszkańców miast jest wyższe niż wśród ich rówieśników na wsi.

Region zamieszkania

Międzywojewódzkie zróżnicowanie poziomu umieralności wskazuje na dość znaczne zróżnicowanie w stanie zdrowia mieszkańców Polski związane z regionem zamieszkania. Ogólnie stwierdza się wyższe natężenie umieralności i krótsza przeciętna długość życia w zachodniej i środkowej części Polski niż w regionie wschodnim. Do województw będących w niekorzystnej sytuacji w ostatnich latach należą: łódzkie, wałbrzyskie, jeleniogórskie, katowickie, szczecińskie. W stosunkowo najkorzystniejszej sytuacji są mieszkańcy woj. białostockiego i rzeszowskiego. W województwach o najwyższym poziomie umieralności zagrożenie życia jest o ponad 1/5 wyższe niż w województwach o najniższym poziomie.

Zróżnicowanie społeczne

Powszechnie obserwowanym zjawiskiem w krajach rozwiniętych jest zróżnicowanie stanu zdrowia członków społeczeństwa, zależne od ich statusu społecznego. Zaznacza się ono od najmłodszego wieku. W środowiskach najuboższych i najmniej wykształconych obserwuje się wyższą umieralność niemowląt, wolniejsze tempo rozwoju fizycznego dzieci, większą

umieralność pracowników fizycznych z powodu najpospolitszych chorób przewlekłych. Różnice statusu społecznego widoczne są także, w odniesieniu do narażenia na urazy i zatrucia — od urazów komunikacyjnych, przez zatrucia zawodowe, po samobójstwa i zabójstwa. Narażenia te związane są częściowo z niedostatkami wiedzy, umiejętności i zachowań zdrowotnych, jednak żaden z tych niedostatków nie tłumaczy do końca znaczenia czynników społecznych.

⁴ Grossmann R. Scala K. Health Promotion and Organizational Development. WHO/EURO. IFF Vienna 1993 ^s
Ewaluacja oznacza sprawdzenie, czy osiągnięto cel. wykonano zadania i składa się z dwóch części:

- ewaluacja procesu działań, czyli monitorowanie ich przebiegu.
- ewaluacja wyników, czyli sprawdzanie w jakim stopniu osiągnięto cel

III. CELE NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA I ZADANIA DLA ICH OSIĄGNIĘCIA

Cel Strategiczny

Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności przez:

4. Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych.

5. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki.

3. Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

CELE OPERACYJNE

1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.

2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności.

3. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.

4. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.

5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.

6. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia.

7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych.

8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy.

9. Poprawa stanu sanitarnego kraju.

10. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych.

11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.

12. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej.

13. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wczesniactwa i małej urodzeniowej masy ciała.

14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.

15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka

16. Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia.

17. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.

18. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

Cel operacyjny 1

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Różne formy aktywności fizycznej w czasie wolnym uprawiać będzie co najmniej 50% dzieci i młodzieży oraz 30% dorosłych.
- Podstawowe warunki do zwiększenia aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania zapewni co najmniej 80% gmin.

Uzasadnienie wyboru celu

Aktywność fizyczna jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju oraz zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego ludzi w każdym wieku, ponieważ:

— jest korzystną przeciwwagą dla obciążenia pracą umysłową, nadmiarem stresów lub jednostronnym wysiłkiem fizycznym;

— zapobiega występowaniu zaburzeń i chorób układu ruchu, otyłości; zmniejsza ryzyko rozwoju chorób na tle miażdżycy i stanów je poprzedzających;

— odgrywa ważną rolę w zapobieganiu patologii społecznej, zwłaszcza wśród młodzieży;

— jest ważnym elementem terapii różnych chorób i pomaga osobom niepełnosprawnym w powrocie do normalnego życia;

— może być źródłem sukcesów i radości. **Polskie społeczeństwo cechuje niska aktywność fizyczna. Można szacować, że zaledwie około 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia różne formy ruchu, w których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają podstawowe potrzeby fizjologiczne organizmu.**

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Zwiększenie sprawności i wydolności fizycznej oraz poprawa kondycji psychicznej ludności.
- Zmniejszenie rozpowszechnienia zaburzeń psychosomatycznych, otyłości, chorób układu ruchu, krążenia oraz patologii społecznej wśród młodzieży.

Zadania

7. Wprowadzić w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych wszystkich typów 5 godzin zajęć wychowania fizycznego w tygodniu.
8. Zapewnić sale gimnastyczne w co najmniej 75% szkół.
9. Wdrożyć nowy program wf (o zwiększonej atrakcyjności, stwarzający możliwości indywidualizacji, zajęć koedukacyjnych, przygotowujący do aktywności ruchowej w dalszych latach życia, eksponujący cele zdrowotne i kulturowe a nie tylko sportowe) oraz przygotować nauczycieli do jego realizacji.
4. Dokonać zmian w programach kształcenia kadr kultury fizycznej, umożliwiającich przygotowanie tych kadr do roli animatorów zdrowego stylu życia.
5. Zwiększyć w znaczący sposób zainteresowanie samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych oraz różnych instytucji (np. zakładów pracy) stwarzaniem warunków oraz wdrażaniem programów zwiększenia aktywności fizycznej w różnych grupach ludności.
6. Wprowadzić atrakcyjne formy motywowania ludzi do zwiększenia aktywności fizycznej.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- liczba szkół z 5 godz. zajęć wf, posiadających sale gimnastyczne, realizujących nowy program wf;
- liczba gmin zapewniających podstawowe warunki do aktywności ruchowej mieszkańców;
- liczba dzieci, młodzieży i dorosłych uprawiających w czasie wolnym różne formy ruchu;
- wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży.

Instytucje:

Ministerstwo Edukacji Narodowej, Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwo Obrony Narodowej, Główny Urząd Statystyczny.

Cel operacyjny 2

Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Karmionych wyłącznie piersią będzie co najmniej 30% niemowląt w wieku 6 miesięcy.
- Posiłki w szkole spożywać będzie co najmniej 50% uczniów.
- Udział energii z tłuszczu w codziennym pożywieniu zmniejszy się do 30%, ze zdecydowanym ograniczeniem udziału tłuszczów zwierzęcych zawierających cholesterol.
- Spożycie mięsa i jego przetworów utrzyma się na poziomie nie wyższym niż w 1995 r., przy zmianie struktury jego spożycia na rzecz wzrostu udziału mięsa chudego, drobiu i ryb.
- Zwiększy się spożycie:
 - mleka i napojów mlecznych, jogurtów i serów o obniżonej zawartości tłuszczu;
 - przetworów zbożowych, ziemniaków nasion roślin strączkowych oraz warzyw i owoców.
- Zmniejszy się spożycie soli kuchennej.
- Nastąpi pełne zaopatrzenie rynku w żywność dobrej jakości, odpowiadającej potrzebom prozdrowotnego modelu żywienia.

Uzasadnienie wyboru celu

Istnieje ścisły związek między sposobem żywienia i jakością zdrowotną żywności a prawidłowym rozwojem fizycznym, psychicznym, stanem odżywienia, zdrowiem, samopoczuciem oraz długością życia człowieka.

Wadliwe żywienie oraz niepełnowartościowa pod względem jakości zdrowotnej żywność to jedne z głównych przyczyn wielu zaburzeń i chorób. Należą do nich m.in: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, niektóre nowotwory, cukrzyca II typu, osteoporoza, wole endemiczne, otyłość, niektóre choroby przewodu pokarmowego, niedokrwistość spowodowana niedoborem żelaza itd. Choroby te wpływają na obniżenie potencjału biologicznego oraz efektywności ekonomicznej i intelektualnej ludności. Znane są i sprawdzone w wielu krajach metody poprawy stanu zdrowia ludności, polegające na prawidłowym żywieniu i podniesieniu jakości zdrowotnej żywności.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Poprawa kondycji psychofizycznej, dyspozycji do nauki dzieci i młodzieży oraz do pracy osób dorosłych.
- Zmniejszenie zachorowalności niemowląt i dzieci na choroby alergiczne, infekcyjne, związane ze sztucznym żywieniem niemowląt.

Zmniejszenie ryzyka rozwoju i częstości występowania chorób i zaburzeń, w których powstawaniu główną lub istotną rolę odgrywa wadliwe żywienie.

Zadania

1. Zintensyfikować edukację żywieniową społeczeństwa, zwłaszcza w szkole, w ramach programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej
2. Zapewnić zaopatrzenie rynku w produkty spożywcze o właściwej jakości zdrowotnej.
3. Znowelizować lub stworzyć normy prawne, zharmonizowane z wymogami Unii Europejskiej, które zapewnią warunki do realizacji prozdrowotnego modelu żywienia oraz produkcji, przetwórstwa, obrotu żywnością o właściwej jakości zdrowotnej.
4. Kontynuować realizację programu upowszechnienia karmienia piersią niemowląt.
5. Wdrożyć system posiłków szkolnych przy współudziale samorządów lokalnych i rodziców.
6. Wprowadzić obowiązek jodowania soli kuchennej, jej właściwą dystrybucję oraz zachęcać ludność do spożywania takiej soli.
7. Zorganizować w systemie publicznej opieki zdrowotnej poradnictwo żywieniowe dla osób zdrowych oraz w stanach chorobowych.
8. Upowszechnić podawanie kwasu foliowego kobietom w wieku rozrodczym w celu zapobiegania wadom wrodzonym cewy nerwowej u noworodków.
9. Dokonać restrukturyzacji służb kontroli bezpieczeństwa żywności i żywienia z uwzględnieniem konieczności ich pełniejszego skoordynowania.
10. Zapewnić wsparcie żywnościowe i żywieniowe dla grup społecznych mających szczególne trudne warunki bytowe.
11. Promować produkcję żywności atestowanej z gospodarstw ekologicznych oraz rozwinąć edukację ekologiczną decydentów, producentów i konsumentów.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- odsetek niemowląt w **wieku** 6 miesięcy karmionych wyłącznie piersią;
- odsetek uczniów spożywających posiłki w szkole;
- wyniki badań sposobu żywienia i stanu odżywienia wybranych grup ludności, wyniki monitorowania i kontroli jakości zdrowotnej żywności.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Żywności i Żywienia, Państwowy Zakład Higieny, Instytut Matki i Dziecka), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa, Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej, Ministerstwo Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, Główny Urząd Statystyczny.

Cel operacyjny 3

Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Konsumpcja tytoniu zmniejszy się o 25% w stosunku do 1995 r.
- Odsetek nigdy niepalących mężczyzn zwiększy się do 60% ogółu mężczyzn, a niepalących kobiet — do 80% ogółu kobiet.
- Odsetek palących kobiet w ciąży zmniejszy się o co najmniej 50% w stosunku do stanu z początku lat 90-tych.

Uzasadnienie wyboru celu

Dym papierosowy jest dominującym zanieczyszczeniem środowiskowym w krajach wyżej rozwiniętych, szkodzącym zarówno samym palącym, jak i osobom w ich otoczeniu. Wpływ palenia na zdrowie jest zdecydowanie ujemny: nie przynosi ono jakichkolwiek korzyści, tak w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Związane z nikotyną silne uzależnienie od palenia stwarza konieczność konsekwentnego wdrażania programu profilaktycznego, zapobiegającego rozpoczynaniu palenia przez jak największą liczbę dzieci i młodzieży.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Umieralność z powodu nowotworów złośliwych zmniejszy się o co najmniej 10% w stosunku do roku 1995, przede wszystkim wskutek spadku częstości nowotworów tytoniozależnych.
- Umieralność z powodu chorób układu krążenia zmaleje przynajmniej o 15% w stosunku do 1995 r.
- Znacznie obniży się rozpowszechnienie nieswoistych chorób płuc oraz ich powikłań ze strony układu krążenia oraz innych schorzeń odtytoniowych.

Zadania

1. Egzekwować przepisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
2. Ograniczyć palenie papierosów wśród nauczycieli oraz personelu służby zdrowia, a przy zatrudnianiu nowych pracowników preferować osoby niepalące.
3. Wzmocnić walkę z paleniem wśród uczniów szkół wszystkich typów.
4. Wprowadzić zwyczaj niepalenia we i wszystkich instytucjach i obiektach publicznych.
5. Całkowicie zakazać reklamowania papierosów.
6. Zwiększać ceny wyrobów tytoniowych
7. Systematycznie zmniejszać zawartość substancji szkodliwych w tytoniu i dymie dopuszczonych do sprzedaży w Polsce papierosów.
8. Zachęcać władze i samorządy lokalne oraz organizacje pozarządowe do udziału w zwalczaniu nikotynizmu.
9. Stworzyć sieć poradni przeciwnikotynowych dla palaczy chcących porzucić nałóg, przynajmniej w większych miastach, szczególnie w siedzibach wyższych szkół medycznych.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- odsetek palaczy, byłych palaczy i niepalących i nigdy niepalących w próbach losowych ludności;
- odsetek palaczy, byłych palaczy i niepalących w próbach losowych personelu placówek oświatowych i zdrowotnych;
 - wyniki kontroli przestrzegania zasady niepalenia w miejscach publicznych;
 - ocena rozpowszechnienia palenia wśród uczniów szkół różnych typów;
 - ocena dostępności i efektywności działania poradni odwykowych.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Centrum Onkologii, Państwowy Zakład Higieny, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Instytut Matki i Dziecka), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Obrony Narodowej, Główny Urząd Statystyczny, Komenda Główna Policji.

Cel operacyjny 4

Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Zmniejszenie średniego spożycia alkoholu na głowę ludności o 10% w stosunku do spożycia w okresie 1994/95.
- Zmniejszenie udziału alkoholi wysokoprocentowych w ogólnej strukturze spożycia napojów alkoholowych o 20% w stosunku do okresu 1994/95.
- Zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych ryzykownym i szkodliwym pićm alkoholu.
- Zmniejszenie śmiertelności i uszkodzenia zdrowia u osób uzależnionych od alkoholu.
- Zmniejszenie ilości alkoholu spożywanego przez młodzież o 20% w stosunku do spożycia w okresie 1994/95.

Uzasadnienie wyboru celu

Szacuje się, że rzeczywiste, średnie roczne spożycie alkoholu w roku 1995 wynosiło około 7-9 l 100% alkoholu. Gwałtowny wzrost spożycia alkoholu z lat 1989/92 został w ostatnim okresie zatrzymany ale nadal na wysokim poziomie utrzymują się takie niekorzystne zjawiska jak zwiększanie się spożycia alkoholu przez młodzież i kobiety, przewaga napojów wysokoprocentowych w strukturze spożycia (wyroby spirytusowe — 57% , wino — 15%, piwo — 28%), nietrzeźwość kierowców, picie alkoholu przez chorych somatycznie w trakcie leczenia i rekonwalescencji, przemoc w rodzinach alkoholowych. Liczbę osób uzależnionych od alkoholu szacuje się na 800-900 tysięcy, z czego ponad 130 tys. zarejestrowanych jest w lecznictwie odwykowym. Jednak skuteczność terapii prowadzonej wobec tych pacjentów w znacznej ilości placówek odwykowych jest nadal niska i większość pacjentów pije nadal. Rozmiary szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem mogą być zmniejszone nawet w przypadku gdyby globalne spożycie w Polsce nie uległo istotnym zmianom. Można to osiągnąć m.in poprzez zwiększenie skuteczności i dostępności lecznictwa odwykowego oraz wprowadzenie do podstawowej opieki zdrowotnej i innych placówek służby zdrowia nowoczesnych metod wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec pacjentów nadużywających alkoholu.

Oczekiwane korzyści zdrowotne i społeczne

Zmniejszenie szkód zdrowotnych i skutków społecznych spowodowanych pićm alkoholu w sposób ryzykowny, szkodliwy i przez osoby uzależnione, w tym zmniejszenie:

- Liczby zgonów i inwalidztwa związanych z alkoholem (będących skutkiem wypadków drogowych i innych, samobójstw, zabójstw, zatruc alkoholu, marskości wątroby, niektórych nowotworów złośliwych, nadciśnienia tętniczego itp.);
- Rozmiarów uszkodzeń życia rodzinnego (przemocy, zaniedbań wychowawczych, ubóstwa) oraz konfliktów z prawem i zaburzeń zachowania spowodowanych nietrzeźwością;
- Zaburzeń zdrowotnych u członków rodzin osób uzależnionych (schorzeń psychosomatycznych spowodowanych patologicznym stresem, zaniedbań zdrowotnych itp.).

Zadania

Priorytetowe kierunki i szczegółowe zadania związane z osiągnięciem celu zostały określone w narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania problemów Alkoholowych zatwierdzonym przez Radę Ministrów w dniu 13.08.1996 roku. Podstawowe strategie działania obejmują:

1. Ograniczenie dostępności alkoholu oraz kontrola rynku alkoholowego.
2. Oddziaływania administracyjno-fiskalne i edukacyjne służące zmianie struktury spożycia.
3. Stosowanie skutecznych form kontroli prawnej i społecznej nad patologicznym zachowaniem osób nietrzeźwych.
4. Profilaktyczne programy edukacyjne dla młodzieży i grup zwiększonego ryzyka.

5. Zwiększenie skuteczności i dostępności terapii osób uzależnionych i członków ich rodzin.
 6. Szkolenie przedstawicieli wybranych zawodów w zakresie problemów alkoholowych.
 7. Wspieranie działalności środowisk wzajemnej pomocy i stowarzyszeń trzeźwościowych.
- Koordynację i nadzór zadań nad realizacją prowadzonych przez resort zdrowia oraz ich dofinansowanie prowadzić będzie Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podległa Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej.
- Stosownie do nowelizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi uchwalonej przez Sejm w dniu 4.07.1996 roku, na realizację Programu przez administrację rządową przeznaczone będą środki w wysokości 1% wpływów z podatku akcyzowego a podział środków na jego realizację ustawa powierza Agencji. Zgodnie z ustawą gminy są zobowiązane, jako ich zadania własne, prowadzić działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz zostaną upoważnione do pozyskiwania na ten cel dodatkowych środków finansowych z corocznych opłat na zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych na terenie gminy.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- średnie spożycie alkoholu na głowę mieszkańca i w wybranych populacjach, struktura i styl spożycia w różnych grupach wiekowych,
- liczba przypadków psychoz alkoholowych, marskości wątroby, urazów osób nietrzeźwych,
- liczba wypadków drogowych w stanie nietrzeźwości,
- liczba przypadków przemocy w rodzinach w stanie nietrzeźwości,
- liczba dzieci i młodzieży spożywających alkohol w ciągu ostatniego miesiąca,
- liczba i częstość osób leczonych ambulatoryjnie, szpitalnie, przebywających w izbach wytrzeźwień.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii), Ministerstwo Obrony Narodowej, Biuro Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji, Główny Urząd Statystyczny.

Cel operacyjny 5

Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Zahamowanie wzrostu popytu na substancje psychoaktywne.
- Ograniczenie dostępności substancji psychoaktywnych.
- Wprowadzenie ogólnie dostępnych programów redukcji szkód zdrowotnych u osób przyjmujących substancje psychoaktywne w sposób okazjonalny oraz u osób uzależnionych.

Uzasadnienie wyboru celu

Liczba osób w Polsce uzależnionych od substancji psychoaktywnych jest trudna do oszacowania: tylko liczbę osób uzależnionych od opiatów szacuje się na 25-30 tysięcy. W ostatnich latach na polskim rynku nielegalnych substancji psychoaktywnych gwałtownie zwiększa się podaż takich substancji jak: amfetaminy, kokaina, halucynogeny, preparaty zawierające kannabinole i in. Na tym samym poziomie utrzymuje się używanie opiatów, lotnych rozpuszczalników i leków o właściwościach uzależniających. Wzrost spożycia substancji psychoaktywnych dotyczy głównie osób młodszych, które nie są jeszcze uzależnione, ale narażają się na ryzyko związane z przyjmowaniem substancji drogą dożylną. Ponieważ efektywność leczenia osób uzależnionych jest mała na całym świecie, a ryzyko wystąpienia różnego rodzaju poważnych szkód zdrowotnych (zaburzeń psychicznych i chorób

somatycznych) znacząco wzrasta, wprowadza się programy redukcji szkód oraz programy rehabilitacyjne.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

Zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, w tym częstości występowania:

- zaburzeń psychicznych (zespoły abstynencyjne, psychozy, depresje z próbami samobójczymi);
- chorób somatycznych (AIDS, wirusowe zapalenie wątroby typu B, infekcje oportunistyczne, w tym prątkiem gruźlicy, wyniszczenie).

Zadania

1. Prowadzić odpowiednią politykę wobec substancji uzależniających proces dostosowywanie aktów prawnych do zmieniających się potrzeb.
2. Wprowadzić w szkołach wszystkich typów, w ramach wszechstronnej edukacji zdrowotnej rzetelną informację o substancjach uzależniających oraz kształtować umiejętności osobnicze i społeczne chroniące młodych ludzi przed sięganiem po narkotyki.
3. Wprowadzić programy profilaktyczne za pośrednictwem środków masowego przekazu i specyficzne programy dla grup zwiększonego ryzyka; szkolić kadry do wdrożenia tych programów.
4. Ograniczyć podaż substancji psychoaktywnych poprzez działania legislacyjne, policyjne i celne.
5. Szkolić personel medyczny, pedagogiczny, policyjny, penitencjalny itp. w zakresie wczesnego rozpoznawania problemów spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych umiejętności postępowania z osobami, u których te problemy występują oraz w zakresie udzielania wszechstronnej profesjonalnej pomocy osobom uzależnionym.
6. Kształcić lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zasad bezpiecznego stosowania leków o właściwościach uzależniających.
7. Wdrożyć programy skutecznej detoksykacji, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych oraz programy ograniczania szkód zdrowotnych, w szczególności programy leczenia substytucyjnego (metadon), wymiany igieł i strzykawek, edukacji seksualnej (używanie prezerwatyw).

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- odsetek osób uzależnionych (dane o osobach korzystających z placówek służby zdrowia, badania miarodajnych grup ludności),
- dane policyjne, sądowe i celne dotyczące produkcji, przemytu i dystrybucji substancji psychoaktywnych oraz zjawisk kryminalnych związanych z narkotykami;
- dane o realizacji programów profilaktycznych i ich ewaluacja;
- ewaluacja programów redukcji szkód.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Psychiatrii i Neurologii), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Sprawiedliwości, Komenda Główna Policji.

Cel operacyjny 6

Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Edukacja zdrowotna, jako obowiązkowy program międzyprzedmiotowy, zostanie włączona do programów nauczania szkół wszystkich typów.
- W środkach masowego przekazu zintensyfikuje się edukację zdrowotną społeczeństwa oraz poprawi się jej jakość i efektywność.
- Zostanie stworzone zaplecze instytucjonalne, wspierające działania w zakresie promocji zdrowia na poziomie regionalnym i lokalnym.
- Zwiększy się liczba (dotychczas niewielka) osób kompetentnych w zakresie opracowywania i realizacji programów edukacji zdrowotnej oraz projektów promocji zdrowia w różnych sektorach życia społecznego.
- Upowszechnione zostaną działania oparte na siedliskowym podejściu do promocji zdrowia: zdrowe miasto, zdrowa gmina, szkoła, zakład pracy i szpitale promujące zdrowie (np. do Krajowej Sieci Szkół Promujących Zdrowie włączy się co najmniej 3 tys. szkół).

Uzasadnienie wyboru celu

Podniesienie poziomu świadomości oraz kompetencji zarówno grup zawodowych, jak i całego społeczeństwa w zakresie promowania zdrowia stanowi jeden z kluczowych warunków upowszechnienia zdrowych stylów życia. Można to osiągnąć głównie poprzez zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa, zwłaszcza dzieci i młodzieży. Mimo opłacalności inwestycji w promocję zdrowia w Polsce nie ma dotychczas obowiązkowego programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej w szkole. Istnieje także potrzeba nasilenia i poprawy jakości edukacji zdrowotnej ogółu społeczeństwa, ukierunkowanej szczególnie na zwalczanie czynników ryzyka chorób przewlekłych oraz propagowanie zdrowych stylów życia. Dla stymulowania i zwiększenia skuteczności działań w zakresie promocji zdrowia, niezbędne jest:

- szkolenie kadr w zakresie promocji zdrowia (podejmowane dotychczas działania miały zbyt wąski zasięg, a ponadto ograniczały się przede wszystkim do pracowników służby zdrowia i w niewystarczającym stopniu uwzględniały inne grupy zawodowe, niezbędne do realizacji współpracy międzyresortowej na rzecz zdrowia);
- stworzenie odpowiedniego zaplecza instytucjonalnego dla wspierania realizacji programów edukacji zdrowotnej i działań w zakresie promocji zdrowia oraz koordynacji alokacji środków na te cele (w Polsce nie ma takiego zaplecza, co zmniejsza możliwości właściwego wykorzystania przeszkolonych już kadr).

Oczekiwane korzyści zdrowotne

Korzyści zdrowotne będą dotyczyły większości aspektów zdrowia, szczególnie dadzą się zaobserwować w tych dziedzinach, które są zależne od stylu życia.

Zadania

1. Wdrożyć program wszechstronnej edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej (w tym profilaktykę uzależnień, HIWAIDS i edukację seksualną) oraz stworzyć struktury wspierające jego realizację (system kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, doradztwo metodyczne, produkcję pomocy i materiałów dla uczniów i nauczycieli).
2. Nasilić w środkach masowego przekazu edukację w zakresie zdrowych stylów życia, z naciskiem na kontrolę własnego zdrowia oraz wskazywaniem sposobów zmiany stylu życia i radzenia sobie z głównymi przyczynami zagrożenia zdrowia.

3. Wzmocnić zaplecze instytucjonalne oraz usprawnić system rozdziału środków niezbędnych do wdrażania programów edukacji zdrowotnej i projektów promocji zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym.

4. Wdrożyć system kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego kadr służby zdrowia oraz innych grup zawodowych w zakresie promocji zdrowia (dziennikarze, pracownicy samorządów lokalnych, nauczyciele, politycy, działacze organizacji pozarządowych).

5. Stymulować i wspierać projekty i działania dotyczące promocji zdrowia oparte na siedliskowym podejściu: zdrowe miasto, zdrowa gmina, szkoła, zakład pracy i szpital promujący czy zdrowie, zdrowy dom.

6. Rozwijać poradnictwo w zakresie zdrowych stylów życia w tym: rodzinne, psychologiczne, żywieniowe, antytytoniowe, antyalkoholowe.

7. Wspierać aktywność samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Monitorowanie

Wskaźniki:

- odsetek szkół realizujących program edukacji zdrowotnej i przeszkolonych nauczycieli,
- wyniki oceny jakości i efektywności edukacji zdrowotnej społeczeństwa, prowadzonej przez środki masowego przekazu,
- wyniki oceny stanu zaplecza instytucjonalnego promocji zdrowia na poziomie centralnym i regionalnym,
- liczba kadr dla promocji zdrowia w różnych resortach oraz wyniki oceny systemu ich kształcenia i kompetencji,
- liczba miast, gmin, szkół, zakładów pracy, szpitali realizujących projekty promocji zdrowia z uwzględnieniem podejścia siedliskowego,
- liczba placówek w sieci poradnictwa w zakresie zdrowych stylów życia,
- liczba organizacji pozarządowych zaangażowanych w edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (instytuty naukowo-badawcze resortu zdrowia, stacje sanitarno-epidemiologiczne), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Telewizja Polska S.A., Polskie Radio, S.A., Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa, Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Cel operacyjny 7

Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Stworzenie podstaw prawnych i ekonomicznych rozwijania instytucji oraz inicjatyw lokalnych wspierających rodzinę, szczególnie w sytuacjach kryzysowych.
- Umożliwienie edukacji w zakresie ochrony i promocji zdrowia psychicznego różnym grupom ludności, zwłaszcza rodzicom, nauczycielom i menadżerom.
- Zwiększenie liczby placówek zajmujących się prewencją oraz poradnictwem i pomocą profesjonalną dla osób w sytuacjach kryzysowych i mających problemy ze zdrowiem psychicznym (dotyczy różnych grup ludności).

Uzasadnienie wyboru celu

W Polsce około 15-25% osób cierpi z powodu zaburzeń psychicznych a około 10-20% dzieci i młodzieży w wieku szkolnym wymaga opieki psychologiczno-psychiatrycznej. Najczęściej są to zaburzenia psychogenne lub takie, w których powstawaniu znaczącą rolę odgrywiają czynniki psychogenne. W ostatnich latach systematycznie zwiększa się liczba osób

zgłaszających się po pomoc psychologiczno-psychiatryczną oraz do lekarzy ogólnych z powodu zaburzeń nerwicowych. Zwiększa się także częstość występowania zaburzeń depresyjnych i psychosomatycznych oraz problemów spowodowanych piciem alkoholu i przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych. Wzrost ten należy wiązać przede wszystkim z warunkami współczesnego życia, a zwłaszcza gwałtownymi przemianami politycznymi, ekonomicznymi i społecznymi, które stanowią sytuacje stresogenne. Promocja zdrowia psychicznego to przede wszystkim:

- stwarzanie warunków sprzyjających harmonijnemu rozwojowi psychicznemu dziecka oraz zaspokajaniu potrzeb psychicznych dorosłych,
- umożliwienie ludziom zdobycia umiejętności zaspokajania swoich potrzeb i aspiracji, życia twórczego oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także kształtowania w swoim otoczeniu właściwych relacji międzyludzkich,
- zapewnienie profesjonalnego i społecznego wsparcia osobom i rodzinom znajdującym się w sytuacjach trudnych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Poprawa kondycji psychicznej ludności, relacji międzyludzkich, gotowości i skuteczności współdziałania między jednostkami, w grupach i społecznościach lokalnych.
- Zmniejszenie częstości występowania zaburzeń psychicznych: emocjonalnych, nerwicowych, psychosomatycznych oraz problemów związanych z piciem alkoholu, a także używaniem innych substancji uzależniających.

Zadania

1. Stwarzać warunki prawne i ekonomiczne, a w razie sytuacji kryzysowych zapewniać wsparcie umożliwiające prawidłowe funkcjonowanie rodziny.
2. Wspierać inicjatywy lokalne w zakresie organizacji czasu wolnego dla różnych grup mieszkańców, alternatywne w stosunku do subkultur.
3. Kształcić osoby zajmujące się: wychowaniem, opieką, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem, zarządzaniem i organizacją pracy oraz wypoczynku w zakresie ochrony i promocji zdrowia psychicznego.
4. Umożliwić rodzicom uzyskanie wiedzy o rozwoju i potrzebach psychicznych dziecka oraz umiejętności stymulowania i wspierania tego rozwoju; zapoznawać z zasadami funkcjonowania rodziny i tworzenia dla swych dzieci wzorców osobowościowych oraz kształtowania zdrowego stylu życia.

Włączyć do programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej w szkole kształtowanie podstawowych umiejętności osobistych i społecznych (odpowiedzialności za swoje zdrowie, komunikowania się z innymi, rozwiązywania własnych problemów, konfliktów, radzenia sobie ze stresem, naciskiem z zewnątrz itd.); stwarzać w szkołach warunki i atmosferę sprzyjającą zdrowiu psychicznemu; wspierać rozwój ruchu szkół promujących zdrowie.

Instytucje

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Psychiatrii i Neurologii, Instytut Matki i Dziecka), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Obrony Narodowej.

Cel operacyjny 8

Zmniejszenie narażenia ludności na czynniki szkodliwe w środowisku życia, pracy i nauki oraz ich skutków zdrowotnych

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Emisja dwutlenku siarki do atmosfery nie przekroczy 2 mln ton rocznie.
- .- Emisja tlenków azotu do atmosfery nie przekroczy poziomu z 1995 r.

- Ilość nie oczyszczonych ścieków komunalnych i przemysłowych zmniejszy się o 15% w stosunku do 1995 r.
- Narażenie na hałas zmniejszy się o 25% w stosunku do poziomu z 1995 r.

Uzasadnienie wyboru celu

Pomimo obserwowanej w ostatnich latach poprawy stanu środowiska, sytuacja w naszym kraju jest wciąż niezadowolająca i wymaga intensyfikacji działań naprawczych.

Zanieczyszczenia powietrza na stanowiskach pracy, w mieszkaniach oraz powietrza atmosferycznego, zanieczyszczenia wody pitnej oraz wód powierzchniowych, zanieczyszczenia gleby i żywności powodują nie występowanie zaburzeń stanu zdrowia np.: zaburzenia funkcji rozrodczych, zaburzenia neurologiczne, immunologiczne, czynności nerek i zaburzenia zachowania. Zwiększają także ryzyko rozwoju wielu chorób, szczególnie o charakterze przewlekłym: chorób układu oddechowego, pokarmowego, niektórych nowotworów, a także wad wrodzonych. Zapadalność na choroby zawodowe w Polsce w ciągu ostatnich 20 lat wykazywała trend wzrostowy. Od wielu lat zapadalność ta kształtowana jest przez siedem następujących chorób lub grup chorobowych: uszkodzenie słuchu, przewlekłe choroby narządu głosu, choroby zakaźne i inwazyjne, pylice płuc, choroby skóry, zespół wibracyjny, zatrucia. Choroby te stanowi około 85% ogólnej zachorowalności na choroby zawodowe.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

Zmniejszenie w stosunku do roku 1995 r.:

- zapadalności na ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego o 5 — 10%;
- częstości występowania podwyższonego stężenia ołowiu we krwi dzieci zamieszkałych w dużych miastach o 50%;
- zapadalności na pylice płuc o 20-30%;
- zapadalności na zawodowe uszkodzenie słuchu o 50%;
- częstości występowania przewlekłych zatruc zawodowych

Zadania

1. Opracować i wdrożyć strategiczny program rządowy „Środowisko i zdrowie”, zgodny z wytycznymi Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia załączonymi do Deklaracji Helsińskiej podpisanej przez stronę polską w 1994 r
2. Kontynuować realizację strategicznego programu rządowego „Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy”.
3. Opracować i wdrożyć programy profilaktyki medycznej skutków zdrowotnych narażenia na szkodliwe czynniki środowiska.
4. Tworzyć” i doskonalić dostępne systemy informacyjne dla celów monitoringu „Środowiskowych zagrożeń zdrowia i ich skutków”
5. Eliminować lub modernizować technologie powodujące zanieczyszczenie środowiska pracy i komunalnego.
6. Wprowadzać ekologiczne systemy grzewcze w miastach, w których notuje się przekroczenia dopuszczalnych stężeń dwutlenku siarki i pyłu zawieszonego.
7. Wymuszać sukcesywną eliminację z rynku benzyn ołowiowych oraz starych samochodów bez katalizatorów; promować paliwa ekologiczne i komunikację szynową.
8. Doskonalić prawo budowlane w kierunku zmniejszenia zagrożeń zdrowia związanych ze stosowanymi technologiami i upowszechnienia ekologicznych materiałów budowlanych.
9. Restrukturyzować produkcję rolniczą na obszarach o glebach nadmiernie zanieczyszczonych substancjami toksycznymi.

10. Przyspieszać budowę wodociągów oraz systemów oczyszczania i odprowadzania ścieków na terenach wiejskich
11. Wymuszać skuteczne technologie uzdatniania wody w systemach zaopatrywanych z ujęć powierzchniowych zapobiegające powstawaniu wtórnych mikrozanieczyszczeń wody.
12. Łagodzić istniejące nieprawidłowości lokalizacyjne przez budowę ekranów akustycznych i innych zabezpieczeń.
13. Opracować i wdrażać zintegrowane programy edukacji ekologicznej, zdrowotnej i konsumenckiej, skierowane do decydentów, samorządów, producentów i konsumentów.
14. Doskonalić system wczesnego wykrywania zagrożeń ludzi i środowiska ze strony promieniowania jonizującego i niejonizującego.
15. Opracować i wdrożyć lokalne programy zmniejszania ilości wytwarzanych odpadów, ich utylizacji oraz wdrażać centralne programy „ekologicznie bezpiecznego” unieszkodliwiania odpadów toksycznych. Zwrócić szczególną uwagę na odpady niebezpieczne, w tym skażone biologicznie z zakładów służby zdrowia oraz pozostające po akcjach ratownictwa chemicznego. Ograniczyć spalanie odpadów do przypadków, gdy jest to sposób ich unieszkodliwiania najbezpieczniejszy dla środowiska i zdrowia ludności.
16. Stworzyć system skutecznego kontrolowania działań każdej instytucji na rzecz ochrony zdrowia ludzi przed szkodliwymi skutkami fizycznego, chemicznego, biologicznego i

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

wskaźniki środowiskowe: emisja i imisja podstawowych zanieczyszczeń I związanych ze spalaniem paliw mineralnych (pył, SO₂, NO₂, CO, WWA, Pb) oraz innych niebezpiecznych substancji emitowanych bezpośrednio z procesów technologicznych (Cd, CS₂), bądź powstających w wyniku reakcji zachodzącej w atmosferze (O₃, SO₄); WWA i trójhalometany o właściwościach rakotwórczych oraz azotany w wodzie do picia; wybrane metale ciężkie i WWA w glebie i żywności; wybrane związki chloroorganiczne w żywności i materiale biologicznym; produkty korozji biologicznej oraz substancje najczęściej emitowane z materiałów budowlanych, wykończeniowych i mebli (zarodniki grzybów i pleśni, formaldehyd, wybrane węglowodory aromatyczne); poziom wybranych metali ciężkich we krwi i w moczu,

wskaźniki zdrowotne: częstość występowania jako chorób zawodowych wybranych rodzajów nowotworów, astmy oskrzelowej a także upośledzenia układu oddechowego u dzieci, wad wrodzonych, niskiej masy urodzeniowej, umieralność niemowląt z powodu wybranych przyczyn

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Instytut Medycyny Pracy, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Państwowy Zakład Higieny, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Medycyny Wsi, Instytut Żywności i Żywienia), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Gospodarki (Główny Instytut Górnictwa), Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa, Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Transportu i Gospodarki Morskiej, Główny Urząd Statystyczny, Państwowa Agencja Atomistyki (Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej, Instytut Chemii i Techniki Jądrowej, Instytut Fizyki Jądrowej), Polski Komitet Normalizacyjny

Cel operacyjny 9

Poprawa stanu sanitarnego kraju

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Wymierna poprawa stanu sanitarnego kraju przez systematyczne zmniejszanie w kolejnych latach liczby obiektów o złym stanie sanitarnym.

Uzasadnienie wyboru celu

Stan sanitarny kraju, a zwłaszcza obiektów użyteczności publicznej (szkół, urzędów, placówek służby zdrowia zakładów gastronomicznych, dworców itd.) pomimo pewnej poprawy w ostatnich latach, jest w Polsce w dalszym ciągu niezadowalający. Pod tym względem odbiegamy niekorzystnie od krajów Unii Europejskiej. Sytuacja ta sprzyja szerzeniu się m.in. zatruc pokarmowych, wirusowego zapalenia wątroby typu A, a ponadto obniża skuteczność działalności oświatowej i wychowawczej.

Poprawa stanu sanitarnego wymaga, obok edukacji zdrowotnej społeczeństwa, zaspokojenia elementarnych — potrzeb dostępności do środków i narzędzi służących utrzymaniu czystości, usuwania nieczystości itd. Wymaga to podjęcia działań przez wszystkie resorty-

Oczekiwane korzyści zdrowotne

Zmniejszenie w stosunku do 1995 r. zapadalności na:

- zatrucia pokarmowe o 40%;
- biegunki u dzieci do lat dwóch o 50%;
- wirusowe zapalenie wątroby typu A.

Zadania

1. Tworzyć warunki i preferencje dalszego rozwoju rynku tanich dostępnych dla masowego nabywcy środków i urządzeń służących utrzymaniu czystości.
2. Wprowadzić normy prawne i technologiczne usuwania, składowania i utylizacji nieczystości zgodne z normami Unii Europejskiej.
3. Zapewnić wystarczającą liczbę ustępów publicznych w miastach i rygorystycznie przestrzegać utrzymania ich w odpowiednim stanie technicznym i sanitarnym.
4. Usprawnić system neutralizowania nieczystości.
5. Doprowadzić zakłady opieki zdrowotnej oraz placówki oświatowo-wychowawcze do należytego stanu sanitarnego, co stworzy wzorce rozwiązań dla innych obiektów użyteczności publicznej.
6. Zaostrzyć kryteria sanitarne w stosunku do obiektów użyteczności publicznej i zwiększyć sankcje w stosunku do osób odpowiedzialnych za stan sanitarny.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

— odsetki obiektów publicznych różnych kategorii nie spełniających wymogów higienicznych.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowy Zakład Higieny), Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

Cel operacyjny 10

Zmniejszenie liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Liczba wypadków, szczególnie drogowych i liczba poszkodowanych będzie ulegać stopniowemu zmniejszeniu.
- Liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych zmniejszy się o 20% w stosunku do 1995r.
- Liczba wypadków przy pracy zmaleje do połowy stanu z 1995 r.

Uzasadnienie wyboru celu

Wypadki drogowe są w Polsce jedną z głównych przyczyn zgonów z powodu urazów i zatruc, a w grupie ludzi, młodych — przyczyną pierwszą. W 1995 r. w wypadkach drogowych zginęło 6900 osób a 70226 zostało rannych. Wypadki w Polsce charakteryzują się wyjątkowo wysoką śmiertelnością: na 100 wypadków ginie 12 osób, wobec przeciętnego wskaźnika 3,5 w krajach Unii Europejskiej. W krajach najwyżej rozwiniętych osiągnięto znaczne sukcesy w zwalczaniu wypadków drogowych dzięki energicznemu wdrożeniu racjonalnych programów prewencyjnych oraz systemów pomocy osobom poszkodowanym w wypadkach.

Mimo tendencji spadkowej w ostatnich latach liczba osób poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy przekracza rocznie 100 tys., w tym 600 zgonów.

Zadania

1. Zmniejszyć liczbę ofiar wypadków drogowych spowodowanych nadmierną szybkością jazdy, głównie przez:

- uzyskanie akceptacji społecznej dla ograniczenia szybkości jazdy,
- uświadomienie potrzeby dostosowania szybkości do warunków drogowych,
- doszkalanie kierowców łamiących przepisy szybkości,
- zwiększenie kontroli policyjnej szybkości,
- tworzenie w obszarach miejskich stref ograniczeń prędkości.

2. Zmniejszyć liczbę ofiar wypadków spowodowanych przez młodych kierowców, głównie przez:

- tworzenie atmosfery dezaprobaty społecznej dla ryzykownych zachowań,
- wprowadzenie prawa jazdy „na próbę” oraz „z osobą towarzyszącą”,
- dokładniejszą kontrolę psychologiczną przy wydawaniu praw jazdy,
- zwiększenie stawek ubezpieczenia OC dla młodych kierowców,
- zmniejszenie stawek ubezpieczeniowych dla kierowców bezpiecznych (10, 15 i 20 lat bez wypadku).

3. Zmniejszyć liczbę ofiar wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych użytkowników dróg, głównie przez:

- tworzenie klimatu społecznego potępienia dla nietrzeźwych użytkowników dróg,
- zwiększenie częstości losowych kontroli trzeźwości kierowców,
- surowe karanie lub przymusowe doszkalanie kierowców zatrzymanych w stanie nietrzeźwym,
- różnicowanie wysokości odszkodowań OC zależnie od stanu trzeźwości uczestników wypadku.

4. Zmniejszyć liczbę zabitych w wypadkach drogowych z udziałem niechronionych użytkowników dróg, głównie przez:

- zmianę zasad szkolenia kierowców pojazdów jednośladowych,
- upowszechnienie elementów odblaskowych na ubraniach pieszych i rowerzystów,
- podwyższenie wymagań technicznych stawianych pojazdom jednośladowym, segregację ruchu (pobocza, ścieżki, bariery) oraz podział dróg na strefy, poprawianie i zabezpieczenie przejść dla pieszych (znaki ostrzegawcze, sygnalizacja świetlna).

5. Zmniejszyć negatywne skutki wypadków, głównie przez:

- upowszechnianie zasad udzielania pierwszej pomocy,

- wprowadzenie obowiązku posiadania przez kierowców zawodowych świadectw stwierdzających umiejętność udzielania pomocy przedlekarskiej ofiarom wypadków drogowych,
- upowszechnienie właściwego wyposażenia pojazdów (pasy bezpieczeństwa, foteliki dla dzieci, zagłówki, poduszki, hełmy, kaski ochronne),
- zwiększenie nadzoru nad rzetelnością przeglądów technicznych pojazdów,
- tworzenie bezpiecznego środowiska drogowego (bariery i inne zabezpieczenia),
- tworzenie skutecznego systemu pierwszej pomocy.

6. Zmniejszyć liczbę ofiar wypadków na przejściach dróg w małych miejscowościach, głównie przez:

- tworzenie korzystnej atmosfery społecznej dla uspokajania ruchu,
- modernizację przejść dla pieszych przez istniejące drogi przelotowe,
- wprowadzanie rozwiązań uspokajających ruch drogowy (zwężenia przekroju drogi, runda itp.),
- budowę dróg i obwodnic umożliwiających omińnięcie terenów zabudowanych (osiedli) o skupionej zabudowie.

7. Zmniejszyć liczbę ofiar w miejscach koncentracji wypadków, głównie przez:

- rozpowszechnianie informacji o takich miejscach,
- inwentaryzację braków i zaniedbań na drogach,
- modernizację niebezpiecznych skrzyżowań.

8. Unowocześnić metody szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ostrzegania o zagrożeniu zawodowym.

9. Wymusić na pracodawcach zapewnienie warunków bezpieczeństwa i higieny pracy.

10. Prowadzić działalność prawną i informacyjną wpływającą na zmniejszenie zagrożeń wypadkami.

11. Stworzyć Krajowy Ośrodek Zapobiegania Wypadkom.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

wyniki oceny rozmiarów strat ludzkich i materialnych oraz częstości wypadków drogowych i wypadków przy pracy w tym szczególnie:

- częstość wypadków drogowych i przy pracy z uwzględnieniem przyczyn,
- umieralność z powodu wypadków,
- częstość obrażeń w wypadkach rejestrowanych (w stosunku do ludności i liczby pojazdów)
- udział pieszych i innych nie chronionych użytkowników dróg w zgonach i obrażeniach powypadkowych
- liczba i częstość wypadków oraz osób ulegających urazom pod wpływem alkoholu.

Instytucje:

Komenda Główna Policji, Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (BRD), Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Matki i Dziecka, Instytuty Medycyny Pracy, Państwowy Zakład Higieny, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia), Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Transportu i Gospodarki Morskiej, Główny Urząd Statystyczny.

 'Zadaniu 1-7 44 streszczeniem zadań programu poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego CAMBIT, opracowanego na zlecenie Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej oraz na zamówienie Komitetu Badań Naukowych.

Cel operacyjny 11

Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Poprawi się dostępność świadczeń medycznych w stanach nagłych, przy spadku liczby wezwań nieuzasadnionych.
- Zwiększy się szybkość udzielania niezwłocznej pomocy.
- Zwiększą się możliwości wezwania pomocy w nagłych wypadkach.

Uzasadnienie wyboru celu

Wzrasta liczba wypadków z ofiarami w ludziach, w tym częstość zgonów na miejscu wypadku. Utrzymuje się duża śmiertelność we wczesnym okresie ostrych epizodów chorób układu krążenia. Przybývá zgonów nagłych, z nieznaną przyczyną w okresie oczekiwania na pomoc pogotowia ratunkowego.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Zmniejszy się umieralność z powodu chorób układu krążenia w stosunku do 1995 r.
- Zredukuje się umieralność z powodu urazów i zatruc w stosunku do 1995 r.
- Zwiększy się poczucie bezpieczeństwa ludzi zagrożonych chorobami i okolicznościami stwarzającymi bezpośrednie ryzyko dla życia.
- Zrówna się dostęp do opieki medycznej w stanach nagłych, bez względu na różnice społeczne i terytorialne

Zadania

1. Skrócić czas dojazdu do osób w stanie zagrożenia życia do 15 minut.
2. Zmniejszyć umieralność ofiar wypadków w pierwszej godzinie po zaistnieniu urazu.
3. Skrócić czas upływający od chwili ostrego epizodu do udzielenia pomocy w ostrych stadiach chorób układu krążenia.
4. Przygotować projekt ustawy o ratownictwie medycznym.
5. Wdrożyć jednolity program nauczania pierwszej pomocy w szkołach podstawowych.
6. Wprowadzić zadania z zakresu ratownictwa medycznego do obowiązków straży pożarnej, policji i ratownictwa okrętowego.
7. Zmienić zasady funkcjonowania oraz wyposażenie lotnictwa sanitarnego.
8. Ujednolicić struktury publicznego pogotowia ratunkowego na terenie kraju oraz jego wyposażenie, szkolenie i zasady postępowania personelu.
9. Określić i wdrożyć zasady działania publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz organów administracji rządowej i samorządowej na wypadek katastrof i sytuacji awaryjnych.
10. Utworzyć telefoniczny nadzór kardiologiczny.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- liczba i częstość śmiertelnych wypadków drogowych, w tym zgonów na miejscu wypadku;
- liczba i częstość podejmowanych oraz skutecznych usiłowań przywrócenia życia poza szpitalem;
- liczba, rozmieszczenie i wyposażenie stacji pogotowia ratunkowego.

Instytucje:

Biuro Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Kardiologii, Państwowy Zakład Higieny, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony

Zdrowia), Ministerstwo Łączności, Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Transportu i Gospodarki Morskiej.

Cel operacyjny 12

Zwiększenie dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej i usprawnienie tej opieki

Oczekiwane efekty do roku 2005

- Zmniejszą się różnice w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych między grupami społecznymi i regionami kraju.
- Zwiększy się poczucie bezpieczeństwa osób potrzebujących pomocy medycznej.
- Zapewni się powszechną dostępność świadczeń zapobiegawczych.
- Upowszechni się opiekę nad chorymi zagrożonymi rozwojem chorób przewlekłych.

Uzasadnienie wyboru celu

Dobry poziom oraz łatwa dostępność świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej stanowi najkrótszą drogę do zmniejszenia nierówności społecznych i regionalnych w opiece zdrowotnej. Dobra opieka podstawowa zapewnia profilaktykę, ułatwia leczenie chorób w ich wcześniejszym, często odwracalnym stadium, a zatem ta forma opieki może upowszechniać postawy sprzyjające zdrowiu.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Zmniejszy się zagrożenie chorobami przewlekłymi, szczególnie schorzeniami układu krążenia, narządu ruchu i innych.

Zadania

1. Upowszechnić instytucję lekarza rodzinnego.
2. Uzupełnić sieć placówek podstawowej opieki zdrowotnej o określonym standardzie wyposażenia.
3. Spowodować przejęcie placówek opieki podstawowej przez samorządy terytorialne.
4. Upowszechnić kontraktowanie świadczeń zdrowotnych.
5. Wyszkolić około 2 500 lekarzy w systemie rezydenturkim oraz około 1200 w trybie „krótkiej ścieżki” w zakresie medycyny rodzinnej.
6. Doszkalać pielęgniarki i położne dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Zmienić system finansowania POZ z zaopatrzeniowego na ubezpieczeniowy.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

liczba placówek podstawowej opieki zdrowotnej, ich rozmieszczenie; wskaźniki zatrudnienia, udzielane świadczenia.

Instytucje

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Medycyny Wsi, Instytut Matki i Dziecka, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia), Główny Urząd Statystyczny.

Cel operacyjny 13

Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Częstość wstępowania wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała (poniżej 2500 g) zmniejszy się do 5%.
- Współczynnik umieralności okołoporodowej zmniejszy się do 11 na 1000 urodzeń.

Uzasadnienie wyboru celu

Umieralność niemowląt w Polsce, mimo wyraźnej tendencji spadkowej jest nadal ponad dwukrotnie większa niż w krajach rozwiniętych. Główną przyczyną dużej umieralności niemowląt jest wcześniactwo i mała urodzeniowa masa ciała. W 1995 r. współczynnik umieralności niemowląt wynosił 13,6 na 1000 urodzeń żywych, a odsetek noworodków z masą urodzeniową ciała poniżej 2500 g wyniósł 6,7% (w krajach rozwiniętych 4—6%). Ryzyko zgonu niemowląt z małą masą ciała jest w Polsce prawie dwukrotnie większe niż w krajach rozwiniętych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Współczynnik umieralności niemowląt obniży się do 8 na 1000 urodzeń żywych (do poziomu przeciętnego w Europie).
- Zmniejszy się liczba przypadków chorób przewlekłych i inwalidztwa, powstałych w następstwie wcześniactwa i małej masy urodzeniowej **ciała**.

Zadania

1. Usprawnić diagnostykę i leczenie zakażeń układu moczowo-płciowego u kobiet ciężarnych.
2. Zredukować rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród kobiet ciężarnych (do poziomu poniżej 10%).
3. Poprawić stan odżywienia kobiet ciężarnych żyjących w niedostatku.
4. Zmniejszyć częstość urodzeń wśród kobiet w wieku poniżej 18 lat oraz kobiet po 35 roku życia (o 20% w stosunku do 1995 r.).
5. Upowszechnić opiekę przedciążową oraz usprawnić diagnostykę i czynną opiekę nad ciężarną w przypadkach zagrożenia wcześniactwem.
6. Upowszechnić zasady systemu preferencyjnego w odniesieniu do porodu przedwczesnego (transport matki), poprawić poziom opieki nad wcześniakiem.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- umieralność niemowląt,
- umieralność okołoporodowa,
- częstość wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała;
- wiek rodzących, kolejność ciąży, odstępy między ciążami.
- częstość palenia tytoniu przez kobiety ciężarne.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Matki i Dziecka), Główny Urząd Statystyczny.

Cel operacyjny 14

Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Istotne podwyższenie wykrywalności nadciśnienia tętniczego ze zwiększeniem odsetka skutecznie leczonych chorych i zapobieganie udarom mózgowym.
- Upowszechnienie badań nad występowaniem czynników zagrożenia chorobą niedokrwienną serca w populacji krajowej oraz wdrożenie metod jej zapobiegania ze zmniejszeniem zachorowalności na zawał serca.

Uzasadnienie wyboru celu

Polska należy do grupy niewielu krajów Europy, w których „epidemia” choroby niedokrwiennej serca — najbardziej zagrażającej życiu choroby układu krążenia — jeszcze nie minęła. Dotyka ona zwłaszcza osoby poniżej 65 roku życia. Choroba ta wciąż stanowi główną przyczynę zgonów w większości krajów.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejszy się o 15%| w stosunku do 1995 r

Zadania

1. Zwiększyć wykrywalność w podstawowej opiece zdrowotnej nadciśnienia tętniczego. Częstość nowo wykrytych przypadków -nadciśnienia powinna rosnać w tempie przynajmniej 2% rocznie.
2. Rozszerzyć leczenie nefarmakologiczne i wczesne leczenie nadciś-nienia w warunkach ambulatoryjnych.
3. Wprowadzenie szerszej oceny poziomu ciał tłuszczowych we krwi oraz w przypadku jego podwyższenia podejmować odpowiednie leczenie dietetyczne lub farmakologiczne.
4. Rozszerzyć podstawowe metody analityczne w laboratoriach rejonowych o sposoby określania ciał tłuszczowych.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- liczba przeprowadzonych badań przesiewowych w kierunku nadciśnienia tętniczego oraz podjętego leczenia hipotensyjnego,
- liczba przeprowadzonych badań przesiewowych w kierunku hiper-cholesterolemii oraz podjętego leczenia dietetycznego i farmakologicznego.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Kardiologii, Instytut Żywności i Żywienia, Państwowy Zakład Higieny, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia), Ministerstwo Obrony Narodowej.

Cel operacyjny 15

Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka¹

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Upowszechni się system wczesnego wykrywania i leczenia najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet.
- Umieralność z powodu nowotworów złośliwych zmniejszy się o 10% w stosunku do 1995 r.

Uzasadnienie wyboru celu

Rak sutka jest najczęstszym, najgroźniejszym i wciąż rozpowszechniającym się nowotworem kobiet w Polsce. Zapadalność na raka szyjki macicy ustępuje jedynie częstości zachorowań na raka sutka. Uleczalność nowotworu zależy w decydującym stopniu od szybkości wykrycia go. W obu wypadkach istnieją skuteczne metody zapobiegania uogólnieniu się choroby.

Zadania

1. Zwiększyć świadomość potrzeby i upowszechnić umiejętność wykonywania badań umożliwiających wczesne wykrycie raka sutka oraz chorób sutka prowadzących do jego wystąpienia.
2. Spowodować wzrost udziału rozpoznań przedinwazyjnego raka sutka o 2% rocznie.
3. Zwiększyć częstość badań cytologicznych wymazów z szyjki macicy u kobiet do 60 roku życia. Roczny przyrost częstości wymazów powinien wynieść co najmniej 2%.
4. Stworzyć ośrodki wykonujące przesiew w kierunku raka sutka przy filiach Instytutu Onkologii oraz zwiększyć innych makroregionów oraz zaopatrzyć je w niezbędną aparaturę diagnostyczną.
5. Upowszechnić badania cytologiczne u kobiet w wieku 18-60.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- częstość badania sutka oraz pobierania wymazów szyjkowych ustalona na podstawie wywiadu u miarodajnej części osób;
- częstość rozpoznania przedinwazyjnego raka sutka i szyjki macicy w rejestrze krajowym oraz rejestrach lokalnych nowotworów złośliwych,
- ocena realizacji inwestycji i zakupu aparatury niezbędnych do zintensyfikowania badań przesiewowych.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Centrum Onkologii, Państwowy Zakład Higieny, Instytut Matki i Dziecka), Główny Urząd Statystyczny.

Cel operacyjny 16

Stworzenie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub całkowity powrót do czynnego życia

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Zwiększy się liczba miejsc pracy chronionej oraz stanowisk dla osób niepełnosprawnych w zwykłych zakładach pracy.
- Zwiększy się liczba uczniów niepełnosprawnych w klasach integracyjnych.
- Nastąpi odczuwalna poprawa w przystosowaniu środowiska zamieszkania do potrzeb życiowych inwalidów.

- Zwiększy się dostępność ośrodków rehabilitacji.

Uzasadnienie wyboru celu

Według danych szacunkowych liczba osób niepełnosprawnych wynosi, ok. 4,8 mln, w tym około 300 tysięcy dzieci i młodzieży. Głównymi przyczynami niepełnej sprawności są: choroby układu krążenia, nieurazowe choroby układu ruchu (w tym osteoporoza), następstwa urazów i zatruc, przewlekłe choroby układu oddechowego oraz uszkodzenia i dysfunkcje narządu ruchu, a u dzieci i młodzieży upośledzenie umysłowe.

Warunki życia osób niepełnosprawnych są uciążliwe, a jakość ich życia niska. Brak możliwości pełnego leczenia, rehabilitacji i odpowiedniej edukacji tych osób. Niedostateczne jest zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i pomoce techniczne. Istnieją znaczne bariery urbanistyczne, architektoniczne i komunikacyjne utrudniające poruszanie się inwalidów. Sytuacja ta powoduje, że w Polsce znacznie więcej inwalidów niż w krajach rozwiniętych nie włącza się (dotyczy młodzieży) lub nie powraca do czynnego życia. Stwarza to osobom niepełnosprawnym poczucie dyskomfortu psychicznego i społecznego oraz stanowi znaczne obciążenie ekonomiczne dla społeczeństwa.

Oczekiwane korzyści zdrowotne i społeczne

- Zmniejszy się liczba inwalidów o wysokim stopniu upośledzenia sprawności.
- Liczba osób niepełnosprawnych, które włączą się do życia zawodowego i społecznego zwiększy się co najmniej o 20%.

Zadania

1. Usuwać bariery urbanistyczne, architektoniczne i komunikacyjne w miejscu zamieszkania, pracy, obiektach publicznych, środkach transportu publicznego w celu ułatwienia poruszania się inwalidom.
2. Stwarzać preferencje dla produkcji sprzętu ortopedycznego i innych pomocy technicznych umożliwiających inwalidom normalne funkcjonowanie.
Zmienić zasady ustalania wysokości środków przeznaczonych na zaopatrzenie ludności w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze poprzez wyodrębnienie w ustawie budżetowej (w budżecie centralnym i w budżetach wojewodów) puli środków przeznaczonych na ten cel.
3. Usprawnić edukację osób niepełnosprawnych w tym:
 - umożliwić dzieciom i młodzieży uczęszczanie do klas integracyjnych w szkołach masowych,
 - umożliwić dorosłym przekwalifikowanie się i zdobycie zawodu;
 - zwiększyć możliwości kształcenia na poziomie średnim ogólnokształcącym i wyższym (a nie tylko zasadniczym zawodowym).
4. Udzielać osobom niepełnosprawnym pomocy w zatrudnieniu przez tworzenie zakładów pracy chronionej oraz przystosowanie stanowisk pracy w zwykłych zakładach.
5. Tworzyć politykę społecznego ukierunkowania na wspomaganie rodzin z osobą niepełnosprawną, w celu zapobiegania nadmiernemu obciążeniu tych rodzin (zwłaszcza w przypadku ciężkiego kalectwa) oraz umożliwienia osobom niepełnosprawnym życia w rodzinie zamiast w domu opieki.
6. Kształtować właściwe postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych (zrozumienie ich problemów, tolerancję, tworzenie konkretnych płaszczyzn integracji).
7. Stymulować rozwój ruchu społecznego oraz wspierać samorządy lokalne i organizacje pozarządowe w działaniach na rzecz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych, ich uspołecznienia i aktywizacji w miejscu zamieszkania.
8. Dokonać reformy systemu orzecznictwa o inwalidztwie, z uwzględnieniem sytuacji życiowej inwalidów oraz ich rehabilitacji przed przejściem na rentę.

9. Usprawnić system rehabilitacji osób niepełnosprawnych w tym:
- doskonalić aktualny system przez wprowadzenie do praktyki postulatów kompleksowości, ciągłości, wczesnego wdrażania i powszechności rehabilitacji osób niepełnosprawnych
 - przybliżyć usługi rehabilitacyjne do miejsca zamieszkania pacjenta przez tworzenie małych, lokalnych ośrodków oraz rozwijanie różnych form rehabilitacji środowiskowej,
 - stworzyć ośrodki rehabilitacji kompleksowej o zasięgu regionalnym,
 - połączyć działania pracowników zajmujących się rehabilitacją i pracowników socjalnych w celu kontynuacji rehabilitacji społecznej w miejscu zamieszkania, po powrocie z ośrodka.
10. Zmodernizować kształcenie personelu placówek rehabilitacyjnych w kierunku modelu integracyjnego (rehabilitacja lecznicza, psychologiczna, zawodowa i społeczna).

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- liczba osób otrzymujących renty inwalidzkie,
- liczba miejsc pracy chronionej i stanowisk dla inwalidów w zwykłych zakładach pracy,
- liczba uczniów w klasach integracyjnych,
- wyniki oceny przystosowania środowiska zamieszkania do potrzeb życiowych inwalidów,
- liczba ośrodków rehabilitacji i ich terytorialne rozmieszczenie,
- ocena stanu zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i urządzenia techniczne

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Matki i Dziecka), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Łączności, Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Transportu i Gospodarki Morskiej, Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej (Instytut Pracy i Spraw Socjalnych), Zakład Ubezpieczeń Społecznych, KRUS, Główny Urząd Statystyczny.

Cel operacyjny 17

Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Wprowadzenie nowych obowiązujących szczepień ochronnych oraz poprawa jakości szczepionek i szczepień.
- Powstrzymanie szerzenia się niektórych zakażeń.

Uzasadnienie wyboru celu

Malejąca w okresie powojennym w Polsce umieralność i zachorowalność na choroby zakaźne jest wciąż wyższa niż w bardziej rozwiniętych krajach europejskich. Ciągłym głównym problemem pozostaje gruźlica, będąca pierwszą przyczyną zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi. Poważny problem stanowią choroby szerzące się drogą naruszenia ciągłości tkanek, w tym przede wszystkim wirusowego zapalenia wątroby typu B. Nie zminimalizowano jeszcze w pełni występowania chorób zakaźnych wieku dziecięcego, którym można zapobiegać przez szczepienia ochronne.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Zapadalność zachorowań na gruźlicę ulegnie zmniejszeniu o około 15% w stosunku do sytuacji z 1995 r.
- Liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B ulegnie zmniejszeniu do 2500 rocznie.
- Zmniejszy się odsetek osób zakażonych HIV wśród narkomanów.
- Zmniejszona zostanie liczba zachorowań na nagminne zapalenie przyusznicy.
- Niedopuszczenie do wystąpienia epidemii w wyniku zawleczeń zachorowań nie występujących w Polsce.

Zadania

1. Wprowadzić szczepienie przeciwko nagminnemu zapaleniu przyusznicy w skojarzeniu ze szczepieniem przeciwko odrze i różyczce.
 2. Rozszerzyć szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B na wszystkie grupy ryzyka zakażenia.
 3. Zwiększyć skuteczność wykrywania i leczenia chorych na gruźlicę do poziomu 90% w skali masowej — przez ścisłą współpracę z podstawową opieką zdrowotną w zakresie wykrywania i leczenia chorych (szkolenie lekarzy rodzinnych i pediatrów).
- Zwiększyć skuteczność szczepień przeciwgruźliczych poprzez:
- należyte przygotowanie pielęgniarek wykonujących szczepienia oraz nadzór nad wykonywaniem testów tuberkulinowych.
 - zapewnienie należytej jakości sprzętu do szczepień.
4. Niedopuszczyć do zakażeń szerzących się poprzez krew, w tym rozszerzać krajowy system informatyczny służb krwi, umożliwiający m.in. rejestr i identyfikację osób, od których nie należy pobierać krwi. Realizować istniejący „Program zapobiegania i zwalczania AIDS” obejmujący edukację całego społeczeństwa i grup ryzyka oraz identyfikowanie źródeł zakażenia.
 5. Powstrzymać szerzenie się zakażeń i zatruc pokarmowych przez:
 - poprawę warunków higieniczno-sanitarnych w kraju, a zwłaszcza w hodowli, przemyśle spożywczym i paszowym.
 - edukację zdrowotną producentów żywności, osób zajmujących się przechowywaniem i dystrybucją żywności a także konsumentów.
 6. Upowszechniać ekologiczne techniki sterylizacji sprzętu medycznego i utrwalania żywności w tym techniki wykorzystujące związki promieniowania jonizującego.
 7. Wśród osób podróżujących podnieść świadomość na temat możliwości zawleczenia chorób nie występujących w Polsce przez edukację zdrowotną w tym zakresie.
 8. Wprowadzić obowiązek szczepień przeciw błonicy wśród dorosłej ludności zwłaszcza z grup ryzyka na obszarach graniczących z terenami endemicznymi.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- zapadalność na wybrane choroby zakaźne;
- odsetki osób zaszczepionych w populacji.

Instytucje:

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Państwowy Zakład Higieny, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Matki i Dziecka).

Cel operacyjny 18

Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych

Oczekiwane efekty do 2005 roku

- Edukację zdrowotną i poradnictwo w zakresie zdrowia jamy ustnej dla dzieci i kobiet ciężarnych prowadzić będzie co najmniej 50% placówek podstawowej opieki zdrowotnej.
- Odsetek uczniów objętych profilaktyką fluorkową egzogenną zwiększy się o 25% w stosunku do 1994 r
- Profilaktycznym uszczelnianiem bruzd pierwszych zębów trzonowych oraz lakierowaniem powierzchni zębów gładkich zostanie objętych co najmniej 60% dzieci w wieku 6-8 lat.

Uzasadnienie wyboru celu

Próchnica zębów, choroba obejmująca w Polsce całą populację, jest zaliczana do chorób społecznych, uwarunkowanych między innymi wadliwymi zachowaniami zdrowotnymi. W latach 1987-1995 nie odnotowano tendencji do obniżenia się zachorowalności na próchnicę zębów (wskaźnik PUW u 12-latków zmniejszył się tylko o 0,1, podczas gdy w latach 1970-1987 zmniejszył się o ok. 2). Stwierdzono również pogorszenie stanu przyzębia dzieci w wieku 12 lat i młodzieży 18-letniej. Te niekorzystne zmiany są wynikiem załamania się planowej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą. Próchnicy zębów i chorobom przyzębia można w dużym stopniu zapobiegać. W wielu krajach, dzięki konsekwentnej profilaktyce, dzieci w niektórych grupach nie mają próchnicy, część dorosłych powyżej 30 lat nie ma ubytków próchnicowych i wypełnień, a ludzie zachowują zęby do końca życia. Grupami populacji, w których przede wszystkim należy zintensyfikować działania profilaktyczne są kobiety ciężarne, dzieci od 1 do 7 lat oraz młodzież.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

- Zachorowalność na próchnicę zębów u dzieci w wieku 7 i 12 lat zmniejszy się o 10% w stosunku do 1995 r., a wskaźnik stopnia zaawansowania próchnicy u dzieci 12-letnich nie przekroczy wartości 3,0.
- Zdrowe przyzębie będzie miało ponad 70% dzieci 7-letnich oraz 30% dzieci 12-letnich, zachorowalność na zapalenie dziąseł u dzieci i młodzieży zmniejszy się o 10% w stosunku do 1995 r.

Zadania

1. Wprowadzić lub zintensyfikować edukację zdrowotną w zakresie zdrowia jamy ustnej wśród:
 - kobiet ciężarnych w ramach opieki przedporodowej, w szkołach rodzenia i na oddziałach położniczych,
 - rodziców dzieci do lat 7 w poradniach dla dzieci, żłobkach, przedszkolach;
 - młodzieży w szkołach.
2. Wprowadzić czyszczenie zębów po głównych posiłkach do rozkładu zajęć w żłobkach, przedszkolach, sanatoriach, domach dziecka, domach wczasów dziecięcych, w czasie kolonii.
3. Zintensyfikować profilaktykę fluorkową egzogenną (kontaktową) u uczniów szkół wszystkich typów, przy braku przeciwwskazań lokalnych w miejscu zamieszkania.
4. Upowszechnić profilaktykę endogenną (podawanie tabletek ze związkami fluoru) u dzieci od 6 miesiąca do co najmniej 10 roku życia na terenach ze śladową zawartością fluoru w wodzie pitnej, przy braku przeciwwskazań.

5. Kontynuować profilaktyczne uszczelnianie bruzd pierwszych zębów trzonowych i przedtrzonowych u dzieci w wieku 6-8 lat z wysokim ryzykiem wczesnego rozwoju próchnicy na powierzchniach żujących zębów oraz lakierowanie lakierami z fluorem powierzchni gładkich zębów u tych dzieci.
6. Wykorzystać przeciwbakteryjne i przeciwpróchnicowe działanie chlorheksydyny do miejscowego stosowania w postaci żelu lub lakieru na zęby, u kobiet ciężarnych i dzieci z najwyższym ryzykiem próchnicy zębów.

Monitorowanie i ewaluacja wyników

Wskaźniki:

- odsetki dzieci ze zdrowym uzębieniem i zdrowym przyzębieniem;
- średnia wartość wskaźnika ciężkości próchnicy (PUW) u dzieci w wieku 7 i 12 lat,
- oraz objętych lakowaniem w wieku 6-8 lat;
- częstość czyszczenia zębów u młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat (badania nad zachowaniami zdrowotnymi).

Instytucje

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Instytut Matki i Dziecka), Ministerstwo Edukacji Narodowej, Główny Urząd Statystyczny.

IV. OCZEKIWANE ZMIANY W STANIE ZDROWIA LUDNOSCI DO 2005 ROKU

Oczekiwane korzyści zdrowotne	Stan (poziom, wskaźnik) do osiągnięcia do 2005 roku	Służące im cele operacyjne
1	2	3
1. Zmniejszenie wysokiej umieralności z powodu chorób układu krążenia, zwłaszcza na Ile miażdżycy	umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejszona o 15% w stosunku do 1995 r.	1, 2, 3, 4, 6, 7, 11, 12, 14
2. Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów złośliwych	umieralność z powodu nowotworów złośliwych zmniejszona o 10% w stosunku do 1995 r.	2, 3, 4, 6, 8, 12, 15
3. Zmniejszenie umieralności niemowląt	współczynnik umieralności niemowląt 8 na 1000 urodzeń żywych	2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 13
4. Zmniejszenie częstości występowania urazów i zatruc oraz zmniejszenie umieralności powypadkowej	zmniejszona w stosunku do 1995 r.: • umieralność z powodu urazów i zatruc co najmniej o 20%, • liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych o 20%, • liczba wypadków przy pracy o 50%	1, 4, 6, 7, 8, 10, 11
5. Poprawa kondycji psychospołecznej ludności oraz zmniejszenie częstości występowania zaburzeń psychicznych	zmniejszona częstość występowania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza: depresyjnych, nerwicowych, psychosomatycznych, problemów związanych z piciem alkoholu, używaniem innych substancji uzależniających oraz patologii	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 16

	społecznej wśród młodzieży.	
6. Zmniejszenie częstości występowania chorób spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku życia i pracy	zmniejszona w stosunku do 1995 r.: • zapadalność na: ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego o 5—10%; pylicę płuc o 20—30%; zawodowe uszkodzenie słuchu o 50%, • częstość występowania podwyższonego stężenia ołowiu w krwi dzieci w dużych miastach o 50%, • częstość występowania przewlekłych zatruc zawodowych	3, 6, 8
7. Znaczne zmniejszenie częstości występowania niektórych chorób zakaźnych	• zmniejszona w stosunku do 1995 r. zapadalność na: — gruźlicę o 15%, wirusowe zapalenie wątroby typu B do 2500 zachorowań rocznie, — wirusowe zapalenie wątroby typu A, — zatrucia pokarmowe o 40%, — biegunki u dzieci do dwóch lat o 50%, — nagminne zapalenie przyusznicy, • zmniejszony odsetek osób zakażonych HIV wśród narkomanów, • niedopuszczenie do wystąpienia w wyniku zawleczeń zachorowań nie występujących w Polsce	2, 5, 6, 9, 17
8. Złagodzenie skutków niepełnej sprawności	• zmniejszona liczba inwalidów o wysokim stopniu upośledzenia sprawności, • wymierna liczba osób niepełnosprawnych włączy się do życia zawodowego i społecznego,	6, 7, 10, 11, 12, 16
9. Poprawa zdrowia jamy ustnej ludności	• zachorowalność na próchnicę zębów u dzieci w wieku 7 i 12 lat zmniejszona o 10% w stosunku do 1995 r., • wskaźnik ciężkości próchnicy u dzieci w wieku 12 lat do 3,0, • zdrowe przyzębie będzie miało ponad 70% dzieci 7-letnich i 30% 12-letnich, • zachorowalność na zapalenie dziąseł u dzieci i młodzieży zmniejszy się o 10% w stosunku do 1995 r.	2, 6, 18

Tabela 1. Cele strategiczne (zdrowotne) i operacyjne w Narodowym Programie Zdrowia – 1990

CELE STRATEGICZNE (ZDROWOTNE)

I. *Zahamowanie i odwrócenie wzrostowej tendencji umieralności z powodu chorób układu krążenia, zwłaszcza na tle miażdżycowym.*

- II.** *Zahamowanie i odwrócenie wzrostowej tendencji umieralności z powodu nowotworów złośliwych, zwłaszcza raka płuc.*
- III.** *Zmniejszenie częstości występowania chorób związanych z niekorzystnym wpływem środowiska życia i pracy.*
- IV.** *Zmniejszenie częstości występowania niepełnej sprawności, szczególnie w wieku do 65 roku życia oraz zredukowanie jej uciążliwości dla osób niepełnosprawnych.*
- V.** *Obniżenie umieralności z powodu urazów i zatruc do około połowy jej częstości z końca lat osiemdziesiątych.*
- VI.** *Obniżenie umieralności niemowląt do około połowy jej częstości z końca lat osiemdziesiątych.*
- VII.** *Wylimitowanie chorób zakaźnych, którym można zapobiegać.*
- VIII.** *Zmniejszenie rozpowszechnienia i intensywności próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.*

CELE OPERACYJNE

1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu co najmniej o 30% stanu z końca lat osiemdziesiątych, a także zmniejszenie zawartości substancji szkodliwych w tytoniu i dymie papierosowym.
2. Zmniejszenie spożycia alkoholu do poziomu nie wyższego niż 5 litrów stężonego spirytusu na osobę na rok.
3. Zmniejszenie spożycia tłuszczów zwierzęcych i słodczy na rzecz niskotłuszczowych produktów mlecznych, warzyw, owoców, pieczywa z pełnego przemiału, ryb i drobiu przez edukację społeczeństwa w dziedzinie racjonalnego żywienia oraz promocję rynku zdrowotnych produktów żywnościowych.
4. Upowszechnienie kultury fizycznej i sportu masowego, wykorzystanie jego form dla *prawidłowego rozwoju fizycznego, umacniania zdrowia oraz zapobiegania schorzeniom.*
5. Zahamowanie rosnącego zanieczyszczenia powietrza, wód powierzchniowych i gleby niektórymi substancjami szkodliwymi, a zwłaszcza związkami siarki, tlenkami, związkami ołowiu.
6. Poprawa stanu sanitarnego kraju przez usprawnienie systemu unieszkodliwiania nieczystości, zapewnienie należytych warunków higienicznych w placówkach oświatowo-wychowawczych i obiektach służby zdrowia.
7. Zmniejszenie częstości wypadków, w szczególności drogowych, przez działania edukacyjne i zwiększenie wymagań wobec użytkowników dróg.
8. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłych stanach zagrożenia życia.
9. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.
10. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie tym samym efektywności leczenia niektórych chorób nowotworowych.
11. Usprawnienie leczenia, rehabilitacji, rewalidacji i edukacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz stworzenie warunków umożliwiających im włączenie się lub powrót do czynnego życia.
12. Obniżenie częstości występowania wcześniactwa i małej masy urodzeniowej ciała noworodków (co najmniej do 6%).
13. Wylimitowanie bądź ograniczenie zagrożeń okołoporodowych.
14. Zwiększenie liczby szczepień ochronnych, zapewnienie większej skuteczności szczepień oraz innych środków zaradczych przeciw chorobom zakaźnym.
15. Upowszechnienie profilaktyki próchnicy zębów wśród dzieci i młodzieży: osiągnięcie średniej liczby PUW u dzieci 12-letnich około 3 i uwolnienie od próchnicy co najmniej 40% dzieci 5-6 letnich.

V. PRZEBIEG REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA

1. Uczestnicy

Narodowy Program Zdrowia jest | przedsięwzięciem ogólnokrajowym, w którym uczestniczyć powinno całe społeczeństwo, wszystkie systemy społeczne i istniejące w nich organizacje. Mówimy zatem o uczestnikach, a nie o wykonawcach NPZ. Biorąc pod uwagę hasło Światowej Organizacji Zdrowia „myśleć globalnie, działać lokalnie” — *Narodowy Program Zdrowia kierowany przejdę wszystkim do samorządów i społeczności lokalnych oraz do istniejących w nich coraz liczniejszych i aktywnie działających organizacji pozarządowych.* Wyrazem takiego podejścia jest rezygnacja z wymieniania ministerstw i urzędów centralnych jako wykonawców zadań w poszczególnych celach operacyjnych. Nie oznacza to zwolnienia z działań administracji państwowej wszystkich szczebli. Od administracji tej należy oczekiwać stworzenia warunków, stymulowania i wspierania działań podejmowanych przez organizacje, grupy i jednostki. Zadaniem jej będzie:

- tworzenie podstaw prawnych dla realizacji zadań NPZ;
- stymulowanie rozwoju i finansowanie badań naukowych oraz innych prac o charakterze wdrożeniowym, ułatwiających realizację zadań, ich monitorowanie i ewaluację wyników NPZ;
- tworzenie struktur organizacyjnych, a zwłaszcza zaplecza instytucjonalnego dla promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej społeczeństwa;
- monitorowanie przebiegu realizacji NPZ i ewaluacji jego wyników.

2. Warunki realizacji

Skuteczność realizacji tak szerokiego programu wymaga zapewnienia określonych warunków, w tym szczególnie:

1. Upowszechnienie celów i zadań NPZ w całym społeczeństwie **przez:**

- środki masowego przekazu
- przygotowanie odpowiednich materiałów informacyjnych, dostosowanych do potrzeb różnych grup ludności.

Tabela 2

Cele strategiczne, zdrowotne i kierunki realizacji NPZ – 1993 rok

CELE STRATEGICZNE (ZDROWOTNE)

1. Zwiększenie stanu świadomości (wiedzy o zdrowiu) i kultury zdrowotnej społeczeństwa, zwłaszcza rozbudzenie orientacji prozdrowotnej młodego pokolenia.
2. Zmniejszenie narażenia osób i populacji na szkodliwe czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne i społeczne występujące w środowisku życia i pracy.
3. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli dotyczącego realizacji potrzeb zdrowotnych poprzez przeciwdziałanie powstawaniu barier finansowych uniemożliwiających korzystanie ze świadczeń zdrowotnych.

CELE ZDROWOTNE

Cele te mają prowadzić do podjęcia wielosektorowych działań zmierzających do likwidacji lub ograniczenia czynników sprzyjających powstawaniu:

I — chorób układu sercowo-naczyniowego oraz zahamowania wzrostowej tendencji umieralności z powodu chorób serca i naczyń, zwłaszcza na tle miażdżycowym,

- I — chorób nowotworowych oraz zahamowania wzrostowej tendencji umieralności z powodu nowotworów złośliwych, zwłaszcza raka płuc,
- II - urazów i zatruc oraz do zmniejszenia umieralności powypadkowe
- IV — chorób psychicznych oraz negatywnych tendencji jakości zdrowia psychicznego,
- V — niepełnosprawności oraz zmniejszenia częstości występowania niepełnej sprawności, a także ograniczenia jej uciążliwości dla osób niepełnosprawnych,
- VI — utraty zdrowia wskutek szkodliwości występujących w środowisku życia i pracy oraz zmniejszenia częstości występowania chorób związanych z wykonywaną pracą.
- VII — umieralności niemowląt oraz jej obniżenia do około połowy jej częstości z końca lat osiemdziesiątych.
- VIII chorób zakaźnych i inwazyjnych, którym można zapobiec oraz ograniczenie ich występowania.

KIERUNKI REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA

- I. Tworzenie podstaw prawnych przedsięwzięć prozdrowotnych.
- II. Ograniczenie emisji i szkodliwego wpływu zanieczyszczenia środowiska.
- III. Edukacja zdrowotna społeczeństwa.
- IV. Profilaktyczne ukierunkowanie opieki zdrowotnej.
- V. Działania sprzyjające rozwiązywaniu wybranych problemów zdrowotnych.
- VI. Monitorowanie realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

1. Opracowanie szczegółowych programów i harmonogramu działań przez wszystkich uczestników realizacji NPZ i zapewnienie odpowiednich środków finansowych w swoich budżetach przez jednostki odpowiedzialne za realizację zadań wynikających z tego Programu.

2. Nadanie priorytetu badaniom naukowym, wynikającym, z zadań NPZ, prowadzonym przez instytuty i placówki naukowo-badawcze wszystkich resortów.

3. Zapewnienie odpowiednich środków na wdrażanie projektów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym.

4. Powołanie przez wojewodów, w ramach posiadanych środków, wojewódzkich pełnomocników ds. realizacji NPZ, współpracujących z Sejmikami Samorządowymi.

3. Monitorowanie i ewaluacja wyników

Jak wspomniano na wstępie, w znowelizowanej wersji NPZ uwzględniono zapis dotyczący monitorowania przebiegu realizacji oraz ewaluacji zadań w każdym z celów operacyjnych. Wymieniono:

1. Niektóre wskaźniki, czyli dane liczbowe, które są aktualnie zbierane przez różne resorty oraz istniejące w nich instytuty i inne placówki naukowo-badawcze. Liczba i rodzaj tych programów ulegnie w praktyce zwiększeniu przy opracowywaniu szczegółowych zadań w ramach celów operacyjnych

2. Instytucje, które będą prowadziły monitorowanie i ewaluację wyników. Lista ich w praktyce również może ulec zwiększeniu.

Monitorowanie i ewaluacja wyników NPZ są podstawowym warunkiem skuteczności działań. Stworzyć one powinny podstawę do dokonywania niezbędnych korekt i modyfikacji programu. Opracowanie szczegółowych założeń monitorowania i ewaluację wyników, powinno być zadaniem profesjonalnego zespołu ds. NPZ.

4. Skutki finansowe

Nie przewiduje się dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa. Narodowy program Zdrowia formułuje zadania dla zdrowotnej polityki publicznej, których adresowane do całego społeczeństwa, w tym przede wszystkim społeczności lokalnych, samorządów i organizacji pozarządowych. Zadania organizacji państwowej w zakresie NPZ powinny być realizowane przez poszczególnych realizacja powinna nastąpić w latach 1996-2005. Zadania te są adresowane do

całego społeczeństwa ,we tym przede wszystkim społeczności lokalnych, samorządów i organizacji pozarządowych Zadania organizacji państwowych w zakresie NPZ powinny być realizowane przez poszczególnych dysponentów w ramach ich środków budżetowych. Program w swoim założeniu nie przewiduje wyodrębnionych środków finansowych na jego realizację

Tabela 3. Schemat konstrukcji celów Narodowego Programu Zdrowia – 1996 rok

C strategiczny	Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności		
Kierunki działań dla osiągnięcia celu	Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych	Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki	Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych
Cele operacyjne	<p>Zwiększenie aktywności fizycznej ludności</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności <p>Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu</p> <p>Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych • Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychogennych. 	<p>Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poprawa stanu sanitarnego kraju • Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych, <ul style="list-style-type: none"> • Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia • Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej <ul style="list-style-type: none"> • Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca • Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka • Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym • Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych
	Z Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia		
	Z Zmniejszenie rozpowszechnienia i skutków głównych problemów zdrowotnych		

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015

Załącznik do Uchwały Nr 90/2007

Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r

Osoby uczestniczące w opracowaniu projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015

Barbara Adamowicz-Klepalska, Rudolf Borusiewicz, Ewa Burzyńska, Bohdan Chazan, Dorota Cianciara, Jan Czesław Czabała, Mirosław Czarkowski, Anna Członkowska, Wojciech Drygas, Jerzy Eliasz, Aldona Frączkiewicz-Wronka, Janusz Gadzinowski, Stanisława Golinowska, Mariusz Gujski, Wojciech Hanke, Mirosław Jarosz, Irena Jelonkiewicz, Jerzy B. Karski, Joanna Mazur, Joanna Mikula, Jolanta Mogiła-Lisowska, Bożena Moskalewicz, Jacek Moskalewicz, Rafal Nizankowski, Hanna Nowakowska, Anna Oblacińska, Tomasz Opala, Piotr Pawłowski, Tadeusz Pieńkowski, Halina Potocka, Krzysztof Przewoźniak, Sławomir Radiukiewicz, Kazimierz Roszkowski-Śliż, Włodzimierz Sekuła, Janusz Sierosławski, Janusz Świąteczak, Katarzyna Szamotulska, Maria Wierzbicka, Anna Wilmowska-Pietruszyńska, Barbara Woynarowska, Marek Wójcik, Mirosław Wysocki, Witold Zatoński, Andrzej Zieliński.

Zespół redakcyjny

Krzysztof Kuszewski, Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Rafal Halik

Proponowany skład Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia (instytucje)

- Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
- Ministerstwo Edukacji Narodowej
- Ministerstwo Finansów
- Ministerstwo Gospodarki Morskiej Ministerstwo Gospodarki
- Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- Ministerstwo Obrony Narodowej
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
- Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
- Ministerstwo Sportu i Turystyki
- Ministerstwo Sprawiedliwości
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
- Ministerstwo Środowiska
- Ministerstwo Transportu
- Ministerstwo Budownictwa
- Ministerstwo Zdrowia
- Główny Urząd Statystyczny Zakład Ubezpieczeń Społecznych
- Narodowy Fundusz Zdrowia
- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
- Medyczne samorządy zawodowe
- Związek Województw RP
- Związek Powiatów Polskich Związek Gmin Wiejskich **RP**
- **Unia Miasteczek Polskich**
- **Związek Miast Polskich • Unia Metropolii Polskich**
- **Wybrany przedstawiciel organizacji pozarządowych**

Spis treści

Od zespołu redakcyjnego.....:	7
WPROWADZENIE	8

1. Determinanty zdrowia oraz promocja zdrowia	10
2. Sytuacja demograficzna.....	10
3. Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego.....	12
4. Różnice społeczne i terytorialne w stanie zdrowia populacji.....	13
I. STRATEGICZNE CELE ZDROWOTNE.....	17
Cel strategiczny 1.....	17
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.....	17
Cel strategiczny 2.....	18
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.	18
Cel strategiczny 3.....	19
Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.....	19
Cel strategiczny 4.....	20
Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne	20
Cel strategiczny 5.....	
Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno - stawowego	21
Cel strategiczny 6.....	22
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.	22
Cel strategiczny 7.....	23
Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.....	23
Cel strategiczny 8.....	24
Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.	24
II CELE DOTYCZĄCE CZYNNIKÓW RYZYKA I DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA	
Cel operacyjny 1.....	26
Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.....	26
Cel operacyjny 2.....	27
Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem	27
Cel operacyjny 3.....	29
Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości	29
Cel operacyjny 4.....	31
Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.	31
Cel operacyjny 5.....	32
Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.....	32
Cel operacyjny 6.....	34
Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.....	34
III. CELE OPERACYJNE DOTYCZĄCE WYBRANYCH POPULACJI	

Cel operacyjny 7.....	38
Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.....	38
Cel operacyjny 8.....	40
Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.....	40
Cel operacyjny 9.....	42
Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.....	42
Cel operacyjny 10.....	44
Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.....	44
Cel operacyjny 11.....	45
Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży.	45
IV. NIEZBĘDNE DZIAŁANIA ZE STRONY OCHRONY ZDROWIA I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO.....	47
Cel operacyjny 12.	47
Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa.	47
Cel operacyjny 13.....	48
Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.....	48
Cel operacyjny 14.....	50
Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.....	50
A. Choroby układu krążenia	50
B. Udary mózgowo.....	51
C. Choroby nowotworowe	52
D. Choroby układu oddechowego	52
E. Choroby reumatyczne	53
Cel operacyjny 15.....	54
Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.....	54
Załącznik	56
Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.....	56
Propozycja algorytmu wdrażania Narodowego Programu Zdrowia.....	59
Cele strategiczne i służące do ich realizacji cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia.....	60
Informacja na temat realizacji Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996 - 2005.	61
Tabela wybranych docelowych wskaźników efektów zdrowotnych.....	72

Od zespołu redakcyjnego

Przygotowując projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, za podstawowy cel uznano zjednoczenie wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzące do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków.

*Program ten daje ministrowi zdrowia możliwość wpływu na działania innych sektorów w zakresie zdrowia i stanowi, naszym zdaniem, doskonale narzędzie do wspólnych działań
„ w zakresie zdrowia publicznego.*

W trakcie formułowania celów nowego Narodowego Programu Zdrowia wzięto pod uwagę szereg nowych elementów. Eksperci, zaproszeni do udziału w określeniu priorytetów polityki zdrowotnej, wskazali tendencje w zakresie tworzenia podobnych programów w innych krajach. W pracach uczestniczył konsultant Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization - WHO), który wskazał na rolę Narodowego Programu Zdrowia w budowaniu spójnego programu polityki zdrowotnej kraju. Uwzględniono także wyniki badań ankietowych w Unijnych Towarzystwach Zdrowia Publicznego zrzeszonych EUPHA, a także wyniki podobnej ankiety przeprowadzonej w Polsce. Priorytety i problemy wymieniane przez ankietowanych w Polsce i w innych krajach Unii były podobne.

Powyższe aspekty oraz doświadczenia ekspertów miały zasadniczy wpływ na obecny kształt Narodowego Programu Zdrowia. Punktem odniesienia były wyniki monitoringu Narodowego Programu Zdrowia w latach 1998-2005.

Materiałem wyjściowym do niniejszego opracowania, zawierającym uszczegółowienia dotyczące celów operacyjnych oraz listę wykonawców, jest obszerny tekst (ok. 200 stron) przygotowany przez osoby wymienione wcześniej. Zostanie on zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia i Państwowego Zakładu Higieny jako pomoc dla instytucji i osób realizujących Narodowy Program Zdrowia.

WPROWADZENIE

U progu lat 90 wskaźniki stanu zdrowia ludności w Polsce były niekorzystne w porównaniu do krajów Europy Zachodniej. W 1990 roku, w odpowiedzi na strategię Światowej Organizacji Zdrowia *Zdrowie dla wszystkich w roku 2000*, opracowano Narodowy Program Zdrowia (NPZ). Była to pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych w celu ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa polskiego.

Dokonujące się w ostatniej dekadzie zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły ze sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, ale także zagrożenia dla zdrowia wielu grup ludności. Sytuacja ta spowodowała konieczność dalszej modyfikacji Narodowego Programu Zdrowia, której dokonano kolejno w 1993 i 1996 roku. Systematyczne monitorowanie efektów Narodowego Programu Zdrowia przez 9 lat pozwala stwierdzić, jakie skutki populacyjne w zakresie stanu zdrowia społeczeństwa osiągnięto między innymi dzięki realizacji zadań wymienionych w celach operacyjnych.

W latach 2002 i 2006 powstały dokumenty strategiczne mające na celu harmonijny rozwój regionalny i skuteczną absorpcję środków wspólnotowych. Pod koniec roku 2006 zaczęła obowiązywać ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Przed tą datą Ministerstwo Zdrowia przygotowało Strategię Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, przyjętą w czerwcu 2005 r. przez ówczesną Radę Ministrów. Strategia ta zawierała zapis iż, przygotowany na lata 2007-2015 Narodowy Program Zdrowia jest integralną częścią Strategii w zakresie zdrowia publicznego i stanowi cel operacyjny 3.5 w brzmieniu „Realizacja uaktualnionego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015”, oraz 3.6 „Wzmocnienie uczestnictwa społeczeństwa w działaniach zmierzających do poprawy stanu zdrowia”. Tak więc nie ma sprzeczności pomiędzy NPZ a Strategią, która jest narzędziem rozwoju ochrony zdrowia i jest realizowana przez Ministerstwo Zdrowia. NPZ, który umożliwia koordynację działań na rzecz

poprawy zdrowia populacji i wyrównania różnic w tym zakresie, dotyczy nie tylko administracji rządowej i samorządowej, ale również organizacji pozarządowych.

Z tego też względu sposób finansowania NPZ należy rozpatrywać w aspekcie środków przewidzianych w budżecie na programy już realizowane takie jak: Program badań przesiewowych noworodków w Polsce 2006-2015 (przewidywane finansowanie w latach 2007-2015 w kwocie 79,6 mln złotych), Program psychiatrycznej opieki zdrowotnej 2006-2008 (przewidywane finansowanie w latach 2007-2008 w kwocie 24,1 mln złotych), Program eliminacji niedoboru jodu na lata 2006-2008 (przewidywane finansowanie w latach 2007-2008 w kwocie 2 mln złotych), Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej POLGRAFT (przewidywane finansowanie w latach 2007-2015 w kwocie 210 mln złotych). Inne środki przekazywane na realizację poszczególnych celów operacyjnych będą zależne od potrzeb, świadomości i możliwości realizatorów. Należy pamiętać, że trzy podstawowe cele strategiczne mają swoje szczególne finansowanie. Są to: Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego - Polgard (przewidywane finansowanie w latach 2007-2015 w kwocie 863,5 mln. złotych), Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (finansowanie w latach 2007-2015 w kwocie 3 mld). Ogólna kwota finansowania wyżej wymienionych programów wynosi 4 mld 179 mln złotych. Należy oczekiwać, że w latach 2009-2015 również będą przeznaczane środki finansowe na kontynuację programów polityki zdrowotnej. Wysokość tych środków uzależniona będzie od poziomu finansów Państwa. Ponadto, pewne ograniczone środki potrzebne będą na organizację systemu monitorowania i ewentualne nagrody dla samorządów i organizacji wyróżniających się w rankingach czy konkursach. Nie można precyzyjnie za to przewidzieć, jakie, w okresie 9-letnim, nakłady na realizację celów NPZ będą przeznaczały samorzady i organizacje pozarządowe, a także osoby prywatne.

Należy podkreślić nowe możliwości, które pojawiły się dzięki Narodowemu Programowi Foresight w obszarze „Zdrowie i Życie”. Program ten w sposób istotny będzie on mógł wspierać Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, szczególnie w obszarze priorytetów:

1. Rozwój metod i technologii na potrzeby powszechnej edukacji prozdrowotnej;
2. Budowa programów ustawicznego kształtowania świadomości żywieniowej i racjonalizacji nawyków żywieniowych społeczeństwa,
3. Rozwój opieki perinatalnej, wczesnego wykrywania wad genetycznych i rozwojowych;
5. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób zakaźnych i zakażeń ważnych z punktu widzenia zdrowia publicznego;
6. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób psychicznych oraz uzależnień, o dużym znaczeniu społecznym;
7. Rozwój metod i technik ergonomicznego kształtowania warunków życia i pracy, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku podeszłym i niepełnosprawnych;
8. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób związanych z podeszłym wiekiem;
10. Budowa efektywnych systemów badań przesiewowych,
11. Rozwój systemów telemedycyny;
18. Rozwój metod i technik ratownictwa medycznego.

Wyniki monitoringu wykazały, że w ostatnim dziesięcioleciu wzrosła średnia długość trwania życia (dla kobiet do 79,4 lat, mężczyzn do 70,81 lat), a umieralność niemowląt została zredukowana do wskaźnika 6,4 na 1000 żywych urodzeń. W latach 1995-2002 umieralność z powodu chorób układu krążenia spadała w przeciętnym tempie 3,6% rocznie, co było współczynnikiem wyższym od zakładanego w NPZ (1,6% rocznie). Tempo spadku częstości występowania wypadków i urazów w analogicznym okresie wynosiło 2,4% rocznie i było nieznacznie wyższe od zakładanego NPZ (2,2% rocznie). Zaobserwowano też znaczny spadek zapadalności na WZW typu B z ponad 12 przypadków na 100 000 ludności w roku 1997, do niespełna 5 przypadków na 100 000 ludności obecnie. Natomiast niekorzystne zmiany zaobserwowano w zakresie zdrowia psychicznego. W okresie 1995-2001 wzrósł o 62% współczynnik leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego. Zachodzące w społeczeństwie zmiany demograficzne i ekonomiczne skłaniają do uwzględnienia nowych celów dotyczących zapobiegania niepełnosprawności i propagowania

aktywności ludzi starszych. Pomimo dalszego wzrostu przeciętnego trwania życia i zmniejszenia zagrożeń chorobami układu krążenia oraz znacznego obniżenia umieralności niemowląt, nadal dzieli nas znaczny dystans od wielu krajów Unii Europejskiej.

Analiza oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z dotychczasowej realizacji Narodowego Programu Zdrowia wskazuje na potrzebę jego kontynuacji. Obecna, czwarta wersja Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, nawiązuje do:

Światowej Deklaracji Zdrowia, przyjętej, także przez Polskę, w 1998 roku na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, w której potwierdzono, że *zdrowie jest jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej*;

Strategii Zdrowie 21 - *zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* - określającej kierunki polityki zdrowotnej Światowej Organizacji Zdrowia w Europie; założeń programu Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego (decyzja 1786/2002/WE), nowej strategii zdrowia publicznego zaproponowanej przez Komisję Europejską wyrażonej w wystąpieniach programowych Komisarzy ds. Zdrowia i Konsumentów UE: Davida Byrne'a i Markosa Kyprianou oraz projektu Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającej wspólnotowy program w dziedzinie zdrowia na lata 2007-2013 (COM(2006)234 wersja ostateczna).

U podstaw koncepcji Narodowego Programu Zdrowia leży zawarta w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) definicja, określająca zdrowie jako *stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności* oraz przyjęte międzynarodowe ustalenia, że: *zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa*.

Zdrowy człowiek ma większe szanse na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych, czy też dobrą adaptację do zmian środowiska. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe oraz zapewnić rozwój społeczny i gospodarczy.

Narodowy Program Zdrowia uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli.

Rolą rządu jest natomiast tworzenie warunków sprzyjających realizacji działań podejmowanych przez wszystkie ww. podmioty. Tylko przy wspólnym wysiłku i ścisłym współdziałaniu obywateli możemy poprawić stan zdrowia Polaków, a tym samym jakość ich życia.

1. Determinanty zdrowia oraz promocja zdrowia

Podstawą obecnej, podobnie jak poprzednich, wersji Narodowego Programu Zdrowia jest koncepcja promocji zdrowia zgodna z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986), definiującą promocję zdrowia jako: *proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu*.

Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy: styl życia (ok. 50% „udziału”), środowisko fizyczne (naturalne oraz stworzone przez człowieka) i społeczne życia, pracy, nauki (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%), działania służby zdrowia (ok. 10%). Do ważnych przesłanek zachowania zdrowia należą warunki społeczno-ekonomiczne, natomiast największymi zagrożeniami są ubóstwo i niski poziom wykształcenia.

W związku z powyższym, wyłączny punkt ciężkości przenosi się z działań służby „zdrowia” na wiele sektorów społeczno-gospodarczych, a styl życia człowieka w największym stopniu determinuje zachowanie zdrowia. Sami, w bardzo dużym stopniu, decydujemy o swoim zdrowiu, co dobrze odzwierciedla znane od dawna hasło *Twoje zdrowie w Twoich rękach*. Od polityków, administracji rządowej i samorządowej oraz organizacji pozarządowych będzie zależeć rozwijanie polityki zdrowotnej sprzyjającej dokonywaniu przez ludzi wyborów korzystnych dla ich zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia zmierza do zintegrowania zagadnień związanych ze zdrowiem z celami wytyczanymi w ramach systemu społeczno-ekonomicznego państwa. Szczególna rola w

realizacji edukacji zdrowotnej społeczeństwa przypada mediom, bez których we współczesnym świecie niemożliwe jest skuteczne informowanie społeczeństwa. Współpraca z mediami musi uwzględniać ich lokalny lub ogólnopolski charakter oraz przekaz dostosowany do charakteru odbiorcy.

2. Sytuacja demograficzna

Wieloletnie prognozy demograficzne pozwalają na zaplanowanie i dostosowanie założeń polityki do przyszłych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Pod koniec 2005 roku liczba ludności Polski wynosiła 38 157 tys. i była mniejsza o około 100 tys. w porównaniu do 2000 roku.

Od połowy lat 80 systematycznie zmniejsza się udział w łącznej liczbie ludności R dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat. W 2004 roku grupa ta stanowiła 24,5% ogółu ludności, a populacja dzieci w wieku 0-14 lat - 16,7%. W tym samym okresie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej. W 2004 roku osoby te stanowiły 13,1% ogółu ludności Polski. Według prognozy GUS, do 2010 roku udział osób starszych w łącznej liczbie ludności będzie zmieniał się nieznacznie, w następnych latach wzrost będzie szybszy i w 2030 roku osiągnie poziom około 24%, co oznacza, że prawie co czwarty Polak będzie miał co najmniej 65 lat.

W miastach populacja osób starszych będzie większa niż na wsi.

Podsumowując prognozy demograficzne, można stwierdzić, że:

- Od 1999 roku liczba ludności Polski stopniowo zmniejsza się. W końcu 2005 roku ludność Polski liczyła 38 157 tys. i było to o około 100 tys. osób mniej niż w 2000 roku,

- systematycznie od ok. 20 lat zmniejsza się udział dzieci i młodzieży poniżej 20 roku życia w łącznej liczbie ludności, natomiast zwiększa się udział osób starszych. Przewiduje się, że proces ten ulegnie nasileniu po 2010 roku, - odsetek osób starszych jest wyższy na wsi niż w mieście, ale zgodnie z prognozą GUS,

sytuacja ta ulegnie zasadniczej zmianie po 2010 roku,

- w latach 2004 i 2005 nastąpił niewielki wzrost liczby urodzeń żywych, co zgodnie z prognozą GUS wskazuje na możliwość przełamania niekorzystnych trendów,

- częstość urodzeń martwych jest w Polsce nieco wyższa niż w krajach UE, natomiast odsetek noworodków o niskiej masie urodzeniowej w Polsce jest niższy niż przeciętny w krajach Unii Europejskiej.

3. Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego

W ciągu ostatnich 13 lat przeciętna długość życia wzrosła o 4,6 roku w przypadku mężczyzn i o 4 lata w przypadku kobiet. W 2004 roku wynosiła 70,7 lat dla mężczyzn i 79,2 lat dla kobiet. Generalnie jednak należy stwierdzić, że stan zdrowia Polaków jest gorszy niż mieszkańców pozostałych krajów Unii Europejskiej. Długość życia w Polsce jest wyraźnie krótsza niż przeciętna dla wszystkich 25 krajów Unii Europejskiej - o 4,6 lat dla mężczyzn i o 2,5 lat dla kobiet (dane za 2003 rok).

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 roku, Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 65,8 lat (63,1 mężczyźni i 68,5 lat kobiety), a więc około 4,9 lat krócej niż przeciętnie mieszkańcy krajów Unii Europejskiej, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w zdrowiu Szwedów wynosi 7,5 lat.

Wskaźnik umieralności w Polsce jest wyższy od przeciętnego w krajach UE we wszystkich grupach wiekowych z wyjątkiem młodych kobiet w wieku 15-29 lat. W najbardziej niekorzystnej sytuacji są mężczyźni w wieku 30-59 lat. Także dzieci poniżej 15 roku życia mają o 40% większe ryzyko zgonu niż ich rówieśnicy z innych krajów UE.

W roku 2004 zmarło w Polsce 73,2 tys. mężczyzn oraz 28,9 tys. kobiet w, wieku największej aktywności społeczno-zawodowej, tzn. 25-64 lat. Liczba ta stanowiła 37% liczby ogółu zmarłych mężczyzn i 17% ogółu zmarłych kobiet (przeważającą przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej stanowią obecnie nowotwory złośliwe).

Do głównych przyczyn zgonów należą:

- choroby układu krążenia (41,1% wszystkich zgonów mężczyzn i 52,6% zgonów kobiet w 2004 roku) - umieralność z powodu tych chorób wykazuje trend spadkowy,
- nowotwory złośliwe (26,4% zgonów mężczyzn i 22,8% zgonów kobiet) - zagrożenie życia z ich powodu nie zmniejsza się, a w przypadku niektórych rodzajów nowotworów, takich jak nowotwory jelita grubego, gruczołu krokowego, raka płuca u kobiet, wzrasta. Nowotwory złośliwe stanowią najważniejszą przyczynę przedwczesnych zgonów kobiet. Nowotworem najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski jest rak oskrzeli i płuca,
- przyczyny zewnętrzne (9,7% zgonów mężczyzn i 3,6% zgonów kobiet) - zgony z tego powodu wykazują trend spadkowy. Wśród nich dominują wypadki komunikacyjne z wzrastającą liczbą zabitych pieszych.

Gdyby w 2002 roku natężenie umieralności w poszczególnych grupach wiekowych w Polsce było takie samo jak przeciętne w 25 krajach Unii Europejskiej, wówczas liczba osób zmarłych w naszym kraju byłaby rocznie o około 80 tys. niższa.

4. Różnice społeczne i terytorialne w stanie zdrowia populacji

Gorszy stan zdrowia ludności jest wyraźny wśród osób niewykształconych, ubogich, bezrobotnych, a także, w niektórych przypadkach, w regionach charakteryzujących się gorszymi wskaźnikami jakości środowiska naturalnego i gorszą infrastrukturą, utrudniającą dostęp do placówek opieki zdrowotnej. Dla poprawy zdrowia populacji istotne jest wyrównywanie szans w budowaniu zdrowia wśród dzieci i młodzieży. Służyć temu będzie efektywna realizacja celów Narodowego Programu Zdrowia przez wszystkie organy administracji rządowej i samorządowej, a także organizacje pozarządowe.

Cel główny

„Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” osiągnąć przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

I. Strategiczne cele zdrowotne

1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu
2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;
3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przedziałania prewencyjno-promocyjne;
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom³;
8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

II. Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia

1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;

2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
3. **Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;**
4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

III. Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji

7. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;
8. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;

-
1. Realizacja całego zakresu programu POLKARD w ramach działań na rzecz tego celu strategicznego.
 2. Realizacja ustawy o ustanowieniu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na rzecz tego celu strategicznego.
 - 3 Realizacja Programu zwalczania HCV na rzecz tego celu strategicznego.

-
9. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
 10. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych;
 11. Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

IV Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego

12. Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa;
13. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
15. Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury t samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

I. STRATEGICZNE CELE ZDROWOTNE ⁴

Cel strategiczny 1.

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu ⁵.

Mimo niewątpliwego sukcesu w dziedzinie ograniczenia umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwowanego od 1991 roku, choroby układu krążenia (CHUK) pozostają nadal najważniejszą przyczyną umieralności przedwczesnej wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. Prawie, co drugi Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń. CHUK stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz inwalidztwa. Wpływają w znaczący sposób na jakość życia Polaków, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym. Konsekwencją tego są także wydatki ze środków publicznych i środków własnych obywateli na leczenie CHUK. Zgodnie z założeniami programu POLKARD, którego głównym celem jest utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce w latach 2003-2012 zakłada się:

1. Zmniejszenie umieralności u osób poniżej 65 roku życia,
2. Zmniejszenie liczby wczesnych zgonów z powodu udarów mózgu,

3. Uzyskanie, u co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru, samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego.

4 Informacje zawarte w strategicznych celach zdrowotnych nr 1, 2, 4, 5, 6 są powtórzone i rozszerzone w celu - operacyjnym nr 14 w rozdziale IV - *Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego*

5 Realizacja programu POLKARD w ramach działań na rzecz tego celu strategicznego.

Cel strategiczny 2.

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych m⁶.

Choroby nowotworowe są drugą przyczyną zgonów w Polsce, co wynika przede wszystkim z faktu późnego ich wykrywania i niskiej skuteczności ich leczenia. Mocną stroną polskiej onkologii jest natomiast sieć ośrodków onkologicznych o wysokim poziomie referencyjności. Wykorzystując możliwości istniejące po wprowadzeniu w 2005 roku ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, przewiduje się osiągnięcie następujących efektów realizacji przedmiotowego celu strategicznego:

1. Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów ogółem,
2. Zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi i w stopniu znacznym raka szyjki macicy przez wprowadzenie na skalę populacyjną zorganizowanych badań przesiewowych mammograficznych i cytologicznych.

6 Realizacja ustawy o ustanowieniu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na rzecz tego celu strategicznego.

Cel strategiczny 3.

Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków⁷.

Urazy powstałe w wyniku wypadków stanowią w krajach rozwiniętych coraz większy problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny (wysokie koszty leczenia i rehabilitacji ofiar wypadków). W Polsce liczba zgonów z powodu urazów i zatruc wynosi 26-28 tys. rocznie.

W ostatnich 10-15 latach w wielu krajach wdrożone zostały programy prewencyjne, ukierunkowane na wybrane grupy wypadków, środowiska społeczne lub grupy wiekowe. Widoczne sukcesy uzyskano dzięki skoordynowaniu wszystkich podejmowanych w tym zakresie działań, a także edukacji społeczeństwa oraz uznaniu roli czynników psychologicznych i środowiskowych w przyczynach wypadków. Doświadczenia ostatniego dziesięciolecia wskazują na potrzebę nie tylko zapobiegania urazom powstającym w wyniku wypadków, lecz także promocji bezpieczeństwa.

Duże znaczenie w dla poprawy sytuacji w zakresie urazów komunikacyjnych w Polsce będzie miała m.in. realizacja programu GAMBIT⁸.

Zakłada się osiągnięcie następujących efektów realizacji przedmiotowego celu strategicznego:

7 Szersze uzasadnienie, zadania i oczekiwane efekty związane z niniejszym celem znajdują się w załączniku.

8 Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2005-2007-2013 GAMBIT 2005 przyjęty został przez Radę Ministrów na posiedzeniu 19 kwietnia 2005 roku.

1. Zmniejszenie odsetka ofiar śmiertelnych wskutek urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych⁹,
2. Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków przy pracy do połowy stanu z 2005 roku,
3. Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków w szkole przynajmniej do połowy stanu z 2005 roku.

Cel strategiczny 4.

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez dzialania prewencyjno-promocyjne.

Dane europejskie¹⁰ wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, co pociąga za sobą narastające koszty społeczne i gospodarcze. W 2004 roku 27% dorosłych mieszkańców Europy doświadczało zaburzenia zdrowia psychicznego. Najczęściej występujące problemy zdrowia psychicznego to zaburzenia lękowe i depresje. Przewiduje się, że do 2020 roku depresja będzie najpowszechniej występującym zaburzeniem psychicznym.

Należy podkreślić, że zaburzenia psychiczne kosztują państwo utratę 3-4% PKB¹¹ i są najczęstszą przyczyną pobierania rent inwalidzkich. Grupą szczególnie wymagającą pomocy jest młodzież, ze względu na jej pogarszające się samopoczucie psychospołeczne (wynikające ze stresu, narastającej przemocy, dostępności narkotyków). W związku z powyższym planowane jest wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, co byłoby zgodne z ustaleniami konferencji helsińskiej¹², nakazującej opracowanie w krajach Unii Europejskiej Krajowego Planu Działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, z zapewnieniem odpowiednich środków finansowych.

9. Uratowani od śmierci w wypadkach drogowych do 2013 roku (według RBD)		
Cele	%	Liczba
Kształtowanie bezpiecznych zachowań uczestników ruchu drogowego	34	5 700
Ochrona pieszych, dzieci i rowerzystów	30	5 100
Zmniejszenie ciężkości i konsekwencji wypadków drogowych	10	1 650
Budowa i utrzymanie bezpiecznej infrastruktury drogowej	26	4 350
Razem	100	16 800

10 *Green Paper-Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union Brussels*, 14.10.2005, European Commission.

11 Dane szacunkowe Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Zakłada się osiągnięcie następujących efektów realizacji przedmiotowego celu strategicznego:

1. Zmniejszenie występowania zaburzeń psychicznych w latach 2007-2015, w tym liczby samobójstw,
2. Zmniejszenie liczby osób z dyskomfortem psychicznym, a zwłaszcza z objawami lękowymi, depresyjnymi, reakcjami kryzysowymi, myślami samobójczymi,
3. Promowanie zdrowia psychicznego poprzez dostarczanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do prawidłowego psychospołecznego rozwoju dzieci i młodzieży oraz rozwiązywania problemów życiowych; kształtowanie zachowań korzystnych dla - zdrowia psychicznego,
4. Zwiększenie liczby programów oraz placówek oferujących profesjonalną pomoc i poradnictwo dla osób narażonych na zaburzenia zdrowia psychicznego - dzieci, i młodzieży, osób starszych, bezrobotnych, osób narażonych na przemoc,
5. Poprawa jakości życia osób chorych na przewlekłe choroby psychiczne.

Cel strategiczny 5.

Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.

Do chorób tych zalicza się grupę około 200 chorób układu ruchu o przewlekłym charakterze i różnym stopniu zajęcia stawów i narządów wewnętrznych. Można wśród nich wyróżnić dwie główne grupy: zapalne choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń

rumieniowaty, dna moczanowa i inne) oraz choroby reumatyczne niezapalne (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych, osteoporoza i inne).

- Szacuje się, że liczba osób dotkniętych dolegliwościami reumatycznymi stale przyjmującymi leki przeciwbólowe wynosi ok. 5 mln.
- Liczba osób niepełnosprawnych, u których w ZUS w 2005 roku orzeczono po raz pierwszy lub ponownie rentę inwalidzką z powodu chorób reumatycznych wynosi ok. 75 tys. osób.
- Koszty chorób reumatycznych pochłaniają 2% PKB¹³.
- Szacowana liczba hospitalizacji z powodu chorób reumatycznych sięga 18% wszystkich hospitalizacji.

Działania podjęte w ramach NPZ powinny dotyczyć:

1. Zwiększenia i wyrównania dostępności do usług rehabilitacyjnych,
2. Monitorowania częstości orzekania o rentach inwalidzkich,
3. Zwiększenia świadomości społecznej w zakresie zagrożeń ze strony chorób reumatycznych,
4. Zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych z powodu chorób reumatycznych,
5. Zmniejszenia nierówności w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej.

12 europejska Konferencja Ministerialna Światowej Organizacji Zdrowia, Helsinki 2005.

13 Wedle oszacowań Instytutu Reumatologii

Cel strategiczny 6.

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.

W Polsce na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) choruje, co dziesiąta osoba powyżej 30 roku życia. Liczba chorych sięga 2 mln osób (około 5% kobiet i 10% mężczyzn ogólnej populacji). Ocenia się jednak, że tylko około 1/3 spośród tej liczby chorych jest zdiagnozowana. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), POChP zajmuje obecnie czwarte miejsce wśród przyczyn zgonów na świecie. Niestety szacuje się, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat POChP stanie się już trzecią najczęstszą przyczyną śmierci. W Polsce chorym na POChP co roku przyznawanych jest około 20 tys. rent inwalidzkich i - co najważniejsze - większość tych rent przyznawana jest osobom będącym jeszcze w wieku produkcyjnym, tj. między 50 a 60 rokiem życia. System ochrony zdrowia ma ograniczone możliwości długotrwałej opieki nad chorym. POChP zmusza więc często do porzucenia pracy dwie osoby - chorego i członka rodziny, który musi się nim opiekować.

W celu zwrócenia uwagi na skalę problemu i zagrożenia związane zarówno z POChP, jak i innymi chorobami układu oddechowego, Europejskie Towarzystwo Oddechowe (ERS) i Europejska Fundacja Płuc (ELF) opublikowały *Europejską Białą Księgę* *buc*. Publikacja ta w przejrzysty sposób przedstawia zagrożenia i kierunki rozwoju dotyczące chorób płuc, w tym POChP - przyczyny ok. 200 -300 tys. zgonów rocznie w Europie.

Realizacja wielu celów NPZ, takich jak m.in. zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, ograniczenie zanieczyszczeń środowiska czy zwiększenie aktywności fizycznej, powinna pozwolić na osiągnięcie w ramach przedmiotowego celu strategicznego następujących efektów:

1. Zmniejszenie zapadalności na POChP,
2. Zmniejszenie chorobowości z powodu POChP,
3. Zmniejszenie umieralności z powodu POChP.

Cel strategiczny 7.

Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom¹⁴

Obserwowany od szeregu lat spadek zapadalności na większość chorób zakaźnych nie zmienia faktu, że choroby te nadal pozostają w Polsce poważnym problemem zdrowotnym. Zapadalność na niektóre groźne choroby zakaźne jest w Polsce wyższa niż w wielu innych krajach Unii Europejskiej. W tej grupie chorób w pierwszym rzędzie należy wymienić zakażenia WZW typu C, zatrucia i zakażenia pokarmowe oraz gruźlicę. Wymagają one wzmożonego nadzoru.

W zakresie chorób, którym można zapobiegać przez szczepienia, istnieje problem racjonalizacji, a w uzasadnionych przypadkach rozszerzenia programu szczepień ochronnych z . jednocześnie analizą ich skuteczności oraz monitorowaniem niepożądanych odczynów poszczepiennych.

W Polsce wzrasta świadomość problemu zakażeń szpitalnych i ściśle związanej z nim antybiotykooporności. Wprowadzane są programy kontroli zakażeń, jak i racjonalizacji zużycia antybiotyków. Jest to zadanie zespołów oraz komitetów kontroli zakażeń zakładowych powoływanych na podstawie aktów wykonawczych do ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach.

14 Realizacja Programu zwalczania HCV na rzecz tego celu strategicznego.

Masowe przemieszczanie się ludzi i towarów stwarza zagrożenie zawleczeniem chorób zakaźnych do krajów, w których dotychczas one nie występowały. Problemem jest słabość nadzoru nad dzikimi zwierzętami, a szczególnie ptakami, które mogą przenosić choroby na duże odległości. Świadomość tego problemu zwiększyła się w związku z zanotowaniem przypadków zawleczenia do Europy ptasiej grypy.

Skuteczne zapobieganie chorobom zakaźnym powinno obejmować również te choroby, które nie występują obecnie w Polsce, ale mogą zostać zawleczone i wywołać poważne zagrożenie. Priorytetami NPZ w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom są:

1. Zmniejszenie liczby zatruc pokarmowych i zakażeń żołądkowo jelitowych wywoływanych przez czynniki biologiczne,
2. Zmniejszenie zapadalności na choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek, ze szczególnym uwzględnieniem WZW typu C i HIV,
3. Zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia,
4. Zmniejszenie zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową,
5. Zmniejszenie zapadalności na gruźlicę,
6. Poprawa sytuacji w skali kraju w zakresie zakażeń szpitalnych,
7. Ograniczenie możliwości szerzenia się chorób zawleczonych do Polski.

Cel strategiczny 8.

Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Działania prowadzące do zwalczania nierówności w zdrowiu powinny objąć dwa równoległe kierunki:

- tworzenie równych szans w budowaniu dobrego zdrowia wśród dzieci i młodzieży,
- zmniejszanie nierówności w zdrowiu w grupach o gorszym statusie zdrowotnym, w środowiskach zaniedbanych materialnie, ze znaczną skalą bezrobocia, w regionach i ośrodkach lokalnych z gorszymi wskaźnikami jakości środowiska naturalnego, w regionach i ośrodkach lokalnych z gorszą infrastrukturą, utrudniającą dostęp do placówek zdrowotnych.

Realizacja tego celu powinna uwzględnić inną niż obecnie alokację środków na cele społeczne i zdrowotne tak, aby wyrównywać istniejące różnice oraz przeciwdziałać ich dalszemu narastaniu.

Powinno to stać się celem wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej, a także organizacji pozarządowych.

Wyrównywanie nierówności w zdrowiu powinno odbywać się również przez realizację innych celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia, w związku z czym zakłada się:

- osiągnięcie pełnego dostępu pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - przyjęcie w dniu zgłoszenia,
- wypracowanie w ramach POZ mechanizmu opieki zdrowotnej ukierunkowanej na grupy zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym,
- zmniejszenie różnic w stanie zdrowia dzieci i młodzieży z różnych geograficznie i społecznie obszarów.

W czasie realizacji NPZ wskaźnikami wykorzystywanymi do monitorowania będą:

- przeciętne dalsze trwanie życia w przekroju terytorialnym i demograficzno-społecznym,
- przeciętne dalsze trwanie życia w sprawności (HALE) w przekroju jak wyżej,
- współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej w układzie geograficznym i - w miarę dostępu danych - społecznym,
- wskaźniki dysfunkcji oraz niepełnosprawności w przekroju geograficznym oraz demograficzno-społecznym,
- współczynniki zapadalności i chorobowości w układzie geograficznym (Mz-11).

Cel operacyjny 1

Zróżnicowanie przyrostu przeciętnego trwania życia w okresie 1991-2004 wg województw i pól.

1. Zmniejszenie częstości występowania szkód zdrowotnych u dzieci, wynikających z wymuszonego narażenia na dym tytoniowy,
2. Zmniejszenie zachorowań i przedwczesnych zgonów spowodowanych inhalacją dymu tytoniowego.

Monitorowanie i ewaluacja ..

Wskaźniki:

- liczba papierosów przypadająca rocznie na statystycznego mieszkańca kraju, • monitorowanie zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe,
- poziom wiedzy dotyczącej szkodliwości palenia tytoniu i prowadzenie polityki antytytoniowej w dorosłej populacji kraju,
- ocena skuteczności realizowanych programów edukacyjnych i interwencyjnych, • ocena dostępności i efektywności leczenia uzależnienia od tytoniu w Polsce,
- poziom zagrożeń związanych z paleniem tytoniu poprzez dzieci i młodzież.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ): - administracja rządowa,

- administracja samorządowa,

- Narodowy Fundusz Zdrowia,

- organizacje pozarządowe,

- media,

- resortowe instytuty naukowe: Centrum Onkologii, Państwowy Zakład Higieny, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Kardiologii, Instytut Matki i Dziecka,

- zakłady opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny 2.

Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.

Uzasadnienie wyboru celu:

Lata transformacji ustrojowych, oprócz korzystnych zmian w stanie zdrowia ludności, przyniosły za sobą wzrost dostępności substancji psychoaktywnych, w tym napojów alkoholowych, ze wszystkimi tego konsekwencjami dla zdrowia i porządku publicznego. Zgodnie z ocenami WHO, choroby i zaburzenia związane z alkoholem stanowią 10% globalnego obciążenia chorobami (*global burden of diseases*).

W ostatnich latach konsumpcja alkoholu wysokoprocentowego w Polsce wzrosła, co było spowodowane głównie obniżeniem akcyzy na napoje spirytusowe w 2002 roku. W latach 2002-2004 nastąpił 15-procentowy wzrost konsumpcji rejestrowanej . przez statystykę sprzedaży z ok. 7 do 8 l czystego alkoholu na jednego mieszkańca. Badania ankietowe zrealizowane na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych pokazują, że w latach 2003-2005 konsumpcja zwiększyła się o 30%. Pociągnęło to za sobą szereg niekorzystnych zjawisk, takich jak wzrost przyjęć do izb wytrzeźwień, wzrost zanotowanych przypadków interwencji policyjnych w przypadkach przemocy domowej na tle alkoholu o 8% rocznie, wzrost liczby przypadków kierowania pojazdami pod wpływem alkoholu. Zaobserwowano również znaczący wzrost przyjęć do zakładów leczenia odwykowego; między 2003 a 2004 rokiem o 7,5 tys. wzrosła liczba pacjentów zakładów stacjonarnych i o 15 tys. liczba pacjentów zakładów ambulatoryjnych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Ograniczenie rzeczywistego spożycia alkoholu do 6 l na jednego mieszkańca,
2. Ograniczenie udziału napojów spirytusowych w rzeczywistym spożyciu alkoholu do 30%,
3. Ograniczenie nietrzeźwości podczas prowadzenia pojazdów o 20%,
4. Zmniejszenie liczby nastolatków regularnie pijących napoje alkoholowe o 10%,
5. Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania alkoholu w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz instytucjach kultury.

Zadania:

1. Ograniczenie dostępności alkoholu:
 - zmniejszenie liczby punktów sprzedaży,
 - ograniczenie dostępności alkoholu w pobliżu głównych dróg krajowych,
 - egzekwowanie zakazu sprzedaży nietrzeźwym,
 - egzekwowanie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim.
2. Ograniczenie ekonomicznej dostępności alkoholu,
3. Ograniczenie nielegalnego obrotu napojami alkoholowymi:
 - ograniczenie przemytu,
 - ograniczenie nielegalnego gorzelnictwa,
 - ograniczenie promocji napojów alkoholowych.
4. Rozwijanie grup wsparcia,
5. Wdrożenie procedury wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji do praktyki lekarzy POZ,
6. Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców,
7. Zwiększenie kompetencji nauczycieli, instruktorów i animatorów kultury, pedagogów oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów alkoholowych,
8. Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie liczby zgonów z powodu przewlekłych chorób wątroby,
2. Zmniejszenie liczby zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i behawioralnych związanych z alkoholem,

3. Zmniejszenie liczby nagłych zgonów związanych bądź spowodowanych spożyciem alkoholu, w tym:
 - wypadków drogowych,
 - zatruc alkoholem,
 - innych zatruc i urazów,
 - samobójstw,
4. Zmniejszenie ryzyka zgonu wśród uzależnionych od alkoholu,
5. Ograniczenie zapadalności na zaburzenia psychiczne i behawioralne związane z alkoholem,
6. Ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem (w tym podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych).

Monitoring i ewaluacja:

Wskaźniki:

- rejestrowanie poziomu spożycia alkoholu,
- rejestrowanie struktury spożycia alkoholu,
- udział przypadków nietrzeźwości kierowców w ogólnej liczbie kontroli drogowych,
- przypadki nietrzeźwości wśród dzieci i młodzieży mierzone w badaniach dotyczących statusu zdrowotnego dzieci i młodzieży.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,

- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- administracja samorządowa,
- zakłady opieki zdrowotnej,
- Policja,
- media.

Cel operacyjny 3.

Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.

Uzasadnienie wyboru celu:

Zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych zwiększa się występowanie przewlekłych chorób niezakaźnych, wśród których do głównych należą choroby układu krążenia, niektóre rodzaje nowotworów złośliwych i cukrzyca typu 2. Przewlekłe choroby niezakaźne były w 2001 roku przyczyną prawie 60% ogółu zgonów na świecie oraz 47% wszystkich chorób¹⁵. Najważniejszymi czynnikami ryzyka są w tym przypadku: wysokie ciśnienie krwi, wysokie stężenie cholesterolu w surowicy. Przyczyniają się do tego: zbyt małe spożycie owoców i warzyw, nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej i palenie tytoniu.

Rosnące zagrożenie przewlekłymi chorobami niezakaźnymi spowodowało, że ich prewencja uznana została za główne wyzwanie dla zdrowia publicznego, wymagające wznowienia przez rządy, społeczeństwa i społeczność międzynarodową zaangażowania w promocję zdrowej diety i aktywności fizycznej. W związku z tym WHO, na wniosek krajów członkowskich, opracowało dokument pt. *Global strategy on diet, physical activity and health (Globalna strategia dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia)*, który został przyjęty podczas 57. Światowego Zgromadzenia Zdrowia¹⁶. Kraje członkowskie, zatwierdzając tę strategię, zobowiązały się do określenia, wdrożenia i ewaluacji działań promujących zdrową dietę i aktywność fizyczną oraz zmniejszających ryzyko występowania przewlekłych chorób niezakaźnych, których przyczyny są przeważnie takie same we wszystkich krajach. Strategia kładzie nacisk na to, aby w działaniach dotyczących diety wzięto pod uwagę wszystkie jej aspekty, tj. problem zarówno zbyt obfitych

posiłków, jak niedożywienia, kwestie związane z bezpieczeństwem żywnościowym, jakością zdrowotną i bezpieczeństwem żywności oraz promocją wyłącznego karmienia piersią w ciągu pierwszych sześciu miesięcy życia noworodka.

15 *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*, World Health Organization, Geneva 2002.

16 *Global strategy on diet, physical activity and health*, Fifty-Seventh World Health Assembly. WHA57.17. Agenda item 12.6. 22 May 2004.

Oczekiwane efekty do roku 2015:

1. Spadek zawartości tłuszczu w diecie tak, aby stanowił on mniej niż 30% wartości energetycznej oraz dalsza poprawa w strukturze spożycia tłuszczów jadalnych,
2. Zwiększenie spożycia ryb,
3. Wzrost spożycia owoców, warzyw, roślin strączkowych, produktów pełnoziarnistych, przetworów mlecznych o obniżonej zawartości tłuszczu,
4. Zmniejszenie spożycia cukru,
5. Zmniejszenie spożycia soli kuchennej,
6. Umożliwienie spożywania posiłku w trakcie pracy, szczególnie w szkołach i wzrost jego pozytywnego oddziaływanie na upowszechnianie zdrowej diety,
7. Zwiększenie odsetka niemowląt karmionych wyłącznie piersią,
8. Dalsza poprawa w przestrzeganiu zaleceń i norm dotyczących jakości zdrowotnej żywności i jej bezpieczeństwa.

Zadania:

1. Uruchomienie programu wieloletniego, stanowiącego wdrożenie *Globalnej strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia (Global strategy on diet, physical activity and health)*,
2. Wprowadzenie efektywnej współpracy międzyresortowej, koordynowanej przez ministra zdrowia, w celu uwzględniania zaleceń *Globalnej strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia (Global strategy on diet, physical activity and health)*,
3. Rozwinięcie działalności Narodowej Rady Żywności oraz ogólnopolskiej platformy działania ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia,
4. Stałe upowszechnianie zasad prawidłowego żywienia w tym szczególnie w szkołach,
5. Upowszechnianie wiedzy o składzie i wartości odżywczej produktów żywnościowych . oraz o znakowaniu żywności w celu umożliwienia konsumentom dokonania świadomego wyboru,
6. Rozwijanie programów rządowych, mających na celu dożywianie najbardziej .. potrzebujących.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie ryzyka i częstości występowania przewlekłych chorób niezakaźnych, żywieniozależnych,
2. Wydłużenie przeciętnego trwania życia mężczyzn i kobiet, zmniejszenie wskaźników umieralności na choroby na tle wadliwego żywienia,
3. Zmniejszenie zachorowalności niemowląt i dzieci na alergię oraz infekcje, związane z zaprzestaniem karmienia piersią,
4. Zmniejszenie ryzyka i częstości występowania chorób związanych z niewłaściwą jakością zdrowotną żywności.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- zawartość energii z tłuszczu w łącznej wartości energetycznej diety oraz zawartość energii z kwasów tłuszczowych,
- spożycie artykułów żywnościowych na mieszkańca, a także spożycie według grup społeczno-ekonomicznych z uwzględnieniem podziału terytorialnego,

- wyniki badań stanu odżywienia wybranych grup ludności, ze szczególnym uwzględnieniem przypadków nadwagi i otyłości,
- odsetek i liczba osób niedożywionych,
- odsetek uczniów spożywających posiłki w szkołach,
- odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ): • administracja rządowa,

- administracja samorządowa,
- Instytut Żywności i Żywienia
- organizacje pozarządowe.

Cel operacyjny 4.

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.

Uzasadnienie wyboru celu:

Polskie społeczeństwo cechuje niska aktywność fizyczna. Można szacować, że zaledwie około 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia formy ruchu, który; h rodzą] i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają potrzeby fizjologiczne organizmu.

Jak wynika z analiz, podstawową przyczyną takiego stanu rzeczy jest niska świadomość w zakresie potrzeb sportu i rekreacji. Zmianę tego stanu rzeczy mogą przynieść: programy uaktywniające społeczeństwo, promocja rekreacyjnej aktywności ruchowej, oddziaływanie na pozytywną ocenę walorów aktywności ruchowej.

Sondaże pokazują, że zaangażowanie Polaków w różne formy aktywności ruchowej wzrosło wprawdzie w ciągu ostatnich dziesięciu lat, jednak nadal, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, aktywność ta jest sporadyczna i niesystematyczna. Jednocześnie unikanie aktywności fizycznej nie spotyka się z dezaprobatą większości środowisk społecznych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

1. Zaangażowanie w różne formy aktywności ruchowej o określonej intensywności i częstotliwości w czasie wolnym, co najmniej 60% dzieci i młodzieży oraz 35% dorosłych,
2. Zapewnienie, co najmniej 80% gmin warunków do zwiększania aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania.

Zadania:

1. Inspirowanie dyrektorów szkół wszystkich typów do wprowadzania dodatkowych godzin wychowania fizycznego, zarówno w ramach zajęć obowiązkowych jak i w godzinach pozalekcyjnych,
2. Wdrożenie nowoczesnych programów aktywności fizycznej,
3. Dokonanie zmian w programach kształcenia kadr kultury fizycznej, umożliwiających przygotowanie ich do roli animatorów zdrowego stylu życia,
4. Inspirowanie samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych oraz różnych instytucji do wdrażania programów zwiększenia aktywności ruchowej,
5. Wprowadzanie atrakcyjnych form motywowania ludzi do zwiększania własnej aktywności fizycznej oraz kształtowanie nawyków jej utrzymywania,
6. Tworzenie na terenach wiejskich wielofunkcyjnych ośrodków kultury rekreacji i sportu,
7. Opracowanie strategii polityki społecznej na rzecz seniorów, uwzględniającej programy aktywizacji osób starszych,
8. Promowanie określonych form aktywności fizycznej w leczeniu chorób cywilizacyjnych jako wsparcie farmakoterapii i medycznych działań naprawczych,
9. Tworzenie programów z zakresu redukcji szkód.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zwiększenie poziomu sprawności i wydolności fizycznej społeczeństwa,
2. Poprawa kondycji psychicznej ludności,
3. Zmniejszenie powszechności występowania zaburzeń psychosomatycznych,
4. Zmniejszenie powszechności występowania otyłości, chorób układu ruchu, chorób, układu krążenia, zjawisk patologicznych, zwłaszcza wśród młodzieży,
5. Zwiększenie liczby kwalifikowanych specjalistów z zakresu sportu i rekreacji.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- liczba szkół mających sale gimnastyczne, realizujących nowy program wychowania fizycznego,
- liczba gmin zapewniających podstawowe warunki do aktywności ruchowej mieszkańców (odpowiednia infrastruktura),
- liczba dzieci, młodzieży i dorosłych uprawiających w wolnym czasie różne formy aktywności ruchowej,
- wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży (testy),
- częstotliwość uczestnictwa dorosłych Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa;
- organizacje pozarządowe.

Cel operacyjny 5¹⁷

Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.

Uzasadnienie wyboru celu:

Wśród starszej młodzieży oraz młodych dorosłych coraz powszechniejsze staje się używanie nie tylko wyciągów z konopi, ale także narkotyków syntetycznych, zwłaszcza amfetaminy i ecstasy. Zwiększa się również popularność heroiny przeznaczonej do palenia. Coraz większego znaczenia nabierają problemy zdrowotne będące wynikiem okazjonalnego używania narkotyków. Biorąc pod uwagę rosnące rozpowszechnienie używania narkotyków syntetycznych, można spodziewać się trendu wzrostowego zjawiska narkomanii i dalszych zmian obrazu problemów zdrowotnych z nim związanych (w tym wzrostu zakażeń

HIV/AIDS). Wymaga to rozbudowy ofert pomocy zarówno leczniczej, jak i socjalnej.

Bardzo istotne w tym zakresie jest zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego, jako że pod tym względem Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie. Istnieje również potrzeba intensyfikacji działań w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki, szczególnie wśród okazjonalnych użytkowników substancji psychoaktywnych oraz osób używających ich problemowo¹⁸

17 Realizacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 -2010 na rzecz tego celu

18 Osoby, u których zdiagnozowano uzależnienie od substancji psychoaktywnych określane są mianem „użytkowników problemowych” tych substancji.

Oczekiwane efekty do roku 2015:

1. Zahamowanie tempa wzrostu liczby osób używających problemowo substancji psychoaktywnych,
2. Zahamowanie wzrostu dostępności narkotyków,
3. Zwiększenie dostępności różnych form pomocy i leczenia, w tym szczególnie leczenia substytucyjnego i ambulatoryjnego,

4. Ugruntowanie w świadomości społecznej medyczno-społecznej definicji problemu narkomanii i kształtowanie postawy niesienia pomocy osobom dotkniętym tym problemem,
5. Zahamowanie tempa wzrostu liczby dzieci i młodzieży używających substancji psychoaktywnych,
6. Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania substancji psychoaktywnych w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz w instytucjach kultury.

Zadania:

1. Tworzenie nowych placówek leczniczych i rehabilitacyjnych o zróżnicowanych programach terapeutycznych ze szczególnym uwzględnieniem placówek ambulatoryjnych,
2. Tworzenie nowych programów leczenia substytucyjnego oraz rozszerzenie repertuaru leków substytucyjnych,
3. Objęcie świadczeniami pomocy społecznej problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych,
4. Tworzenie programów readaptacji społecznej problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem kwestii readaptacji zawodowej a także wspierania osób utrzymujących abstynencję, .
5. Tworzenie programów niskoprogowych¹⁹ dla problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych,
6. Opracowanie i wdrożenie programu przeciwdziałania zgonom z powodu przedawkowania substancji psychoaktywnych, opracowanie i wdrożenie systemu szybkiej pomocy medycznej osobom, które przedawkowały narkotyki,
7. Wdrożenie procedur probacyjnych przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii,
8. Tworzenie programów wczesnej interwencji, adresowanych do okazjonalnych użytkowników substancji psychoaktywnych,
9. Prowadzenie akcji wymierzonych w nielegalny rynek substancji psychoaktywnych,
10. Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców,
11. Zwiększenie kompetencji nauczycieli, pedagogów, instruktorów i animatorów kultury oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów dotyczących używania substancji psychoaktywnych,
12. Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.

¹⁹ Termin „niskoprogowy” odnosi się do wdrożenia programu, którego celem jest ułatwienie dostępu do usług opieki społecznej i zdrowotnej dla osób zażywających narkotyki. Aby obniżyć dla nich próg dostępu, organizuje się jednostki w specyficznych lokalizacjach i oferuje pomoc w godzinach przystosowanych do potrzeb pacjentów, łącznie z otwieraniem ośrodków w późnych godzinach wieczornych i nocą.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Ograniczenie liczby zgonów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,
2. Ograniczenie liczby zakażeń HIV i HCV, związanych z używaniem substancji psychoaktywnych podawanych z przerwaniem ciągłości tkanek,
3. Poprawa stanu zdrowia oraz jakości życia osób używających problemowo substancji psychoaktywnych,
4. Zmniejszenie zakresu wykluczenia społecznego problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- poziom rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w różnych grupach społeczeństwa,

- liczba osób używających regularnie substancji psychoaktywnych w sposób powodujący problemy (narkomanów),
- wskaźniki zakażeń HIV i HCV oraz zachorowań na AIDS wśród osób używających substancji psychoaktywnych,
- wskaźniki zgonów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,
- poziom marginalizacji społecznej narkomanów,
- liczba osób przyjętych do leczenia w stacjonarnych placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych,
- ceny narkotyków na nielegalnym rynku,
- dostępność narkotyków według opinii poszczególnych grup społeczeństwa,
- wskaźnik konfiskat substancji nielegalnych,
- odsetek kobiet, które wykonały test w kierunku HIV po wizycie u lekarza ginekologa.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ), • administracja rządowa,

- administracja samorządowa,
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Policja,
- organizacje pozarządowe,
- zakłady opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny 6.

Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Uzasadnienie wyboru celu w obszarze eliminacji szkodliwych czynników środowiskowych:

Zapobieganie skutkom zdrowotnym zanieczyszczenia środowiska jest zwykle działaniem długotrwałym. W związku z faktem, że wyeliminowanie ze środowiska czynników szkodliwych jest niemożliwe, należy dążyć do ich ograniczenia. Taki kierunek działania został potwierdzony przez Unię Europejską. Zgodnie z wypracowanymi na jej forum wytycznymi, zapobieganie chorobom środowiskowym powinno uwzględniać zarówno działania zmierzające do zmniejszania zanieczyszczenia środowiska, jak i działania z zakresu zdrowia publicznego, mające na celu ograniczenie narażenia ludności na szkodliwe czynniki środowiskowe oraz redukcję ich skutków zdrowotnych.

Pomimo dokonującej się w ostatnich latach poprawy stanu środowiska, sytuacja w naszym kraju jest wciąż niezadowolająca i wymaga intensyfikacji działań naprawczych. Zanieczyszczenia powietrza w miejscach pracy, w mieszkaniach, a także zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, wody przeznaczonej do spożycia oraz wód powierzchniowych, gleby i żywności, powodują występowanie wielu zaburzeń zdrowotnych. Zwiększają także ryzyko rozwoju chorób, szczególnie przewlekłych: układu oddechowego i pokarmowego, a także niektórych nowotworów, poronień samoistnych, zgonów okołoporodowych i wad wrodzonych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zmniejszenie wielkości emisji do atmosfery niebezpiecznych substancji oraz ich prekursorów,
2. Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego, powietrza wewnątrz pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi oraz na ponadnormatywne poziomy hałasu zwłaszcza emitowanego przez środki transportu,
3. Poprawa jakości wód powierzchniowych służących do zaopatrzenia ludności oraz wód w kąpieliskach publicznych;

4. Osiągnięcie bezpiecznego poziomu szkodliwych substancji oraz mikroorganizmów występujących w wodzie przeznaczonej do spożycia,
5. Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia i natężenia szkodliwych czynników występujących w środowisku pracy, zwłaszcza na czynniki rakotwórcze i alergiczne,
6. Ograniczenie narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne występujące w środowisku bytowania i pracy przez redukcję ich źródeł,
7. Ograniczenie narażenia na ponadnormatywne natężenie pól elektromagnetycznych,
8. Ograniczenie czynników stresogennych w miejscu pracy oraz negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych traumą, mobingiem i agresją w miejscu pracy,
9. Sukcesywny spadek poziomu substancji toksycznych oraz ich metabolitów w materiale - biologicznym.

Zadania:

1. Kontynuacja istniejących oraz wdrożenie nowych wieloletnich programów z dziedziny zdrowia środowiskowego,
2. Konsekwentna realizacja programów naprawczych w dziedzinie jakości powietrza atmosferycznego, wody przeznaczonej do spożycia oraz utylizacji odpadów, zwłaszcza niebezpiecznych,
3. Doskonalenie przepisów prawa budowlanego w kierunku zmniejszenia zagrożeń zdrowia związanych ze stosowanymi technologiami i upowszechnienia ekologicznych materiałów budowlanych,
4. Eliminacja lub modernizacja technologii powodujących zanieczyszczenie środowiska pracy, zamieszkania i obiektów użyteczności publicznej,
5. Restrukturyzacja produkcji rolniczej na obszarach o glebach nadmiernie zanieczyszczonych substancjami toksycznymi,
6. Rozwijanie zintegrowanych programów edukacji ekologicznej, zdrowotnej i konsumentckiej, skierowanych do decydentów, samorządów, producentów i konsumentów,
7. Konsekwentna realizacja przepisów ustawy o substancjach i preparatach chemicznych oraz systematyczna weryfikacja wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy i życia w oparciu o kryteria zdrowotne.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

Zmniejszenie w stosunku do 2005 roku:

1. Wskaźnika umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz układu krążenia,
2. Zapadalności na ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego,
3. Zapadalności na choroby zawodowe,
4. Zapadalności na choroby zakaźne i inwazyjne ogółem,
5. Zapadalności na alergiczne i niealergiczne choroby układu oddechowego i skóry,
6. Zapadalności na niektóre rodzaje nowotworów.

Monitorowanie i ewaluacja:

A) Wskaźniki środowiskowe:

- wybrane wskaźniki dotyczące wielkości emisji i imisji zanieczyszczeń powietrza oraz wskaźniki jakości wody i wielkości ładunków ściekowych generowane w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska,
- wybrane wskaźniki jakości wody przeznaczonej do spożycia oraz jakości środowiska bytowania i pracy generowane w ramach systemów informacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

B) Wskaźniki zdrowotne:

- wskaźniki umieralności z powodu wybranych przyczyn,
- wskaźniki zachorowalności na wybrane choroby,
- częstość występowania poszczególnych chorób zawodowych,
- częstość występowania wad wrodzonych u noworodków,

- częstość występowania niskiej masy urodzeniowej,
- hospitalizacja z powodu wybranych przyczyn,
- częstości występowania podwyższonego stężenia ołowiu w krwi dzieci zamieszkałych w dużych miastach.

Uzasadnienie wyboru celu w obszarze ochrony sanitarnej kraju:

Analiza za lata 1996-2005 pozwoliła na ustalenie obszarów zagrożenia - kategorii obiektów, których utrzymanie w należyтым stanie sanitarnym (sanitarno-technicznym) ma szczególnie istotne znaczenie dla zdrowia populacji. Uznając powyższe kryterium należy dążyć do poprawy stanu sanitarnego następujących placówek:

- zakładów opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali,
- obiektów zaopatrzenia w wodę,
- obiektów produkcji żywności i żywienia,
- placówek oświatowo-wychowawczych,
- obiektów użyteczności publicznej.

O wyborze ww. kategorii obiektów decydowały przede wszystkim następujące czynniki:

- brak istotnej poprawy ich stanu sanitarnego w okresie 1996-2005, bądź też poprawa w zakresie, który należy uznać za niewystarczający,
- szczególnie poważne zagrożenia dla zdrowia ludzkiego oraz powszechny i długotrwały charakter ekspozycji na czynniki patogenne w przypadku zaistnienia nieprawidłowości w zakresie ich stanu sanitarnego,
- nowe możliwości w zakresie monitoringu z uwagi na zmiany legislacyjne, opracowanie szczegółowych procedur i wdrażanie najnowszych rozwiązań technicznych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Poprawa stanu sanitarnego kraju przez systematyczne zmniejszanie w kolejnych latach odsetka obiektów o złym stanie sanitarnym,
2. Poprawa jakości wody dostarczanej przez wodociągi oraz pobieranej z ujęć indywidualnych,
3. Spadek zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu C,
4. Zmniejszenie częstotliwości występowania zakażeń szpitalnych,
5. Spadek zapadalności na choroby odzwierzęce.

Zadania:

1. Prowadzenie skoordynowanych działań mających na celu poprawę stanu sanitarno' higienicznego istniejących zakładów opieki zdrowotnej,
2. Prowadzenie nadzoru zapobiegawczego w odniesieniu do nowo tworzonych zakładów opieki zdrowotnej oraz wzmożenie nadzoru bieżącego nad istniejącymi w zakresie spełniania przez nie wymogów sanitarnych,
3. Zwiększenie nadzoru organów założycielskich nad zakładami opieki zdrowotnej,
4. Monitorowanie zakażeń szpitalnych,
5. Monitorowanie liczby zakażeń wirusem HCV,
6. Prowadzenie działań na rzecz polepszenia jakości wody pitnej,
7. Prowadzenie monitoringu żywności,
8. Spowodowanie stałej, systematycznej poprawy stanu sanitarnego obiektów oświatowo-wychowawczych,
9. Opracowanie jednolitych procedur kontroli środków transportu,
10. Zobligowanie właścicieli obiektów do ochrony miejsc zabaw dzieci przed zanieczyszczeniem odchodami zwierząt,
11. Przeciwdziałanie szerzeniu się chorób odzwierzęcych, szczególnie od zwierząt domowych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie częstotliwości występowania odległych powikłań zakażenia HCV,

2. Zmniejszenie częstotliwości powikłań będących skutkiem zakażeń szpitalnych,
3. Skrócenie przeciętnego czasu leczenia w oddziałach zabiegowych,
4. Zmniejszenie zapadalności na zatrucia pokarmowe oraz choroby będące skutkiem nieprawidłowej diety.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki

- odsetek obiektów różnych kategorii nie spełniających obowiązujących wymogów higieniczno-sanitarnych,
- zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu C,
- liczba zakażeń patogenami alarmowymi w szpitalach w Polsce,
- zapadalność na choroby odzwierzęce.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ): - administracja rządowa,

- administracja samorządowa,
- organizacje pozarządowe,
- zakłady opieki zdrowotnej,
- instytuty naukowo-badawcze: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Państwowy Zakład Higieny, Centralny Instytut Ochrony Pracy w Warszawie. .

III. CELE OPERACYJNE DOTYCZĄCE WYBRANYCH POPULACJI

Cel operacyjny 7.

Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.

Uzasadnienie wyboru celu:

Najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt w Polsce w dalszym ciągu są stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Liczba zgonów niemowląt pozostaje jednocześnie w ścisłym związku z występowaniem wcześniactwa i hipotrofią wewnątrzmaciczną noworodka. Nadrzędnym celem opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną staje się więc zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiająca objęcie tych kobiet opieką odpowiednią do występujących potrzeb zdrowotnych. Jednak opieka profilaktyczna nad ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, jest na wielu terenach niezadowalająca. Niedostateczna jest wczesna zgłaszalność kobiet do lekarza i utrudniona jest dostępność do badań specjalistycznych. Nie wszędzie funkcjonuje w pełni trójstopniowy system opieki perinatalnej, a ponadto styl życia części kobiet ciężarnych nie odpowiada wymogom zdrowotnym.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Obniżenie wskaźnika wcześniactwa - z 6,4% do 5,5%,
2. Obniżenie umieralności okołoporodowej z 8,6/1000 urodzeń do 6,0/1000 urodzeń,
3. Obniżenie umieralności noworodkowej wczesnej i późnej:
 - umieralności noworodkowej wczesnej z 3,7/1000 urodzeń żywych do 3,0/1000 urodzeń żywych,
 - umieralności noworodkowej późnej z 1,3/1000 urodzeń żywych do 1,0/1000 urodzeń żywych,
4. Obniżenie umieralności niemowląt z 7,0/1000 urodzeń żywych do 4,0/1000 urodzeń żywych,
5. Obniżenie umieralności kobiet związanej z ciążą, porodem i położeniem z 7,4/100 000 urodzeń żywych do 5,0/100 000 urodzeń żywych,
6. Zmniejszenie częstości chorób przewlekłych i prowadzących do niepełnosprawności u dzieci,
7. Zmniejszenie różnic między województwami i grupami społecznymi w zakresie podstawowych mierników zdrowia dziecka.

Zadania:

1. Unowocześnienie programu trójstopniowej opieki perinatalnej,
2. Poprawa opieki przedporodowej nad ciężarną,
3. Zmniejszenie umieralności niemowląt,
4. Wprowadzenie nowoczesnych badań epidemiologicznych dotyczących opieki nad matką i dzieckiem (w tym kontynuacja programu EUROCAT),
5. Pełna realizacja świadczeń profilaktycznych mających na celu zapobieganie chorobom i wczesne wykrywanie zaburzeń i odchyłeń w stanie zdrowia dzieci przez realizację programów profilaktycznych, badań przesiewowych, bilansów zdrowia i obowiązkowych szczepień ochronnych,
6. Poprawa zaspokojenia potrzeb leczniczych dzieci, rozwój rehabilitacji dzieci przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych, w tym z niedorozwojem umysłowym,
7. Otoczenie szczególną opieką zdrowotną kobiet i dzieci ze środowisk specjalnego ryzyka o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, rodzin wychowawczo niewydolnych bądź patologicznych,
8. Stworzenie trwałego systemu monitorowania realizacji działań związanych ze zdrowiem matek i małych dzieci,
9. Kształtowanie prozdrowotnych postaw i przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom przyszłych rodziców w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży i opieki nad niemowlęciem i małym dzieckiem,
10. Propagowanie karmienia piersią, (co najmniej do 6 miesiąca życia),
11. Polepszenie jakości perinatalnych świadczeń medycznych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Poprawa stanu zdrowia noworodków urodzonych przedwcześnie,
2. Zmniejszenie zachorowalności dzieci,
3. Zmniejszenie liczby dzieci niepełnosprawnych,
4. Wyrównanie szans zdrowotnych dzieci w Polsce.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- wskaźnik wcześniactwa naturalnego,
- współczynnik zgonów płodów,
- struktura urodzeń według wieku matki, kolejności urodzenia i poziomu wykształcenia matek,
- wskaźnik małej urodzeniowej masy ciała,
- wskaźnik umieralności okołoporodowej,
- odsetek kobiet ciężarnych rozpoczynających opiekę w czasie ciąży w I trymestrze,
- odsetek kobiet poddanych opiece przedporodowej,
- wskaźnik umieralności niemowląt,
- odsetek dzieci zaszczepionych zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień,
- odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią w 6 miesiącu życia,
- dane z programu EUROCAT o wadach wrodzonych,
- umieralność dzieci w wieku 1-4 i 5-9 lat według przyczyn,
- częstość hospitalizacji dzieci i młodzieży w wieku 1-4 i 5-9 lat według wybranych przyczyn, w tym astmy,
- częstość występowania wybranych chorób przewlekłych u małych dzieci,
- częstość występowania wybranych chorób zakaźnych i pasożytniczych u dzieci.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ): -
administracja rządowa,
- administracja samorządowa,

- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Instytut Matki i Dziecka,
- zakłady opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny 8.

Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.

Uzasadnienie wyboru celu:

Zgodnie z najnowszą propozycją Światowej Organizacji Zdrowia (2005) we współczesnej strategii działań na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży głównymi kierunkami działań powinny być: zmniejszenie nierówności w zdrowiu, rozwijanie zasobów dla zdrowia, eliminowanie czynników ryzyka dla zdrowia. Za priorytety uznaje się:

- intensyfikację działań z zakresu promocji zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży,
- zapobieganie: urazom, otyłości, używaniu substancji psychoaktywnych, przemocy w rodzinie (w tym seksualnej) i między rówieśnikami, chorobom przenoszonym drogą płciową (w tym HIV) oraz ciążyom wśród małoletnich,
- zapewnienie poradnictwa oraz pomocy dla rodziców, dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju i zdrowia psychicznego (zwłaszcza u dzieci najmłodszych i nastolatków), przewlekle chorych, niepełnosprawnych, żyjących z HIV oraz małoletnich matek.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zwiększenie odsetka młodzieży, która:

- osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej,
- racjonalnie się odżywia,

2. Zahamowanie tendencji wzrostowej w częstości występowania u młodzieży zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Zadania:

Polityka państwa, legislacja:

1. Opracowanie krajowej strategii działań w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży, spójnej z obowiązującymi dokumentami i programami krajowymi, Unii Europejskiej oraz rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia,
2. Cykliczne opracowywanie i upowszechnianie (w różnej formie) informacji o stanie zdrowia, rozwoju i zachowaniach zdrowotnych dzieci i młodzieży,
3. Tworzenie, aktualizacja oraz egzekwowanie przestrzegania przepisów w zakresie:
 - pomocy dla rodzin dzieci i młodzieży niepełnosprawnych i przewlekle chorych,
 - eliminowania barier w dostępności do nauki, zajęć pozaszkolnych i ciągłej rehabilitacji dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej,
 - standardów bezpieczeństwa dzieci w ruchu drogowym,
 - ograniczenia dostępności młodzieży do tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
 - identyfikowania przemocy wobec dzieci i udzielania pomocy jej ofiarom.

Działania w społecznościach lokalnych (z udziałem samorządów i innych organizacji):

1. Opracowanie, wdrażanie i systematyczne monitorowanie programów działań na rzecz wspierania rozwoju i zdrowia dzieci i młodzieży, dostosowanych do lokalnych potrzeb i opracowywanych z udziałem samej młodzieży,

2. Tworzenie warunków do spędzania czasu wolnego w sposób korzystny dla rozwoju i zdrowia.

Działania resortu edukacji (we współpracy z resortem zdrowia):

1. Realizacja w szkołach wszystkich typów edukacji zdrowotnej, ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego,
2. Rozwijanie programu szkół promujących zdrowie, w tym zdrowy styl życia i odżywiania,
3. Dokonanie zmian w programie wychowania fizycznego w szkole, sposobach jego realizacji i sprawowania nad nim nadzoru, ukierunkowanych na zwiększenie aktywności fizycznej uczniów oraz budowanie motywacji do jej kontynuowania w dalszym życiu.

Działania resortu szkolnictwa wyższego²⁰

1. Wprowadzenie przedmiotu „edukacja zdrowotna”(lub o podobnej nazwie) do standardów kształcenia nauczycieli i pedagogów oraz tworzenie możliwości doskonalenia w tym zakresie osób pracujących z dziećmi i młodzieżą.

Działania środków masowego przekazu i organizacji pozarządowych:

1. Prowadzenie kampanii społecznych propagujących aktywność fizyczną oraz zasady racjonalnego żywienia,
2. Ograniczanie prezentowania w środkach masowego przekazu programów oraz reklam zwiększających ryzyko podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych.

Działania resortu zdrowia (ochrony zdrowia):

1. Tworzenie systemu poradnictwa dla:
 - rodziców najmłodszych dzieci z zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego,
 - rodziców i ich nastoletnich dzieci z zaburzeniami psychospołecznymi,
 - młodzieży zagrożonej uzależnieniem i wystąpieniem innych szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,
2. Prowadzenie kształcenia lekarzy, pielęgniarek i położnych w zakresie pomocy młodzieży w rozwiązywaniu jej problemów zdrowotnych w tym rozpoznawania oznak przemocy domowej,
3. Zapewnienie uczniom wszystkich szkół profilaktycznej opieki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami,
4. Tworzenie warunków dla uzyskiwania odpowiednich kwalifikacji przez pielęgniarki sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną w szkołach i innych placówkach oświatowych,
5. Stworzenie systemu nadzoru (na poziomie kraju, województwa, powiatu) w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Utrzymanie na obecnym poziomie lub zmniejszenie częstości występowania w populacji dzieci i młodzieży: otyłości, depresji, chorób przenoszonych drogą płciową,
2. Zmniejszenie odsetka cięż wśród małoletnich,
3. Zmniejszenie urazowości dzieci i młodzieży oraz osiągnięcie dla współczynników umieralności i hospitalizacji z powodu urazów i zatruc poziomu przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej,
4. Zmniejszenie liczby dzieci będących ofiarami przemocy ze strony dorosłych i rówieśników w szkole.

²⁰ Wykorzystanie rezultatów Pilotażowego Projektu Foresight w ramach działań resortu nauki na rzecz Narodowego Programu Zdrowia

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki zdrowia subiektywnego i zachowań zdrowotnych:

- odsetek młodzieży 15- i 18-letniej, która pozytywnie ocenia swoje zdrowie, jest zadowolona z życia, rzadko odczuwa dolegliwości psychosomatyczne,
- odsetek młodzieży 15- i 18-letniej, która osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej, codziennie spożywa warzywa i owoce, rzadko spożywa słodkie i słodkie napoje gazowane,

- odsetek młodzieży 15-letniej i 18-letniej, która regularnie pali papierosy, często upija się, pali marihuanę, podjęła inicjację seksualną, ma kontakty z przemocą między rówieśnikami,
- częstość występowania anoreksji i bulimii wśród dzieci i młodzieży.

Wskaźniki odnoszące się do zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju

- częstość występowania otyłości w populacji osób w wieku szkolnym,
- częstość występowania depresji i innych zaburzeń zdrowia psychicznego,
- częstość samobójstw i prób samobójczych,
- umieralność i hospitalizacja z powodu urazów i zatruc,
- liczba dzieci i młodzieży poszkodowanych w wypadkach drogowych,
- częstość występowania chorób przenoszonych drogą płciową (w tym zakażeń HIV) i ciąży wśród małoletnich,
- liczba dzieci będących ofiarami przemocy domowej i rówieśników w szkole.

Wskaźniki zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz działań w zakresie promocji zdrowia

- odsetek dzieci i młodzieży objętych profilaktycznymi badaniami lekarskimi,
- stopień zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w szkołach wszystkich typów.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,

Cel operacyjny 9.

Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

Uzasadnienie wyboru celu:

W ostatnich dziesięcioleciach w Europie wyraźnie zaznaczyła się tendencja starzenia się społeczeństw. W krajach europejskich co 7 osoba jest w wieku powyżej 65 roku życia, podczas gdy liczba osób w przedziale 0-19 lat wyraźnie się zmniejsza. Odnotowywany jest również spadek przyrostu naturalnego oraz wydłużanie trwania życia, w związku z czym relatywny ciężar głównych grup zależnych w społeczeństwie, czyli dzieci, młodzieży i osób starszych przesuwa się wyraźnie w kierunku tych ostatnich. Problem starzenia się społeczeństw stał się tak ważny, że WHO w 2002 roku zaprezentowało w Madrycie Ramową Politykę Dotyczącą Aktywnego Starzenia się. Przyjęto również dwa dokumenty: Deklarację Polityczną i Międzynarodowy Plan Działania dot. Aktywnego Starzenia się. Oba zawierają przesłanie skierowane do społeczeństw świata, aby wzmacniały zachowania społeczne nakierowane na pełną akceptację i możliwości rozwoju osób starszych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Propagowanie idei „aktywnego starzenia się”,
2. Uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym,
3. Zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia,
4. Zmniejszenie rozpowszechnienia czynników ryzyka związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych.

Zadania:

Administracja rządowa

1. Promocja zdrowia i zapobiegania chorobom w ciągu trwania całego życia,
2. Budowa i implementacja programów zdrowotnych nakierowanych na tworzenie warunków do aktywnego fizycznie i psychicznie stylu życia osób powyżej 60 roku życia,

3. Tworzenie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekę nad osobą starszą i/lub niepełnosprawną w środowisku zamieszkania z poszanowaniem jej praw i zapewnieniem najwyższej z możliwych jakości usług opiekuńczo-leczniczych,
4. Tworzenie rozwiązań prawno-administracyjnych sprzyjających rozwojowi prozdrowotnego stylu życia przez uruchomienie mechanizmów ekonomicznych, skłaniających do zwiększenia podejmowania działań indywidualnych na rzecz aktywności fizycznej,
5. Podejmowanie działań systemowych w kierunku zapewnienia ochrony, bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej osób starzejących się,
6. Podejmowanie działań na rzecz powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w tym leków dla osób starszych.

Administracja samorządowa

1. Umacnianie działań na rzecz stworzenia przyjaznego dla wieku i bezpiecznego środowiska bytowego,
2. Zmniejszenie czynników ryzyka związanych z chorobami i wspomaganie czynników pozytywnych dla zdrowia występujących w środowisku zamieszkania,
3. Uaktywnienie szkoleń i edukacji osób, które mają bezpośredni wpływ na tworzenie prozdrowotnych zachowań w populacji osób powyżej 50 roku życia,
4. Aktywizacja środowisk lokalnych w podejmowaniu działań dla kształtowania zdrowego stylu życia populacji osób powyżej 50 roku życia.

Organizacje pozarządowe

1. Kształtowanie pozytywnego wizerunku osób starszych w społeczeństwie i ich znaczenia dla jego trwania i możliwości rozwojowych młodszych populacji,
2. Wspieranie osób starszych w pełnym udziale w życiu rodzinnym i społecznym,
3. Budowanie w środkach masowego przekazu wizerunku aktywnych fizycznie, psychicznie i społecznie osób powyżej 60 roku życia.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie liczby niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia,
2. Zmniejszenie liczby zgonów w populacji powyżej 60 roku życia,
3. Zmniejszenie liczby chorych na choroby niezakaźne w populacji powyżej 60 roku życia,
4. Wydłużenie liczby lat życia wolnych od wszelkich dolegliwości (współczynnik HALE),
5. Wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki

- liczba niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia,
- wskaźnik umieralności w populacji powyżej 60 roku życia,
- liczba lat wolnych od niepełnosprawności (współczynnik HALE),
- przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat,
- poziom życia gospodarstw domowych osób starszych,
- nasycenie instytucjonalnymi formami opieki nad osobami starszymi o niepełnej sprawności funkcjonalnej lub mentalnej.

Cel operacyjny 10.

Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.

Uzasadnienie wyboru celu:

Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w 2002 roku, odsetek osób niepełnosprawnych stanowi 14,3% ludności Polski, co oznacza, że co siódmy mieszkaniec naszego kraju jest osobą niepełnosprawną. Dodatkowo, dane demograficzne (starzenie się społeczeństwa) oraz postęp medycyny wskazują, że procent osób zagrożonych niepełnosprawnością, a więc wymagających rehabilitacji, będzie się stale zwiększał. Ta

dramatycznie wysoka liczba osób niepełnosprawnych jest istotną przesłanką do wzmacniania działań mających na celu włączanie niepełnosprawnych w społeczne i ekonomiczne życie społeczeństwa.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

1. Zwiększenie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym,
2. Ograniczenie barier funkcjonalnych utrudniających życie osobom niepełnosprawnym, 3. Wzrost aktywności społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych.

Zadania:

Administracja rządowa:

1. Działania na rzecz zwiększenia uczestnictwa osób niepełnosprawnych w dostępie do m.in.: edukacji (na wszystkich poziomach kształcenia), kultury, świadczeń zdrowotnych, sportu i turystyki,
2. Poprawa dostępności do nowoczesnego sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych umożliwiających poprawę funkcjonowania w życiu społecznym,
3. Udoskonalanie przepisów techniczno-budowlanych zapewniających dostępność osobom niepełnosprawnym do obiektów budowlanych użyteczności publicznej (w tym placówek opieki zdrowotnej) i mieszkań w budynkach wielorodzinnych,
4. Poprawa dostępności do różnych form kształcenia ustawicznego osób niepełnosprawnych.

Administracja samorządowa

1. Umacnianie działań na rzecz stworzenia przyjaznego i bezpiecznego środowiska bytowego dla niepełnosprawnych,
2. Przybliżenie usług rehabilitacyjnych do miejsca zamieszkania pacjenta,
3. Połączenie działań pracowników zajmujących się rehabilitacją i pracowników socjalnych w celu kontynuacji rehabilitacji społecznej w miejscu zamieszkania niepełnosprawnego po zakończeniu wczesnej rehabilitacji medycznej.

Organizacje pozarządowe

1. Wykorzystanie instrumentów międzynarodowych z zakresu ochrony praw człowieka, podkreślających pełnię obywatelstwa osób niepełnosprawnych oraz konieczność ich integracji społecznej,
2. Działania na rzecz aktywnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie,
3. Stymulowanie rozwoju ruchu społecznego oraz wspieranie samorządu lokalnego i organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Podniesienie poziomu sprawności psychofizycznej osób niepełnosprawnych,
2. Poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

1. Liczba osób niepełnosprawnych według wieku, płci, miejsca zamieszkania, kategorii niepełnosprawności,
2. Liczba osób niepełnosprawnych według poziomu wykształcenia,
3. Liczba osób niepełnosprawnych według głównego źródła utrzymania i statusu zatrudnienia,
4. Poziom życia w gospodarstwach domowych osób niepełnosprawnych lub/i z osobą niepełnosprawną,
5. Nasylenie instytucjonalnymi formami wsparcia osób niepełnosprawnych (rodzaje obiektów, liczba miejsc, personel i inne).

Cel operacyjny 11.

Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży.

Uzasadnienie wyboru celu:

Trzy międzynarodowe organizacje, tj. FDI World Dental Federation (Światowa Federacja Dentystyczna), IAPD (International Association of Pediatric Dentistry Międzynarodowe Stowarzyszenie Stomatologii Dziecięcej), IADR (International Association of Dental Research - Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań Naukowych w Dziedzinie Stomatologii), zajmujące się zdrowiem jamy ustnej, a także WHO sformułowały wspólnie strategiczne cele zdrowotne, które powinny zostać osiągnięte w skali globalnej w 2020 roku. Celami tymi są: promocja zdrowia i minimalizacja wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój człowieka oraz minimalizacja wpływu na jednostkę i społeczeństwo chorób systemowych, przebiegających z objawami w jamie ustnej. Zadaniem tym ma służyć rozwój wczesnej diagnostyki, zapobiegania i skutecznego leczenia tych chorób.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zwiększenie, co najmniej o 10-20% odsetka dzieci i młodzieży objętych edukacją -prozdrowotną w ramach promocji zdrowia jamy ustnej,
2. Zahamowanie wzrostu częstości występowania oraz obniżenie ciężkości przebiegu choroby próchnicowej w uzębieniu mlecznym i w uzębieniu stałym w całej populacji wieku rozwojowego, szczególnie w grupach wysokiego ryzyka próchnicy,
3. Zmniejszenie częstości występowania u młodzieży stanów zapalnych dziąseł, chorób przyzębia, urazów i patologii narządu żucia.

Zadania:

1. Wprowadzenie lub zintensyfikowanie edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia jamy ustnej
 - wśród rodziców dzieci do lat 7,
 - wśród dzieci w wieku przedszkolnym,
 - wśród dzieci i młodzieży szkolnej.
2. Upowszechnienie w przedszkolach nawyku czyszczenia zębów po głównych posiłkach,
3. Zintensyfikowanie grupowej profilaktyki fluorkowej, egzogennej dla uczniów klas I-VI,
4. Zintensyfikowanie profesjonalnej profilaktyki fluorkowej dla grup wysokiego ryzyka próchnicy dzieci i młodzieży (prowadzonej przez lekarzy stomatologów),
5. Wdrożenie wieloletniego programu polityki zdrowotnej ministra zdrowia pod nazwą program poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą,
6. Poprawa dostępu dzieci i młodzieży do świadczeń stomatologicznych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Upowszechnienie zachowań prozdrowotnych i poprawa stanu zdrowia uzębienia, przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej u dzieci i młodzieży,
2. Zwiększenie odsetka dzieci w wieku 6 lat bez próchnicy uzębienia, wraz z obniżeniem, w stosunku do 2002 roku, różnic w zakresie odsetka dzieci z próchnicą występujących między województwami i środowiskami zamieszkania,
3. Obniżenie do 2 zębów średniej wartości wskaźnika intensywności próchnicy DMFT (suma liczb = D - zęby z próchnicą + M - zęby usunięte + F - zęby wypełnione) u dzieci w wieku 12 lat, wraz z obniżeniem, w stosunku do 2003 roku, różnic w nasileniu próchnicy występujących między województwami i środowiskami zamieszkania,
4. Obniżenie do 4 wartości istotnego wskaźnika próchnicy tzw. SiC Index (Significant Caries Index) u dzieci w wieku 12 lat z wysoką intensywnością próchnicy,
5. Zwiększenie odsetka młodzieży w wieku 18 lat z zachowanym pełnym uzębieniem.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- odsetek dzieci w wieku 3-6 i 7-12 lat oraz młodzieży w wieku 13-17 lat codziennie szczotkujących zęby pastą z fluorem,
- odsetek dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat, które w okresie ostatniego roku odbyły kontrolne badania stomatologiczne,
- odsetek przedszkoli i szkół, w których prowadzone jest grupowe, nadzorowane szczotkowanie zębów pastą lub preparatami z fluorem,
- odsetek dzieci w wieku 6-8 lat i 12-14 z uszczelnionym co najmniej jednym zębem trzonowym stałym,
- odsetek małych dzieci z próchnicą wczesną w uzębieniu mlecznym,
- odsetek dzieci bez próchnicy uzębienia w wieku 3-6 i 12 lat oraz odsetek młodzieży z zachowanym pełnym uzębieniem w wieku 18 lat,
- intensywność próchnicy uzębienia według wartości wskaźnika intensywności próchnicy DMFT u dzieci w wieku 6 i 12 lat oraz istotnego wskaźnika próchnicy SiC Index w wieku 12 lat,
- odsetkowe różnice między poszczególnymi województwami w częstości występowania i nasilenia próchnicy u dzieci w wieku 6 i 12 lat,
- odsetek dzieci i młodzieży ze stanami zapalnymi dziąseł, chorobami przyzębia, urazami i patologiami jamy ustnej,
- odsetek dzieci do 7 roku życia z leczoną próchnicą zębów mlecznych.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ): • administracja rządowa,

- administracja samorządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- zakłady opieki zdrowotnej
- Instytut Matki i Dziecka.

IV. NIEZBĘDNE DZIAŁANIA ZE STRONY OCHRONY ZDROWIA I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Cel operacyjny 12.

Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa.

Uzasadnienie wyboru celu:

Gmina i powiat jako wspólnoty mieszkańców są w stanie dobrze identyfikować lokalne problemy zdrowia publicznego ze względu na małą liczbę mieszkańców oraz znajomość lokalnej specyfiki zarówno ekonomicznej, społecznej, jak i kulturowej. Reforma administracji terenowej z 1999 roku nadała każdemu szczeblowi administracji samorządowej szereg kompetencji w prowadzeniu polityki prozdrowotnej. Konstytucyjne zasady pomocniczości oraz domniemania wykonywania zadań publicznych przez samorząd terytorialny, a w ramach samorządu domniemania wykonywania tych zadań przez gminę powodują, że stopnie samorządu lokalnego są uporządkowane względem siebie według zasady subsydiarności, wzajemnego uzupełniania się i samodzielności w polityce prozdrowotnej. Oznacza to, że inicjatywy dotyczące problematyki szeroko pojętego zdrowia publicznego powinny mieć charakter oddolny, wychodzący od wspólnoty obywatelskiej.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

1. Posiadanie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych,
2. Zapewnienie skutecznego zarządzania i nadzoru nad funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez gminy, powiaty i województwa,
3. Funkcjonowanie - dostosowanej do potrzeb mieszkańców oraz możliwości finansowych państwa - sieci zakładów opieki zdrowotnej,

4. Standaryzowane warunki świadczenia usług zdrowotnych,
5. Uproszczenie systemu wdrażania funduszy strukturalnych na rzecz zdrowia publicznego;
6. Budowanie partnerstwa na rzecz systemu ochrony zdrowia,
7. Zwiększenie liczby kwalifikowanych menedżerów zdrowia publicznego zatrudnionych w samorządach terytorialnych,
8. Zwiększenie potencjału zdrowotnego i świadomości zdrowotnej ludności,
9. Upowszechnienie wprowadzania i realizowania w szkołach i w przedszkolach programów profilaktyki i promocji zdrowia,
10. Wzmocnienie instytucjonalne organizacji obywatelskich działających w sferze ochrony zdrowia,
11. Zmiana zasad zarządzania zadaniami w sektorze ochrony zdrowia na systemowe i zadaniowe.

Zadania:

1. Opracowanie oraz wdrażanie regionalnych i lokalnych programów zabezpieczania świadczeń zdrowotnych, a także realizacji profilaktyki i promocji zdrowia,
2. Poprawa możliwości absorpcji środków finansowych, w tym unijnych, na realizację projektów z zakresu ochrony zdrowia,
3. Wspieranie tworzenia lokalnego partnerstwa na rzecz zdrowia,
4. Uruchomienie sieci regionalnych i lokalnych pełnomocników do spraw realizacji polityki prozdrowotnej,
5. Rozbudowa infrastruktury sportowej i rekreacyjnej.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Poprawa jakości usług zdrowotnych i dostępności do nich przez zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia oraz bardziej racjonalne wykorzystanie infrastruktury ochrony zdrowia,
2. Zwiększenie sprawności i wydolności fizycznej oraz poprawa kondycji psychicznej społeczeństwa,
3. Zmniejszenie rozpowszechnienia otyłości, chorób układu ruchu, krążenia oraz patologii społecznej wśród młodzieży,
4. Zmniejszenie szkód zdrowotnych i skutków społecznych spowodowanych spożywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, używaniem narkotyków.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ): - administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- organizacje pozarządowe.

Cel operacyjny 13.

Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.

Uzasadnienie wyboru celu:

Zasadniczym celem Narodowego Programu Zdrowia jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Od dawna zdrowotność wiązana była powszechnie z rozwojem i poprawą dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Klasyczne analizy zagadnień z zakresu zdrowia publicznego zburzyły jednak to wyobrażenie, wskazując, że wykorzystanie opieki medycznej może przyczyniać się do poprawy zdrowia społeczeństwa w stopniu dużo mniejszym niż modyfikacja czynników behawioralnych. Przyjęcie przedmiotowego poglądu przyczyniło się do wzrostu skuteczności medycyny i obecnie, np. obserwowany w USA spadek śmiertelności z powodu choroby wieńcowej tłumaczony jest w połowie korzystnymi zmianami w nawykach i sposobie życia, a jednocześnie w połowie efektywnością pomocy i terapii medycznej. Zatem jakość opieki, a zwłaszcza jej aspekt określany mianem efektywności, na który składają się skuteczność i bezpieczeństwo, stanowią coraz istotniejszą determinantę zdrowia społecznego. Aspektu tego nie mogło zabraknąć również wśród

celów Narodowego Programu Zdrowia. Największą słabość obecnego systemu stanowi z kolei dominująca w społeczeństwie krytyczna opinia o systemie ochrony zdrowia. Poprawa akceptowalności opieki zdrowotnej, dzięki niewymagającym kosztownych inwestycji życzliwemu traktowaniu chorego i zapewnieniu mu ciągłości opieki, jest najbardziej racjonalnym kierunkiem działań.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Doprowadzenie do sytuacji, w której do końca 2015 roku 85% szpitali obecnie nieposiadających akredytacji przystąpi do ubiegania się o nią a w konsekwencji w dniu 31 grudnia 2015 roku 65% szpitali w Polsce będzie posiadało certyfikat akredytacyjny,
2. Posiadanie, przez co najmniej 85% szpitali wewnętrznych programów poprawy jakości, z których co najmniej 75% będzie prowadzonych przez wicedyrektorów ds. jakości, dysponujących świadectwem ukończenia szkolenia podyplomowego w zakresie zapewnienia jakości,
3. Doprowadzenie do sytuacji, w której w odniesieniu do podstawowej i specjalistycznej, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej liczba świadczeniodawców ubiegających się o akredytację będzie przekraczać 50%, a liczba akredytowanych będzie wynosić, co najmniej 40% ogółu świadczeniodawców,
4. Korzystanie i analiza informacji zwrotnej dotyczącej rejestru pacjentów w okresach rocznych przez minimum 75% placówek,
5. Objęcie rejestrem poważnych zdarzeń niepożądanych ponad 50% zakładów opieki zdrowotnej wykonujących zabiegi chirurgiczne i inwazyjne (wdrożenie rekomendacji bezpieczeństwa, w co najmniej 80% zakładów),
6. Objęcie do 2015 roku, co najmniej 70% szpitali programem losowego, niezależnego, profesjonalnego badania opinii pacjentów, którzy mieli kontakt ze szpitalem; będąc hospitalizowanymi bądź przyjmowanymi na izbie przyjęć lub w oddziale ratunkowym.

Zadania:

1. Opracowanie przejrzystych zasad uwzględniania przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych parametrów jakości placówki, .
2. Określenie wymogów dla rozmieszczenia placówek udzielających poszczególnych rodzajów świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, zapewniających równomierną dostępność pacjentom na terenie kraju,
3. Ustanowienie krajowego programu bezpieczeństwa pacjenta,
4. Stworzenie instytucjonalnych warunków dla funkcjonowania rejestrów pacjentów,
5. Rozwijanie badań opinii pacjentów,
6. Rozwijanie efektywnych technik informatycznych usprawniających opiekę medyczną.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- liczba ocenianych rocznie nowych technologii medycznych,
- liczba stosowanych obecnie technologii medycznych poddawanych weryfikacji,
- liczba szpitali wnioskujących rocznie o akredytację,
- liczba szpitali mających akredytację,
- liczba pozaszpitalnych świadczeniodawców wnioskujących o akredytację,
- liczba pozaszpitalnych świadczeniodawców, którzy uzyskali akredytację w ciągu roku,
- odsetek dyrekcji szpitalnych, w których pracuje osoba odpowiedzialna za jakość opieki,
- liczba rejestrów z aktywnym napływem danych, okresową analizą i informacją zwrotną,
- liczba oddziałów w pełni (>95%) uczestniczących w rejestrach pacjentów,
- liczba szpitali uczestniczących w rejestrze działań niepożądanych,
- liczba szpitali uczestniczących w programie analizy opinii pacjentów,

- wskaźnik uwzględniania mierników jakości świadczeniodawców w kontraktach na usługi medyczne.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ): - administracja rządowa,

- administracja samorządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Agencja Oceny Technologii Medycznych,
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Cel operacyjny 14.

Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.

A. Choroby układu krążenia

Uzasadnienie wyboru celu:

Mimo niewątpliwego sukcesu w dziedzinie ograniczenia umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwowanego od 1991 roku, choroby układu krążenia (CHUK) pozostają nadal najważniejszą przyczyną umieralności wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. Prawie co drugi Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń, zaś z powodu CHUK umiera rokrocznie więcej osób niż z powodu kolejnych pięciu przyczyn razem wziętych. CHUK są nadal najważniejszą przyczyną umieralności przedwczesnej w Polsce. Standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu CHUK, a zwłaszcza z powodu choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyniowych mózgu są wciąż znacznie wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej. CHUK stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz inwalidztwa prawnego, wpływają także w znaczący sposób na jakość życia Polaków, szczególnie osób w wieku średnim i- podeszłym. Konsekwencją tego są również ogromne wydatki ze środków publicznych i środków własnych obywateli na leczenie CHUK.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zwiększenie wykrywalności nadciśnienia tętniczego do poziomu 75% oraz poprawa skuteczności leczenia nadciśnienia,
2. Zmniejszenie odsetka osób z hiperlipidemią, a zwłaszcza ograniczenie odsetka osób z podwyższonym stężeniem cholesterolu powyżej 250 mg%,
3. Istotne zwiększenie liczby chorych z nadciśnieniem, leczonych przez lekarzy rodzinnych,
4. Istotne zwiększenie częstości badań stężenia cholesterolu we krwi, jego frakcji i trójglicerydów, wykonywanych w laboratoriach świadczących usługi na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej,
5. Istotny wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń lipidowych,
6. Zmniejszenie różnic regionalnych dotyczących umieralności z powodu chorób serca i naczyń.

Zadania

1. Zwiększenie skuteczności programów ograniczenia natężenia czynników ryzyka odpowiedzialnych za występowanie chorób serca i naczyń,
2. Opracowanie standardów powszechnych, dostępnych i uzasadnionych ekonomicznie badań przesiewowych, ukierunkowanych na wczesną diagnostykę czynników ryzyka oraz wybranych CHUK i metabolicznych,
3. Opracowanie standardów postępowania z osobami z rozpoznanymi czynnikami ryzyka i chorobami serca, naczyń oraz metabolicznymi,
4. Wdrożenie nowoczesnych standardów diagnostyki oraz leczenia chorób serca i naczyń do placówek POZ,

5. Zwiększenie dostępności inwazyjnych procedur kardiologicznych ratujących życie w stanach nagłych,
6. Usprawnienie systemu ratownictwa medycznego w nagłych stanach kardiologicznych,
7. Zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn powstawania, możliwości zapobiegania oraz wczesnej diagnostyki i leczenia CHUK,
8. Poprawa jakości życia osób leczonych z powodu chorób serca i naczyń.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

1. Zmniejszenie umieralności przedwczesnej (25-64 lata) z powodu chorób serca i naczyń o 15-20% w ciągu najbliższych 10 lat,
2. Zmniejszenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca (w tym zawału serca) o 15-20% w ciągu najbliższych 10 lat.

B. Udary mózgowie

Uzasadnienie wyboru celu

W Polsce umieralność z powodu udaru mózgu była wyższa niż w większości krajów - europejskich. W związku z tym niezwykle ważne stało się leczenie i zapobieganie chorobom układu sercowo-naczyniowego. Wczesne rozpoznawanie modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej czy migotanie przedsionków pozwala na wdrożenie profilaktyki pierwotnej i zmniejszenie liczby udarów mózgu. Leczenie przyczynowe udaru mózgu przy pomocy terapii trombolitycznej (pozwala na zmniejszenie śmiertelności i niesprawności poudarowej).

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Doprowadzenie do sytuacji funkcjonowania w kraju 130 w pełni wyposażonych pododdziałów udarowych,
2. Powstanie sieci poradni udarowych,
3. Powstanie sieci oddziałów rehabilitacji.

Zadania:

1. Kontynuacja leczenia trombolitycznego,
2. Tworzenie sieci poradni udarowych,
3. Tworzenie sieci oddziałów rehabilitacji,
4. Prowadzenie szkoleń dla lekarzy w zakresie pomocy doraźnej w celu szybkiego rozpoznawania objawów udaru,
5. Upowszechnianie wiedzy na temat objawów udaru mózgu.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie częstości udarów,
2. umniejszenie wczesnej śmiertelności poudarowej,
3. Zmniejszenie niesprawności poudarowej,
4. Zmniejszenie częstości udarów nawrotowych.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- ocena śmiertelności poudarowej,
- analiza umieralności z powodu chorób naczyń mózgowych,
- ocena liczby osób niesprawnych po udarze mózgu,
- koszty pośrednie poudarowe.

C. Choroby nowotworowe ²¹

Uzasadnienie wyboru celu:

Zgodnie z ostatnimi raportami prezentowanymi w Parlamencie Europejskim, Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie pod względem dostępności leczenia onkologicznego. Do zmiany tego stanu rzeczy konieczna okazała się zmiana sposobu finansowania diagnostyki i leczenia onkologicznego. Uznając tę konieczność, w 2005 roku przyjęto ustawę wprowadzającą Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zwiększenie wykrywalności choroby nowotworowej we wczesnym stadium,
2. Upowszechnienie poradnictwa genetycznego opartego na Evidence Based Medicine,
3. Rozwój nowoczesnego leczenia choroby nowotworowej w pierwszym jej stadium.

Zadania:

1. Zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania, głównie przez konsekwentne prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych,
2. Wdrożenie działania w celu obniżenia poziomu społecznego lęku przed rakiem za pomocą profesjonalnego kreowania zmian świadomościowych,
3. Uzupełnienie aparatury medycznej (diagnostyka, radiologia) w ośrodkach onkologicznych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów.

D. Choroby układu oddechowego

Uzasadnienie wyboru celu:

W Polsce na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) choruje co dziesiąta osoba powyżej 30 roku życia. Liczba chorych sięga 2 mln osób (około 5% kobiet i 10% mężczyzn w ogólnej populacji). Ocenia się jednak, że tylko około 1/3 spośród tej liczby chorych jest zdiagnozowana. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), POChP zajmuje obecnie czwarte miejsce wśród przyczyn zgonów na świecie, zaraz po chorobach układu krążenia, nowotworach i zgonach z przyczyn nagłych. Niestety szacuje się, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat obturacyjna choroba płuc. stanie się już trzecią najczęstszą przyczyną śmierci. Obecnie z powodu POChP umiera w Polsce około 15 tys. osób rocznie. Choroba ta stanowi ogromne obciążenie społeczne. Jej objawy obejmują postępującą duszność, przewlekły kaszel i ciągłe odkrztuszanie prowadzące do inwalidztwa oddechowego. W Polsce chorym na obturacyjną chorobę płuc, co roku przyznaje się około 20 tys. rent inwalidzkich. Co najważniejsze, większość tych rent otrzymują osoby w wieku produkcyjnym, między 50 a 60 rokiem życia.

21 Wszystkie informacje dotyczące tego celu są kompatybilne z ustawą wprowadzającą *Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych*.

Zadania:

1. Wprowadzenie Narodowego Programu Zwalczenia POChP,
2. Kontynuowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia realizacji Programu Profilaktyki POChP,
3. Podjęcie przez Ministerstwo Edukacji Narodowej działania na rzecz edukacji zdrowotnej (antynikotynowej) wśród dzieci i młodzieży,
4. Egzekwowanie przez Ministerstwo Pracy zakazu palenia papierosów w miejscach pracy oraz dbanie o właściwą ochronę miejsc pracy przed zanieczyszczeniami powietrza,
5. Wspomaganie przez samorządy działań eliminujących narażenie na dym tytoniowy przez t prowadzenie lokalnych programów edukacji, prewencji i wczesnej diagnostyki,
6. Podejmowanie przez organizacje pozarządowe działań na rzecz integracji środowiska pacjentów i dalszej ich edukacji.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zmniejszenie zapadalności na POChP,
2. Zmniejszenie chorobowości z powodu POChP,
3. Zmniejszenie umieralności z powodu POChP,
4. Zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem ciężkich postaci POChP.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie zapadalności na POChP,
2. Zmniejszenie liczby ciężkich postaci choroby i inwalidztwa oddechowego,
3. Redukcja umieralności z powodu POChP, szczególnie umieralności przedwczesnej.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- zapadalność na POChP,
- chorobowość z powodu POChP,
- umieralność z powodu POChP.

E. Choroby reumatyczne

Uzasadnienie wyboru celu

Choroby reumatyczne to grupa około 200 chorób układu ruchu o przewlekłym charakterze i różnym stopniu zajęcia stawów i narządów wewnętrznych. Można wśród nich wyróżnić dwie główne grupy: zapalne choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty, dna moczanowa i inne) oraz choroby reumatyczne niezapalne (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych, osteoporoza i inne), szacowana liczba hospitalizacji z powodu chorób reumatycznych sięga 18% wszystkich hospitalizacji.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Spadek liczby osób hospitalizowanych z powodu chorób reumatycznych,
2. Racjonalizacja leczenia w otwartej opiece zdrowotnej,
3. zmniejszenie liczby orzekanych rent inwalidzkich z powodu chorób reumatycznych,
4. Osiągnięcie systemowej korzyści farmakoekonomicznej,
5. Zmniejszenie obciążeń ekonomicznych generowanych przez choroby reumatyczne.

Zadania:

1. Utworzenie 16 centrów wczesnej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób reumatycznych,
2. Zwiększenie i wyrównanie dostępności do usług rehabilitacyjnych,
3. Monitorowanie częstości orzekania o rentach inwalidzkich,
4. Zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej zagrożeń ze strony chorób reumatycznych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

1. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego dla populacji polskiej wyrażonego przez:
 - zmniejszenie liczby chorych hospitalizowanych z powodu chorób reumatycznych,
 - zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych z powodu chorób reumatycznych,
 - zmniejszenie nierówności w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki

- liczba nowo powstających centrów wczesnej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób reumatycznych,
- liczba pacjentów w rejestrze chorych leczonych ambulatoryjnie, • wskaźnik hospitalizacji wybranych jednostek chorobowych,
- liczba nowo orzekanych rent inwalidzkich z powodu chorób reumatycznych (analizowana na podstawie danych z ZUS oraz KRUS),

- liczba i zakres programów promocji zdrowia.

Proponowani realizatorzy zadań zawartych w pkt. A, B, C, D, E - (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ):

- administracja rządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- zakłady opieki zdrowotnej,
- administracja samorządowa.

Cel operacyjny 15.

Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Uzasadnienie wyboru celu:

We wnioskach z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005 wskazano na konieczność rozwoju infrastruktury pomocnej w realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia. Istotne w tej mierze jest właściwe zaprojektowanie współpracy ze środkami masowego przekazu. Współpraca taka ~ powinna uwzględniać interes mediów (publicznych oraz komercyjnych) i opierać się na porozumieniu z właścicielami czy zarządcami mediów, a także na systematycznej współpracy ze środowiskiem dziennikarskim.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

1. Zwiększenie krajowego potencjału promocji zdrowia poprzez rozwój infrastruktury (polityki, systemu nadzoru, mechanizmów wdrażania programów),
2. Poprawa jakości kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników i realizatorów promocji zdrowia,
3. Zwiększenie skuteczności programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia,
4. Zwiększenie zasięgu oddziaływania edukacji i promocji zdrowia i objęcie nimi grup szczególnie podatnych na zagrożenia zdrowotne.

Zadania:

1. Monitorowanie infrastruktury promocji zdrowia w kraju,
2. Opracowanie krajowego planu rozwoju promocji zdrowia,
3. Stworzenie systemu nadzoru nad szkoleniem przed i podyplomowym kadr dla promocji zdrowia,
4. Stworzenie przejrzystego systemu wsparcia finansowego dla programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (nakłady z ubezpieczenia zdrowotnego i zabezpieczenia społecznego, jednostek samorządu terytorialnego itp.),
5. Rozwijanie edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych,
6. Rozwijanie i wspieranie działań opartych na podejściu siedliskowym²²,
7. Nasilanie działań ukierunkowanych na grupy społeczne o szczególnie pilnych potrzebach zdrowotnych, w tym zwłaszcza upowszechnianie wzorców dobrej praktyki w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
8. Rozwijanie współpracy ze środkami masowego przekazu, prowadzenie działalności edukacyjnej, kierowanej do środowiska dziennikarskiego i przedstawicieli TV,

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Budowanie partnerstwa i koalicji na rzecz umacniania zdrowia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym,
 2. Ukształtowanie w społeczeństwie postaw i zachowań prozdrowotnych.
- Z perspektywy czasu zmiany te będą prowadzić do poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, mierzalnej wskaźnikami epidemiologicznymi.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- analiza i ocena istniejącego systemu szkolenia; powstanie minimum programowego i stopień unifikacji programów istniejących szkoleń,
- wydatki ponoszone przez samorządy terytorialne na promocję zdrowia (w przeliczeniu na jednego mieszkańca),
- liczba miast, gmin, szkół, szpitali i zakładów pracy realizujących projekty promocji zdrowia z uwzględnieniem podejścia siedliskowego,
- liczba programów adresowanych do grup o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, • zmiana postaw społecznych wobec ludzi w podeszłym wieku,
- liczba programów adresowanych do osób w wieku powyżej 50 roku życia,
- liczba publikacji lub baz danych na temat wzorców dobrej praktyki w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- liczba programów poświęconych promowaniu zdrowia w radiu i telewizji.

Proponowani realizatorzy zadań (patrz również rozdział: Propozycja wdrażania NPZ): - administracja rządowa,
- administracja samorządowa,
- organizacje pozarządowe,
- instytucje naukowo-badawcze,
- media.

22 Podejście siedliskowe (*setting approach*) jest jedną z istotniejszych kwestii w promocji zdrowia. Siedlisko określane jest jako miejsce, w którym ludzie żyją, pracują i korzystają z różnych świadczeń. W promocji zdrowia siedlisko jest systemem społecznym (całością), który zmienia się, aby poprawiać i doskonalić zdrowie wszystkich jego członków.

Załącznik Rozszerzenie celu strategicznego 3.

Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.

Uzasadnienie wyboru celu:

Urazy powstałe w wyniku wypadków, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, stanowią w krajach rozwiniętych, (w których udało się zmniejszyć umieralność i chorobowość z powodu innych przyczyn) coraz większy problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny (wysokie koszty leczenia i rehabilitacji ofiar wypadków). W Polsce liczba zgonów z powodu urazów doznanych w wyniku wypadków i zatruc wynosi 26-28 tys. rocznie. Corocznie zdarza się ponad:

- 50 tys. wypadków drogowych, w których ginie ponad 5 tys. osób, 60-70 tys. osób zostaje rannych. Na 100 wypadków ginie w Polsce 11 osób, wobec przeciętnego wskaźnika 3,5 w krajach Unii Europejskiej,
- 86 tys. wypadków przy pracy, w tym 500 śmiertelnych i 1000 ciężkich,
- 145 tys. wypadków uczniów w szkole, w tym 90 śmiertelnych i 1,2 tys. ciężkich.

W grupie wiekowej 11-15 lat urazu wymagającego pomocy medycznej doznaje (najczęściej w szkole i w domu), co czwarty nastolatek, a co trzeci doznaje urazu niewymagającego tej pomocy. Ostatnio częstość wszystkich ww. wypadków zwiększyła się. W ostatnich 10-15 latach w wielu krajach zachodnich wdrożono różne programy prewencyjne, ukierunkowane na wybrane grupy wypadków, środowiska lub grupy wiekowe. Widoczne sukcesy uzyskano dzięki skoordynowaniu działań wielu podmiotów, edukacji różnych grup społeczeństwa oraz uznaniu roli czynników psychologicznych i środowiskowych w przyczynach wypadków. Doświadczenia ostatniego dziesięciolecia wskazują na potrzebę nie tylko zapobiegania urazom powstałym w wyniku wypadków, lecz także promocji bezpieczeństwa (*safety promotion*)²³ W Polsce dotychczasowe działania w zakresie zapobiegania urazom okazały się niewystarczające.

Duże znaczenie dla poprawy sytuacji w zakresie urazów komunikacyjnych w Polsce, ma program GAMBIT²⁴, uwzględniony w poprzedniej wersji Narodowego Programu Zdrowia.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Stopniowe zmniejszanie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków oraz liczby poszkodowanych,
2. Zmniejszenie liczby ofiar śmiertelnych wskutek urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych
3. Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków przy pracy do połowy stanu z 2005 roku,
4. Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków w szkole przynajmniej do połowy stanu z 2005 roku,
5. Podjęcie działań i badań w kierunku wprowadzenia rejestru urazów powstałych w wyniku wypadków w domu,
6. Podjęcie działań i badań w kierunku wprowadzenia rejestru urazów powstałych w wyniku wypadków w czasie odpoczynku (w miejscach rekreacji i sportu).

23 Według roboczej definicji Światowej Organizacji Zdrowia promocja bezpieczeństwa to proces działań na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym, podejmowanych przez jednostki, społeczności, władze, zakłady pracy, szkoły, organizacje pozarządowe i inne w celu uzyskania i utrzymania stanu bezpieczeństwa. Działania te obejmują wszystkie wysiłki, wspólnie ustalone i podjęte w celu zmodyfikowania struktur, środowiska (fizycznego, społecznego, technologicznego, politycznego, ekonomicznego i organizacyjnego) oraz postaw ludzi i ich zachowań związanych z bezpieczeństwem.

24 Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2005-2007-2013 GAMBIT 2005 został przyjęty przez Radę Ministrów na posiedzeniu 19 kwietnia 2005 roku.

Zadania ²⁶

Dotyczące urazów komunikacyjnych :

1. Zmniejszenie ekspozycji na ruch drogowy,
2. Stworzenie podstaw prawnych i odpowiednich struktur centralnych, regionalnych i lokalnych do prowadzenia skutecznych i długofalowych działań na rzecz bezpieczeństwa ruchu drogowego,
3. Prowadzenie działań sektorowych w celu zmniejszenia liczby i skutków urazów komunikacyjnych,
4. Kształtowanie bezpiecznych zachowań uczestników ruchu drogowego dotyczących kierowców pojazdów mechanicznych, w tym rowerzystów, pieszych i dzieci,
5. Budowa i utrzymanie bezpiecznej infrastruktury drogowej,
6. Zmniejszenie ciężkości urazów i następstw zdrowotnych urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych.

Dotyczące urazów przy pracy

1. Unowocześnienie metod informacji i szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ostrzegania o zagrożeniu zawodowym,
2. Wyegzekwowanie od pracodawców zapewnienia warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,
3. Doskonalenie przepisów prawa wpływających na zmniejszenie zagrożeń wypadkami.

Dotyczące urazów w szkole ²⁷

1. Prowadzenie systematycznych szkoleń dla nauczycieli w zakresie zapobiegania wypadkom oraz umiejętności rozpoznawania zagrożeń,
2. Wprowadzenie do programów nauczania tematyki bezpiecznych zachowań i postaw uczniów,
3. Udzielenie pomocy dyrektorom szkół w zakresie wiedzy o przepisach i zasadach bezpieczeństwa i higieny pracy oraz nauki w szkole lub placówce oświatowej,
4. Wzmocnienie nadzoru nad przestrzeganiem przez dyrektorów szkół przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,

5. Wzmoczenie opieki i nadzoru nad dziećmi w czasie i w miejscach, gdzie wypadki zdarzają się najczęściej, m.in.: podczas przerw lekcyjnych, podczas innych zajęć organizowanych przez szkoły, na korytarzach, klatkach schodowych, w szatniach i blokach sanitarnych oraz podczas zajęć w świetlicach szkolnych,

6. Zwiększenie bezpieczeństwa dzieci podczas lekcji wychowania fizycznego w salach gimnastycznych, na boiskach, placach gier i zabaw,

7. Wprowadzenie zasady ciągłej eliminacji zagrożeń w placówkach, m.in. przez stałe dążenie do poprawy warunków technicznych wyposażenia szkół oraz stanu technicznego obiektów, a także przez rozwiązania organizacyjne, które niejednokrotnie nie wymagają nakładów finansowych²⁸

25

Uratowani od śmierci w wypadkach drogowych do 2013 r. (wg RBD)	%	Liczba
Kształtowanie bezpiecznych zachowań uczestników ruchu drogowego	34	5 700
Ochrona pieszych, dzieci i rowerzystów	30	5 100
Budowa i utrzymanie bezpiecznej infrastruktury drogowej	26	4 350
Zmniejszenie ciężkości i konsekwencji wypadków drogowych	10	1 650
Razem	100	16 800

26 Zadania dotyczące bezpieczeństwa ruchu drogowego opracowano z uwzględnieniem propozycji Programu GAMBIT 2005 oraz zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia zawartych w dokumencie: *Investing in Health Research and Development*, World Health Organization, Geneva 1996 (Document TDR/Gen/96.1). Zostały rozszerzone w pełnym projekcie NPZ.

27. Wnioski i zalecenia opracowane w Ministerstwie Edukacji (2003)

28. W 2000 roku uruchomiona została witryna internetowa *Bezpieczna Szkoła* na stronie MEN. Zawiera ona podstawowe informacje i akty prawne dotyczące bezpieczeństwa i higieny, umożliwia zadawanie pytań lub poruszanie problemów z zakresu bhp, z jakimi borykają się szkoły. Wprowadzono obecnie rutynowe badanie wypadkowości w szkołach przez wprowadzenie formularza EN 6 - sprawozdania z wypadków uczniów.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Korzystny wpływ zmniejszenia liczby urazów i ograniczenia ich skutków na sytuację zdrowotną społeczeństwa polskiego, powodujący zmniejszenie zapotrzebowania na świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne (i ich finansowanie) oraz świadczenia opiekuńcze i inwalidzkie, z wypłatami zasiłków pogrzebowych włącznie,
2. Korzystny wpływ zmniejszenia liczby urazów wśród dzieci i młodzieży na ich rozwój i spełnienie aspiracji zawodowych oraz społecznych w przyszłości,
3. Trwałe zmniejszenie śmiertelności z powodu urazów i zatruc.

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki

Wyniki oceny obejmą rozmiary strat ludzkich i materialnych oraz częstości występowania urazów w wyniku wypadków drogowych i wypadków przy pracy, w tym szczególnie:

- częstość występowania urazów w wyniku wypadków drogowych i wypadków przy pracy z uwzględnieniem przyczyn,
- umieralność z powodu urazów,
- częstość doznanych urazów w wypadkach rejestrowanych (w stosunku do ludności i liczby pojazdów),
- udział pieszych i innych niechronionych użytkowników dróg w zgonach i obrażeniach powypadkowych,
- liczba i częstość występowania urazów w wyniku wypadków oraz liczba osób ulegających urazom pod wpływem alkoholu,
- liczba i częstość występowania urazów i ich skutków powstałych w wyniku wypadków przy pracy (z uwzględnieniem gospodarki narodowej),
- liczba i częstość występowania urazów i ich skutków w wyniku wypadków w szkole, • liczba i częstość występowania urazów i ich skutków w wyniku wypadków w domu,
- liczba i częstość występowania urazów i ich skutków w wyniku wypadków w czasie odpoczynku (w miejscach rekreacji i sportu).

Propozycja algorytmu wdrażania Narodowego Programu Zdrowia

Po przyjęciu przez Radę Ministrów, w drodze uchwały, Narodowego Programu Zdrowia, rozpocznie działanie, powoływany przez Prezesa Rady Ministrów, Zespół Koordynujący Narodowy Program Zdrowia. Na pierwszym posiedzeniu Zespół przygotowałby harmonogram realizacji NPZ, a także zasady współpracy wszystkich podmiotów, uczestniczących w realizacji Programu.

Ze względu na ogólnopolski zasięg Narodowego Programu Zdrowia proponuje się szerokie udostępnienie Programu. Narodowy Program Zdrowia będzie realizowany między innymi przez administrację rządową oraz zostanie udostępniony wszystkim jednostkom samorządu terytorialnego, które będą mogły wybierać z NPZ najbardziej istotne dla siebie zadania i konstruować w ten sposób własne programy. Zadania jednostek samorządu terytorialnego dotyczące ochrony zdrowia zostały zapisane w odpowiednich przepisach ustrojowych w sposób bardzo ogólny. Narodowy Program Zdrowia wskazywałby kierunki zgodne z jednolitą polityką państwa w zakresie zdrowia publicznego. W poprzedniej edycji NPZ wojewodowie powoływali swych pełnomocników, działających w strukturach zespołów metodycznych opieki zdrowotnej (obecnie centrach zdrowia publicznego), koordynujących to zadanie i wydaje się celowym utrzymanie tej zasady. Głównym zadaniem Zespołu Koordynującego byłoby proponowanie rozwiązań pozwalających na harmonijną współpracę wszystkich podmiotów działających w obszarze zdrowia publicznego.

Narodowy Program Zdrowia musi być monitorowany tak, aby zarówno realizacja poszczególnych celów, jak i osiągane skutki zdrowotne, mogły podlegać ocenie, a sposoby ich realizacji ewentualnym korektom. Dotychczas monitorowano zmiany w stanie zdrowia populacji zaś województwa same monitorowały realizację celów operacyjnych. Wydaje się celowe, aby Zespół Koordynujący miał możliwość dokonywania ocen i porównań w zakresie realizacji poszczególnych celów. Będzie to, podobnie jak monitoring osiągania celów zdrowotnych, prowadzone przez jednostkę badawczo-rozwojową działającą w zakresie zdrowia publicznego.

Zarysowana wyżej struktura Programu i mechanizmy jego monitorowania pozwalałyby przedkładać Radzie Ministrów roczne raporty, które po akceptacji byłyby , publikowane w formie elektronicznej, co pozwalałoby wszystkim realizatorom Narodowego Programu Zdrowia porównywać się z innymi, a także korzystać ze wspólnych doświadczeń.

Prezentowany Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 - 2015 stanowi narzędzie spójnej polityki zdrowotnej, realizowanej przez organy państwa. Jej powodzenie w znacznym stopniu zależy od zaangażowania mediów, szczególnie publicznych, które nie tylko będą popularyzować, ale również monitorować społeczne efekty NPZ. Celowe wydaje się akredytowanie przy Zespole Koordynującym grupy zainteresowanych dziennikarzy.

Pozostaje stawiane często pytanie o sposób finansowania NPZ. Środki przekazywane na realizację poszczególnych celów operacyjnych będą zależne od potrzeb i możliwości realizatorów. Należy pamiętać, że trzy podstawowe cele strategiczne mają swoje szczególne finansowanie. Są to: Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu SercowoNaczyniowego - Polkard, Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych i ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Pewne ograniczone środki potrzebne będą na organizację systemu monitorowania i ewentualne nagrody dla samorządów i organizacji wyróżniających się w rankingach czy konkursach.

W trakcie prac nad ustawą dotyczącą zdrowia publicznego planuje się określić Narodowy Program Zdrowia jako dokument wytyczający główne priorytety polityki zdrowotnej na kolejne dziesięciolecie.

Cele strategiczne i służące do ich realizacji cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia

Nr	Cel strategiczny	Cele operacyjne służące
----	------------------	-------------------------

		realizacji celu strategicznego
1	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych w tym udarów mózgu	II.1, II.2, II.3, II.4, II.6, . IV.12, IV.13, IV.14, IV.15
2	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych	II.1, II.2, II.3, II.4, II.6 IV.12, IV.13, IV.14, IV.15
3	Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków	II.2, II.6, IV.12, IV.13, IV.15
4	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne	II.2, II.4, II.5, IV.13, IV.15
5	Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków schorzeń układu kostno-stawowego	II.3, II.4, IV.13, IV.14
6	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego	II.1, II.4, IV.13, IV.14
7	Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom	II.3, II.6, IV.12, IV.13, IV.15
8	Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji	II.1, II.2, II.3, II.4, II.5, II.6, IV.12, IV.15

Informacja na temat realizacji Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996-2005

Monitoring Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005 (NPZ) był prowadzony systematycznie od roku 1998. Każdego roku publikowano raport określający postęp w realizacji założonych celów. Monitorowaniu poddawane były zarówno oczekiwane efekty zdrowotne jak i realizacja NPZ. Dzięki temu można było systematycznie oceniać zarówno realizację Programu jak i efekty podjętych wewnątrz niego działań.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku sformułowała strategię "Zdrowie dla wszystkich do roku 2000", która stanowiła wzór dla określania narodowych strategii i programów stanowiących narzędzia polityki zdrowotnej. W roku 2000 ogłoszono znowelizowaną strategię pod nazwą "Health 21", która kontynuowała wiele z dotychczasowych priorytetów a zwłaszcza problem istniejących w Europie i na świecie nierówności w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych. Wiele krajów europejskich już w latach siedemdziesiątych tworzyło własne strategie w obszarze zdrowia publicznego. Informacje o tych programach zostały zebrane i opracowane w ramach specjalnego projektu, z którego wynika, że pod koniec lat 90 w 18 krajach europejskich cele polityki zdrowotnej były dobrze sformułowane w postaci programów krajowych lub regionalnych. Większość z tych programów ma charakter dokumentów zatwierdzonych przez rząd lub parlament. Opracowanie to również wyraźnie podkreśliło, że strategie na rzecz zdrowia powinny być poddane systematycznemu monitoringowi zarówno w obszarze oczekiwanych efektów jak i też realizacji.

W Polsce efekty realizacji zadań monitorowane są zgodnie z "Programem monitorowania oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia", który został zatwierdzony przez kierownictwo MZ w 1998 r. W programie tym określono metodykę monitorowania i odpowiednie wskaźniki zdrowotne. Ministerstwo Zdrowia powołało w tym czasie Koordynatorów monitoringu oczekiwanych efektów realizacji poszczególnych 18 celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia

W latach 1996-2004 monitorowano przede wszystkim oczekiwane efekty zdrowotne realizacji NPZ jak i też wskaźniki mówiące o stopniu realizacji wybranych zadań. Sprawozdanie za rok 2005, które zostanie przekazane do Ministerstwa Zdrowia będzie zawierało opis realizacji poszczególnych zadań poprzez administrację samorządową, organizacje pozarządowe i inne organizacje, które wspierały swoją działalnością Program. W sumie w roku 2006 wpłynęło do PZIH i Ministerstwa Zdrowia 16 sprawozdań Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego dotyczących realizacji poszczególnych zadań wewnątrz poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2005. Zróżnicowanie materiału było bardzo duże. Część województw (woj. opolskie, lubelskie i lubuskie) miało charakter bardzo ogólny i częstokroć nie posiadało właściwych wskaźników ilościowych dotyczących zarówno realizacji jak i oczekiwanych efektów NPZ. Najbardziej uszczegółowione opracowania zostały przesłane, przez Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego w Katowicach, Warszawie i Gdańsku. Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego wprowadziło wystandaryzowaną procedurę gromadzenia danych na odpowiednio przygotowanych formularzach, co było bardzo pomocne podczas prac dotyczących ewaluacji realizacji poszczególnych celów NPZ. Brak ujednoczenia formy sprawozdania realizacji NPZ znacząco utrudniał ewaluację podjętych w ramach Programu inicjatyw lokalnych. Większość zadań zawartych NPZ była w roku 2005 kontynuowana.

Poniżej zostały przedstawione najważniejsze wnioski wynikające z monitoringu NPZ.

Najważniejsze wnioski z monitoringu oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia²⁹ w roku 2004.

W zakresie celu operacyjnego nr 1

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności

1. Większość (około 75%) polskich szkół ma warunki, do prowadzenia zajęć w obiektach zamkniętych, co będzie sprzyjać zwiększeniu aktywności fizycznej młodzieży.
2. Założony efekt, że 80% gmin stworzy mieszkańcom warunki do aktywności ruchowej nie zostanie prawdopodobnie osiągnięty do końca realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996 -2005. Możliwości takiej aktywności są ponadto bardzo różne w różnych częściach kraj
3. Oczekiwany efekt dotyczący aktywności fizycznej dzieci (50% uprawiających różne formy ruchu w czasie wolnym) został osiągnięty. Dotyczy to przede wszystkim dzieci, których rodzice mają wykształcenie wyższe lub średnie. Osiągnięcie oczekiwanego efektu w odniesieniu do osób dorosłych (30% aktywnych ruchowo w czasie wolnym) jest mało prawdopodobne w przypadku mieszkańców miast i niemożliwe w przypadku .mieszkańców wsi. Ponadto aktywność fizyczna osób dorosłych wyraźnie zmniejsza się wraz z wiekiem.
4. Obserwowanemu, systematycznemu rozwojowi fizycznemu (zwiększenie wysokości, smuklenie) dzieci i młodzieży w latach 1979 - 1999 towarzyszy regres sprawności fizycznej i wydolności. Najniższą sprawność fizyczną na przełomie XX i XXI wieku wykazują dzieci wiejskie, aczkolwiek regres sprawności fizycznej dzieci i młodzieży mieszkających w wielkich aglomeracjach miejskich jest w ostatnich latach tak duży, że ich sprawność fizyczna zbliża się do sprawności dzieci wiejskich. Istnieje społeczne zróżnicowanie sprawności i wydolności, co przejawia się niższą sprawnością dzieci i młodzieży, których rodzice mają tylko wykształcenie podstawowe.
5. Nie można oczekiwać znaczącej poprawy kondycji i sprawności fizycznej młodzieży i społeczeństwa bez zwiększenia liczby godzin obowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego w szkole do założonej w NPZ 5 godzin tygodniowo.
6. Deklarowana aktywność fizyczna młodzieży w czasie wolnym nie idzie w parze z mierzoną obiektywnymi testami sprawnością fizyczną.

W zakresie celu operacyjnego nr 2

Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności

1. Udział energii z tłuszczu w łącznej zawartości energii w przeciętnej dziennej diecie 1 mieszkańca Polski w 2003 r. przekroczył 37 % - był, zatem istotnie wyższy w stosunku do udziału, założonego

w 2005 r., mającego obniżyć się do poziomu 30%. Był także nieznacznie wyższy w porównaniu z udziałem, który charakteryzował koniec pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych (35% w 1995 r.). Sytuację taką obserwowano we wszystkich grupach społecznych gospodarstw.

2. Zaobserwowano korzystne, oczekiwane zmiany w strukturze zawartości tłuszczu ogółem w diecie, wyrażające się spadkiem udziału tłuszczu zwierzęcego: w 2003 r. roku, tłuszcz zwierzęcy stanowił 62,6% ogólnej ilości tłuszczu w przeciętnej dziennej diecie 1 mieszkańca Polski przy ponad 65% w roku 1995.

3. Przesunięcia strukturalne prowadziły do poprawy stosunku zawartości wielonienasyconych kwasów tłuszczowych do nasyconych (stosunek P : S). Stosunek ten, w odniesieniu do przeciętnej dziennej diety 1 mieszkańca wzrósł z 0,41 w 1995 r. do 0,43 w 2003 r.

29 Z opracowania Monitoring oczekiwanych efektów realizacji NPZ, Warszawa 2004

4. Kontynuowane były korzystne zmiany w strukturze spożycia mięsa, podrobów i przetworów. Zgodnie z zakładanymi efektami realizacji celu następował wzrost udziału mięsa chudego, jakim jest przede wszystkim mięso drobiu.

5. W przeciwieństwie do pomyślnych zmian w strukturze spożycia mięsa, brak było zakładanej poprawy w konsumpcji ryb i przetworów.

6. Osiągnięto bardzo korzystny rezultat w zakresie zakładanej poprawy w spożyciu owoców i przetworów. W 2003 r. przekroczyło ono 54 kg na 1 mieszkańca i było 0 1 /3 wyższe w stosunku do 1995 r., stanowiąc następstwo tendencji wzrostowej, obejmującej większość lat rozpatrywanego okresu.

7. Podobnie jak w latach poprzednich, brak było, zakładanej tendencji wzrostowej w spożyciu przetworów zbożowych, ziemniaków, warzyw, a także nasion roślin strączkowych.

8. Niekorzystnym zjawiskiem, w kontekście efektów, oczekiwanych w 2005 r., jest spadek łącznego spożycia mleka i jego przetworów, choć nie był on znaczny. W 2003 r. spożycie wyniosło 181 l na 1 mieszkańca (mleko płynne + przetwory z wyjątkiem masła, przeliczone na mleko płynne). Było to 0 7% mniej w porównaniu z rokiem 1995. Spadek ten był przede wszystkim następstwem malejącej konsumpcji mleka płynnego, którego nie kompensował równoczesny wzrost spożycia napojów mlecznych i jogurtów oraz serów.

9. Zgodnie z oczekiwaniami obniża się spożycie soli kuchennej.

10. Spada odsetek szkół prowadzących żywienie dla uczniów.

W zakresie celu operacyjnego nr 3

Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu

1. W latach 1990-2003 wystąpiły pozytywne zmiany wśród codziennych palaczy tytoniu, ekspalaczy i nigdy niepalących. W większym zakresie zmiany te wystąpiły w populacji mężczyzn niż w populacji kobiet, jednak i wśród kobiet zmiany te odnotowano w młodszych grupach wiekowych i kohortach urodzeniowych z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych.

2. Z najważniejszych faktów w zakresie palenia tytoniu w Polsce w latach 1990-2003 należy wymienić:

- zmniejszenie odsetka codziennie palących mężczyzn z 49,3% w latach 1990-1992 do 38,9% w latach 2002-2003, co oznacza proporcjonalnie 21-procentowy spadek w stosunku do początku lat dziewięćdziesiątych,

- w całej populacji dorosłych (20+) kobiet częstość codziennego palenia pozostawała na niezmiennym poziomie ok. 25%. W latach 1990-2003 wystąpił jednak istotny wzrost odsetka kobiet, które zaprzestały palenia; z 7,6% do 1 1,5%.

3. Epidemiologiczna analiza umieralności na nowotwory złośliwe płuca pokazuje, że w ostatnich latach obserwuje się korzystne zmiany wskaźników tym zakresie. Zmiany te w niektórych grupach wiekowych rozpoczęły się już w latach osiemdziesiątych i były kontynuowane w kolejnych latach, w innych warstwach społecznych zmiany te rozpoczęły się lub nasiliły się w latach

dziewięćdziesiątych. Odnotowane pozytywne zmiany dotyczą przede wszystkim spadku umieralności z powodu nowotworu złośliwego płuca.

4. Niestety, w ostatnich kilku latach obserwuje się również zahamowanie wielu ww. pozytywnych zmian w postawach wobec palenia tytoniu w Polsce.

W populacji mężczyzn nastąpiło zmniejszenie tempa spadku częstości codziennego palenia tytoniu u mężczyzn w wieku powyżej 30 lat oraz zahamowanie wzrostu odsetka ekspalaczy.

W najmłodszej wiekowo grupie dorosłych kobiet (20-29 lat), u których w latach osiemdziesiątych częstość codziennego palenia gwałtownie spadła (z 50% do 25%), trend spadkowy został całkowicie zahamowany. Również u kobiet o największej częstości codziennego palenia (urodzonych w latach 1940-1960) nie obserwuje się obecnie zmniejszania ekspozycji na dym tytoniowy. Zjawiska te wynikały z zahamowania finansowania programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w ostatnich latach, a w konsekwencji ograniczenia lub zaniechania szeregu działań profilaktycznych i interwencyjnych prowadzonych w latach dziewięćdziesiątych.

W zakresie celu operacyjnego nr 4

Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem

1. W referencyjnych latach 1994/95 spożycie rejestrowane wynosiło odpowiednio 6,5 i 6,3 w litra etanolu na jednego mieszkańca i utrzymywało się w tych granicach do roku 2002. W roku 2003, w następstwie obniżki akcyzy na napoje spirytusowe, statystyki odnotowały 40% wzrost sprzedaży wódek. Wzrosła też o ponad 5% sprzedaż piwa. W rezultacie, konsumpcja rejestrowana zwiększyła się prawie o litr i po raz pierwszy od 15 lat przekroczyła poziom 7 litrów etanolu na jednego mieszkańca.

2. Spożycie rzeczywiste, uwzględniające zarówno dane rejestrowane przez statystyki sprzedaży jak i te, które wymykają się z oficjalnych rejestrów w roku 2003, zbliżyło się ponownie do pułapu z lat 1995/96 a więc do 11 litrów etanolu na jednego mieszkańca. Zatem oczekiwany w NPZ efekt zmniejszenia konsumpcji o 10% nie zostanie osiągnięty.

3. W porównaniu z referencyjnymi latami 1994-95 udział napojów wysokoprocentowych w strukturze spożycia rejestrowanego jest mniejszy o ponad 20 punktów procentowych a w spożyciu rzeczywistym o 10-15 punktów. Założony w NPZ efekt jest bliski osiągnięcia.

4. Wbrew oczekiwanym efektom, można szacować, że ilość alkoholu spożywanego przez młodzież znacznie wzrosła. Z badań prowadzonych regularnie przez CBOS w najstarszych klasach szkół średnich wynika, że odsetek młodych ludzi pijących piwo w przynajmniej raz w miesiącu w roku 2003 zwiększył się w porównaniu z latami referencyjnymi z 60% do 85%, pijących wino z 41% do 56% a pijących wódkę z 47% do 71 %.

W zakresie celu operacyjnego nr 5

Ograniczanie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych

1. W zakresie ograniczania popytu na narkotyki odnotować trzeba pierwsze zwiastuny szansy na sukces - spadek tempa wzrostu lub stabilizacja eksperymentowania z narkotykami wśród gimnazjalistów.

2. W zakresie ograniczania szkód obserwujemy zauważalne efekty - stabilizacja wskaźników najbardziej dramatycznych szkód zdrowotnych (zgony z powodu przedawkowania, zakażenia HIV wśród osób używających narkotyków w zastrzykach).

3. W zakresie ograniczania podaży brak jakichkolwiek oznak sukcesu - wręcz przeciwnie dostępność narkotyków rośnie.

W zakresie celu operacyjnego nr 6

Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia

1. Edukacja zdrowotna została włączona do programów szkolnych we wszystkich typach szkół tj. szkołach podstawowych, gimnazjach, liceach i szkołach zawodowych.

2. Mimo upowszechnienia edukacji zdrowotnej, zachowania dzieci i młodzieży w sferze zdrowia są niezadowolające i wskazują na potrzebę z jednej strony dalszej intensyfikacji edukacji, z drugiej strony innych działań z zakresu promocji zdrowia, przede wszystkim tych wyrównujących szanse dzieci i młodzieży szczególnie narażonej na utratę zdrowia z przyczyn społeczno-ekonomicznych.

3. Ma miejsce stały wzrost zaangażowania mediów w edukację zdrowotną. Nastąpiła także wyraźna zmiana w podejściu do sposobu prezentowania w mediach problemów -zdrowotnych polegająca na rosnącym udziale zagadnień związanych z promocją zdrowia i profilaktyką.

4. Wprowadzone w 2004 roku zmiany legislacyjne (nałożenie na władze publiczne sprecyzowanych zadań wspartych finansowaniem; reaktywacja w szkołach opieki profilaktycznej i przedlekarskiej) dają realne szanse zwiększenia zaplecza instytucjonalnego dla promocji zdrowia i profilaktyki. Nadal jednak zarówno w sektorze zdrowia, jak i poza tym sektorem, potrzeba budowy wielosektorowej infrastruktury dla promocji zdrowia nie jest wystarczająco doceniana.

5. Nastąpił znaczący przyrost kadr dla promocji zdrowia, a wprowadzone zmiany legislacyjne gwarantują dalszy jej rozwój. Problemem do rozwiązania pozostaje kwestia oceny jakości kadr.

6. Stwierdzono istotny wkład sektora non-profit w działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji.

7. Nastąpił, choć niewystarczający, rozwój programów środowiskowych realizowanych przez podmioty działające w formie sieci oraz posiadających własne ośrodki koordynacyjne, takie jak Program Szkoły Promującej Zdrowie, Program Zdrowych Miast, Program Szpitali Promujących Zdrowie czy Program Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. W obecnym stadium powyższe programy należy traktować przede wszystkim jako inicjatywy wzorcowe oraz poligony wdrażania nowatorskich rozwiązań z zakresu współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej na rzecz zdrowia. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na to, że osiągnięcie do końca 2005 założonej w NPZ liczby 3000 szkół w sieci szkół promujących zdrowie nie będzie niemożliwe. Ze względu na postępujący proces polaryzacji polskiego społeczeństwa z rosnącą sferą ubóstwa, działania z zakresu promocji zdrowia, w tym edukacji zdrowotnej, powinny uwzględniać w sposób szczególny zaspokojenie potrzeb zdrowotnych osób najbardziej narażonych na utratę zdrowia z przyczyn społecznoekonomicznych.

W zakresie celu operacyjnego nr 7

Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych.

1. Oczekiwano, że do 2005 r. zmniejszy się częstość występowania zaburzeń psychicznych. Jednak odnotowane tendencje są zupełnie inne.

Można mówić o zwiększonym występowaniu zaburzeń psychicznych, wzrosły wskaźniki zapadalności i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Między latami 1998-2002 wzrastała liczba leczących się osób w opiece ambulatoryjnej i całodobowej. Rosła również systematycznie liczba pacjentów zarejestrowanych po raz pierwszy.

2. Zmiana na lepsze odnotowana w 2003 r. to:

a) zmniejszenie się wskaźnika zaburzeń alkoholowych i spowodowanych środkami psychoaktywnymi w lecznictwie , ambulatoryjnym

b) zmniejszenie się (po raz pierwszy od kilku lat) wskaźnika hospitalizacji z powodu zaburzeń afektywnych,

c) ustabilizowanie (brak zmiany) wskaźników rozpowszechnienia hospitalizacji spowodowanych schizofrenią, innymi psychozami oraz zaburzeniami nerwicowymi,

d) zmniejszenie się wskaźnika samobójstw.

3. Nierównomierne rozmieszczenie terytorialne zakładów psychiatrycznych powoduje znaczne zróżnicowanie ich dostępności w poszczególnych województwach. Z punktu widzenia oczekiwanych zmian - korzystne było systematyczne zmniejszanie łóżek w szpitalach

psychiatrycznych. Niestety, nie towarzyszy temu procesowi rozwój środowiskowych form opieki (prawdopodobnie z powodów finansowych).

W zakresie celu operacyjnego nr 8

Zmniejszenie narażenia ludności na czynniki szkodliwe w środowisku życia, pracy i nauki oraz ich skutków zdrowotnych

1. Mimo zarysowanej tendencji spadkowej stężenia podstawowych zanieczyszczeń w ostatnich latach w dalszym ciągu notowane są na terenie niektórych miast i uzdrowisk stężenia przekraczające wartości dopuszczalne, zarówno dla stężeń średniodobowych jak i średniorocznych.
2. W świetle krajowych standardów jakości powietrza najpoważniejszy problem aerosanitarny stwarzają takie zanieczyszczenia jak pył zawieszony, benzo-a-piren, fenol i formaldehyd.
3. Słabo rozpoznano problem zanieczyszczenia powietrza aglomeracji miejskich ozonem. Dane pochodzące z innych sieci monitoringowych wskazują na występowanie wielkoskalowych epizodów występowania stężeń przekraczających wartości dopuszczalne.
4. Sieć monitoringu zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej wymaga pilnej modernizacji w celu dostosowania badań monitoringowych do wymogów określonych zarówno w przepisach krajowych jak i unijnych. Szczególnie pilne staje się wdrożenie na szeroką skalę pomiarów stężenia frakcji PM10 pyłu.
5. W celu poprawy jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi niezbędna jest modernizacja wodociągowych systemów dystrybucji wody, modernizacja i budowa stacji uzdatniania wody w około 5100 wodociągach a także rozwój systemu monitoringu jakości wody do picia dostarczanej konsumentom.

W zakresie celu operacyjnego nr 9

Poprawa stanu sanitarnego kraju

1. W latach 1995-2003 nastąpiła korzystna zmiana w zakresie struktury sieci wodociągowej, wynikająca z redukcji wielu wodociągów małych nieodpowiadających wymogom i zwiększenia sieci zbiorowego zaopatrzenia w wodę dostarczającej wodę dobrą jakościowo.
2. Obserwuje się brak poprawy jakości wody w studniach publicznych.
3. W ostatnich latach nastąpiła poprawa stanu sanitarnego i technicznego wysypisk i wylewisk i w 2003 r. stwierdzono 9,9% obiektów o złym stanie sanitarnym.
4. Odnotowuje się stałą i istotną poprawę stanu sanitarnego ustępów publicznych - z 10% obiektów o złym stanie w 2000 r. do 3,3% w 2003 r. Za niewystarczającą należy uznać jednak liczbę ustępów, szczególnie na terenach wypoczynkowych i rekreacyjnych.
5. Następuje systematyczna poprawa stanu sanitarnego obiektów szkolnych w zakresie skanalizowania i doprowadzenia wodociągu, zwłaszcza w szkołach podstawowych filialnych, gdzie występowała najmniej korzystna sytuacja. Spada odsetek szkół prowadzących żywienie. Jednocześnie tam, gdzie jest ono prowadzone, obniża się odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym.
6. Stan sanitarny zakładów lecznictwa ambulatoryjnego uległ znacznej poprawie z 13% o złym stanie sanitarnym w 1998 r. do 2,1 % w 2003 r. Szczególnie znacząca poprawa dokonała się w przypadku praktyk lekarskich, gdzie odsetek placówek o złym stanie w sanitarnym w 2003 r. wyniósł jedynie 0,18%.
7. Stale niezadowolający jest stan sanitarny szpitali, przy czym odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym w latach 2002-2003 ustabilizował się na poziomie 12,2%.
8. Poprawia się systematycznie stan sanitarny obiektów żywności i żywienia z 20% obiektów o złym stanie sanitarnym do 10,2% w 2003 r. W niektórych grupach obiektów żywności i żywienia, takich jak: targowiska, zakłady garmażeryjne i zakłady zbożowo - młynarskie utrzymuje się jednak wysoki, przekraczający 20%, odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym.

W zakresie celu operacyjnego nr 10

Zmniejszenie liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych

1. Liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych w 2003 roku zmniejszyła się w stosunku

do 1996 roku o 18,7%, a więc jest bliska wyznaczonego poziomu i być może zbliży się jeszcze bardziej w 2005 roku do 20%.

2. Zgodnie z oczekiwaniami realizacja 10 celu NPZ ma doprowadzić do zmniejszenia w stosunku do 1995 r liczby wypadków przy pracy o 50%. W okresie od 1995 do 2003 roku doszło do zmniejszenia tego rodzaju wypadków o 23,9%, nie osiągnięto więc poziomu 50%.

W zakresie celu operacyjnego nr 11

Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia

1. Na przełomie lat 1998 - 2003 nastąpiła znaczna poprawa w organizacji i wyposażeniu karetek „R” i „W”. Obecnie na 100 000 mieszkańców przypada ok. 1.15 karetek i 1.81 karetek „W”.
2. Wskaźnik kwalifikacji lekarzy w pomocy doraźnej nie uległ wyraźnej poprawie od 2000 r. W roku 2003 blisko 40% zatrudnionych w pomocy doraźnej lekarzy nie posiadało wymaganych kwalifikacji formalnych.
3. Od roku 1998 widać systematyczny postęp w racjonalnym wykorzystaniu pogotowia ratunkowego. Obecnie na 100 wyjazdów 70 dotyczy stanów nagłych.
4. Od roku 2000 pogarsza się skuteczność reanimacyjna pomocy doraźnej. Wskaźnik . skuteczności reanimacyjnej za rok 2003 wynosi ok. 43%, co oznacza, że ponad 50% reanimacji było nieskutecznych.
5. Średni czas dojazdu karetek do zachorowań nagłych i wypadków wynosi poniżej postulowanych w roku 2005 - 15 minut. W wyjazdach do zachorowań nagłych jest to 11 min. 24 sek, zaś w wyjazdach do wypadków nieco poniżej 10 min.
6. W dalszym ciągu zbyt długi jest czas od momentu wezwania karetki do czasu jej wyekspediowania. Za rok 2003 wynosi on 2 min. 18 sek i nie uległ widocznej poprawie od roku 2000. Czas ten powinien wynosić poniżej 1 minuty.
7. Poprawa w organizacji i wyposażeniu karetki „R” i „W” oraz optymalne wskaźniki wykorzystania tych karetek w ciągu doby powinny procentować systematyczną poprawę skuteczności reanimacyjnej a tak niestety nie jest.

W zakresie celu operacyjnego nr 13

Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała

1. Zgodnie z założonym docelowym poziomem częstości wcześniactwa i małej masy urodzeniowej, poziom tych wskaźników powinien wynosić w 2005 r. -5%. Osiągnięcie tego efektu w założonym terminie, wobec braku poprawy w zakresie jakości opieki w czasie ciąży, ograniczenia nałogu palenia tytoniu przez kobiety i warunków życia ludności, zwłaszcza w wieku największej zdolności prokreacyjnej, nie jest możliwe.
2. Osiągnięcie oczekiwanego efektu w zakresie umieralności okołoporodowej, określonego w znowelizowanej wersji NPZ na 8 zgonów na 1000 urodzeń w 2005 r. jest możliwe, o ile utrzyma się tempo spadku tej umieralności, przynajmniej takie, jak w ostatnich latach (według wersji pierwotnej NPZ na lata 1996-2005, efekt ten - określony na 11 zgonów na 1000 urodzeń w 2005 r. został już osiągnięty).
3. Według szacunków Zakładu Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, w 2004 r. współczynnik umieralności niemowląt wyniósł około 6,8 zgonów na 1000 urodzeń żywych, co oznacza dalsze zahamowanie jego tempa spadku. Jeżeli sytuacja nie ulegnie poprawie, osiągnięcie oczekiwanej korzyści zdrowotnej określonej w znowelizowanej wersji NPZ na 6 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 2005 r. jest poważnie zagrożone (według wersji pierwotnej NPZ na lata 1996-2005, korzyść ta - określona na 8 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 2005 r: została już uzyskana).

W zakresie celu operacyjnego nr 14

Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca

1. Do poprawy sytuacji w dziedzinie profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia w Polsce w latach 2004-2005 powinien przyczynić się Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003-2005 (POLKARD). Głównym celem Programu jest utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce, co najmniej na poziomie obserwowanym w latach 1990-2000. Do 2012 roku redukcja umieralności u osób u osób poniżej 65 roku życia powinna przekroczyć 30% tj. tempo spadku umieralności z powodu. CHUK powinno utrzymać się na poziomie ok. 3% rocznie..

W zakresie celu operacyjnego nr 15

Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka

1. Sukcesem, w dużym stopniu związanym z realizacją celu 15 NPZ było ustanowienie Programu Zwalczania Nowotworów Złośliwych u Kobiet w Polsce, który zaowocował utworzeniem 5 wzorcowych ośrodków badań przesiewowych raka piersi i 5 ośrodków raka szyjki macicy.
2. Stałe działania oświatowo-zdrowotne, szkolenia i wzrost liczby kobiet badanych mammograficznie w ciągu roku do 500.000 (lata 1999-2000), spowodowały zatrzymanie, a nawet obniżenie liczby zgonów i współczynników umieralności z powodu raka piersi.
3. Obserwuje się niewielkie obniżenie współczynników standaryzowanych zachorowalności i stabilizację współczynników umieralności. Nie stwierdzono też poprawy stadiów zaawansowania w 2002 r. w porównaniu z 1996 r.
4. Przyczyną braku efektów w zwalczaniu raka szyjki macicy jest nadal mały odsetek kobiet objętych populacyjnym aktywnym skryningiem cytologicznym (ok. 20% populacji w wieku 30-59 lat).

W zakresie celu operacyjnego nr 16

Stworzenie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub całkowity powrót do czynnego życia

1. Okres 1978-2002 charakteryzował się dwukrotnym wzrostem osób niepełnosprawnych ogółem - 219,6%, 216,3% wśród mężczyzn i 222,4% wśród kobiet.
2. Sprawą bardzo niepokojącą jest szczególnie znaczący wzrost osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Wskaźnik dynamiki wyniósł 353,3 - świadczy to niewątpliwie o wadze zagadnienia i konieczności pogłębionych badań nad jego przyczynami. .
3. Osoby niepełnosprawne w Polsce charakteryzują się wyjątkowo niską aktywnością zawodową i co najważniejsze badany okres międzypisowy wskazuje na znaczny regres tego wskaźnika, kształtującego się na poziomie jednej trzeciej danych dla ogółu ludności.

W zakresie celu operacyjnego nr 17

Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym

1. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce ocenia się jako korzystną i stabilną.
2. Pozytywne rezultaty osiągnięto głównie dzięki konsekwentnej realizacji programów ;, zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, w tym programów eradykacji bądź eliminacji chorób.
3. W najbliższych latach oczekuje się poprawy sytuacji epidemiologicznej dwu chorób wieku dziecięcego - krztuśca. i świnki, w związku z rozszerzeniem i modyfikacją programu szczepień ochronnych.
4. W zwalczaniu chorób zakaźnych i zapobieganiu im wskazane jest szersze korzystanie z programów lokalnych, uwzględniających . terytorialne zróżnicowanie zagrożeń, warunków i sytuacji epidemiologicznej poszczególnych chorób.
5. Zagrożenia nowymi i powracającymi chorobami wymagają - niezależnie od prowadzonego monitoringu - przygotowania oryginalnych lub dostosowania istniejących programów prewencyjnych.

6. Zagrożenie bioterroryzmem stawia nowe zadania w zakresie szybkiej diagnostyki, ochrony i możliwości leczenia znacznych grup populacji, oraz w zakresie organizacji przepływu informacji o zagrożeniach:

7. Konieczne jest wzmocnienie specjalistycznego, merytorycznego nadzoru nad pracą terenowych placówek nadzoru epidemiologicznego.

8. Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym wymaga stworzenia mechanizmów systemowych skutecznie przeciwdziałających zmniejszaniu się zakresu . badań laboratoryjnych wykonywanych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego.

9. Jednym z podstawowych problemów systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Polsce jest w chwili obecnej pogarszająca się czułość tego systemu i brak klarownych i spójnych przepisów prawnych regulujących jego działanie.

W zakresie celu operacyjnego nr 18

Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz i kobiet ciężarnych³⁰

1. Badania indeksowej grupy wiekowej - młodzieży w wieku lat 18 przeprowadzone w roku 2004 potwierdziły tendencję spadkową zarówno próchnicy jak i chorób przyzębia u młodzieży.

2. Różnice między regionami w nasileniu próchnicy i chorób przyzębia u dzieci i młodzieży sięgają 90%.

3. Podsumowując część opracowania, która dotyczy stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci i młodzieży oraz korzyści zdrowotnych, wynikających z realizacji Celu Operacyjnego 18 Narodowego Programu Zdrowia należy podkreślić, że mimo uzyskanej poprawy części wskaźników i zrealizowania części zadań ujętych w NPZ stan zdrowotny jamy ustnej dzieci i młodzieży w kraju jest daleki od satysfakcjonującego.

30. Dane zawarte w punktach pochodzą z Ogólnokrajowego Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej i jego uwarunkowań. Polska 2004 Ministerstwo Zdrowia

Tabela wybranych docelowych wskaźników efektów zdrowotnych w roku 2015
(tabela zostanie rozszerzona i skorygowana przez koordynatora poszczególnych celów
Po rozpoczęciu pracy zespołu koordynacyjnego NPZ

Cel strategiczny	Oczekiwany efekt zdrowotny	Wskaźnik	Oczekiwana zmiana wskaźnika w stosunku do bazowego roku 2005
1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób sercowo - naczyniowych, w tym udarów mózgu	-zmniejszenie umieralności u osób poniżej 60 roku życia -uzyskanie, u co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru, i utrzymują samodzielność wykonywania podstawowych czynności życia codziennego	-odsetek kobiet i mężczyzn umierających przed 64 rokiem życia - odsetek chorych, którzy według oceny Rankin otrzymali poniżej 3 punktów	-zmniejszenie odsetka kobiet umierających przed 64 roku życia o 7% -zmniejszenie odsetka mężczyzn umierających przed 64 rokiem życia o 20% -wzrost odsetka chorych otrzymujących poniżej 3 punktów według oceny Rankin z 45% do 70%

<p>2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych</p>	<p>-zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów ogółem</p> <p>-zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi i w stopniu znacznym raka szyjki macicy przez wprowadzenie na skalę populacyjną zorganizowanych badań przesiewowych mammograficznych i cytologicznych oraz wykorzystanie szczepionek przeciw wirusom brodawczaka</p>	<p>-liczba zgonów z powodu nowotworów ogółem</p> <p>- liczba zgonów z powodu nowotworów sutka</p> <p>- liczba zgonów z powodu raka szyjki macicy</p>	<p>- spadek współczynników zgonów na 100 000 mieszkańców z powodu nowotworów o 15%</p> <p>- spadek współczynników zgonów na 100 000 mieszkańców z powodu raka piersi o 15%</p> <p>- spadek liczby zgonów z powodu raka szyjki macicy z 2000 do 500 (o 75%)</p>
<p>3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków</p>	<p>-zmniejszenie odsetka ofiar śmiertelnych wskutek urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych</p> <p>-zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków przy pracy do połowy stanu z 2005 rok</p>	<p>- liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych</p> <p>-liczba wypadków powstałych przy pracy</p>	<p>-spadek liczby ofiar śmiertelnych w wypadkach samochodowych z 5600 do liczby 2600 w roku 2015 (o 54%)</p> <p>-spadek liczby wypadków przy pracy z 84402 w erokub 205 do 42 200 w roku 2015 (o 50%)</p>
<p>4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne</p>	<p>-zmniejszenie zapadalności i rozpowszechniania zaburzeń psychicznych, w tym liczby samobójstw</p> <p>- wprowadzenie programów promocji zdrowia psychicznego i programów zapobiegania zaburzeniom psychicznym w środowisku szkolnym, w pracy i dla grup ryzyka</p>	<p>-liczba osób korzystających z różnych form opieki psychologicznej i psychiatrycznej</p> <p>-liczba programów promocji zdrowia psychicznego</p> <p>-liczba instytucji realizujących programy promocji zdrowia</p>	<p>-zmniejszenie o 15% liczby osób korzystających z różnych form opieki psychologicznej i psychiatrycznej</p> <p>-zwiększenie o 50% liczby programów i liczby instytucji realizujących programy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki</p> <p>-stworzenie centrów zdrowia</p>

	(bezrobotni, zagrożeni samobójstwem, ludzie w podeszłym wieku) - promowanie zdrowia psychicznego poprzez dostarczanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do prawidłowego psychospołecznego rozwoju dzieci i młodzieży oraz rozwiązywania problemów życiowych ; kształtowanie zachowań korzystnych dla zdrowia psychicznego	-odsetek powiatów, w których istnieją centra zdrowia psychicznego i zespoły opieki środowiskowej -liczba miejsc pracy dla osób przewlekle chorych psychicznie -liczba mieszkań chronionych	psychicznego i zespołów opieki środowiskowej w 50% powiatów - zwiększenie o 50% liczby miejsc pracy dla osób przewlekle chorych - zwiększenie o 50% ;liczby mieszkań chronionych
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego	-zwiększenia i wyrównania dostępności do usług rehabilitacyjnych	-liczba przyznanych rent rocznie z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów (kod ICD 10-M05, M06)	- spadek rocznej liczby orzekanych rent z 750 do liczby 400(reumatoidalne zapalenie stawów zostało potraktowane wskaźnikowo dla wszystkich chorób reumatycznych)
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu Przewlekłych chorób układu oddechowego	-zmniejszenie umieralności z powodu POChP	- liczba zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc	- obniżenie liczby zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z 2750 do 2000 rocznie (o 27%)
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom	- zmniejszenie liczby zatruć pokarmowych i zakażeń żołądkowo-jelitowych wywołanych przez czynniki biologiczne	-współczynniki zapadalności na wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe -zapadalność dzieci do lat 2 na biegunki o nieokreślonej	- utrzymanie współczynnika zapadalności na wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe - zapadalność dzieci do lat 2 na biegunki o nieokreślonej etiologii zmniejszy się o 25% -częstość wykrywania nowych zakażeń hiv (z wyłączeniem

	<p>-zmniejszenie zapadalności na choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek, ze szczególnym uwzględnieniem WZW typu C i HIV</p> <p>-zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia</p> <p>-poprawa sytuacji w skali kraju w zakresie zakażeń szpitalnych</p> <p>-zmniejszenie sytuacji w skali kraju w zakresie zakażeń szpitalnych</p>	<p>etiologii</p> <p>-częstość wykrywania nowych zakażeń HIV</p> <p>-liczba chorób, przeciwko którym prowadzone są masowe, obowiązkowe szczepienia</p> <p>-odsetek zaszczepionych terminowo w ramach powszechnych obowiązkowych szczepień przewidzianych Programem Szczepień Ochronnych</p> <p>-procentowy udział przypadków chorób potwierdzonych laboratoryjnie w ogólnej liczbie rejestrowanych zachorowań zakaźnych</p>	<p>krwiodawców) zmniejszy się o 20%</p> <p>-liczba chorób, przeciwko którym prowadzone są masowe, obowiązkowe szczepienia zwiększy się, co najmniej o dwie choroby</p> <p>- odsetek osób zaszczepionych terminowo w ramach powszechnych, obowiązkowych szczepień przewidzianych Programem Szczepień Ochronnych - powyżej 95% w skali całego kraju ; powyżej 90% w każdym województwie</p> <p>-procentowy udział potwierdzonych laboratoryjnie przypadków chorób zakaźnych w ogólnej liczbie zarejestrowanych zachorowań - powyżej 50%</p>
8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji	<p>-osiągnięcie pełnego dostępu pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - przyjęcie w dniu zgłoszenie</p> <p>- wypracowanie w</p>	<p>- średnia długość życia</p>	<p>- zwiększenie długości życia w województwach o najniższej średniej długości życia o 2 lata wśród mężczyzn i o 1 rok wśród kobiet</p>

	ramach POZ mechanizmu opieki zdrowotnej ukierunkowanej na grupy zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym		
--	---	--	--

Wprowadzenie

Oddawany w Państwa ręce Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2025, uwzględniając potrzeby zdrowotne populacji oraz rozpowszechnienie różnorodnych czynników determinujących zdrowie, systematyzuje obszary koniecznego działania na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia zarówno całej populacji jak i poszczególnych jej grup.

Niewątpliwie w dobie mobilnych społeczeństw wszelkie interwencje krajowe w zdrowiu publicznym, muszą uwzględniać nie tylko polskie, ale też obserwowane w Europie i na świecie, trendy epidemiologiczne i demograficzne, a także być zgodne z międzynarodowymi zaleceniami i zobowiązaniami dotyczącymi zdrowia. Nie można nie dostrzegać, że jesteśmy u progu nowej ery w rozwoju świata. ONZ dokonuje analizy realizacji Milenijnych Celów Rozwoju, dla których cezurą jest 2015 r. i ustala nowe wytyczne na kolejne dziesięciolecia. Wiele państw już dziś buduje swą politykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i ekonomiczne, sprzyja niwelacji nierówności na różnych płaszczyznach, buduje dobrobyt i dalszy stabilny rozwój.

Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2025 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 zdrowotnych⁴ i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”⁵ oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”⁶, uzupełnianą również przez dokumenty wykonawcze⁷. Warty podkreślenia jest fakt, że międzynarodowa polityka rozwojowa w kwestiach dotyczących zdrowia koncentruje się wokół poprawy jakości życia, zmniejszenia liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz zwiększenia wskaźnika zatrudnienia, zatem dotyka istoty pojęcia zdrowia publicznego, w którym zapobieganie konsekwencjom zdrowotnym niewłaściwego stylu życia oraz działania czynników środowiskowych jest wskazywane jako bardziej efektywne dla zachowania pożądanej jakości zdrowia i życia ludzi niż świadczenia opieki zdrowotnej o charakterze naprawczym.

Wizja międzynarodowej polityki rozwojowej, w tym odnosząca się do zdrowia, jest uwzględniona w szeregu polskich 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 i w Strategii Rozwoju Kraju 2020 - ŚSRK oraz w strategiach zintegrowanych w szczególności w: Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Strategii Sprawne Państwo, Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego – Regiony – miasta - obszary wiejskie, Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki Dynamiczna Polska 2020 oraz 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

⁴ „Jak np. „European Mental Health Action Plan ” czy “European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020”

⁵ 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

⁶ 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>.

⁷ Jak np. “EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020”

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 ścieżki dojścia do wyznaczonych poziomów wskaźników szczegółowych dziewięciu strategii 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 na przeciwdziałanie i zwalczanie chorób cywilizacyjnych.

Rozwój systemu ochrony zdrowia do 2020 roku został określony w przyjętym w 2014 r. przez Ministra Zdrowia dokumencie „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. Krajowe ramy strategiczne polityki w obszarze ochrony zdrowia określają kierunek działań oraz priorytety w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej oraz zdrowia publicznego. W dokumencie określono cele operacyjne, których realizacja przez system ochrony zdrowia ma przyczynić się do wypełnienia celu europejskiego. Znalazł się wśród nich rozwój profilaktyki zdrowotnej i diagnostyki ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce, przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym oraz inne działania o charakterze systemowym konieczne w procesie dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2025 jest także komplementarny względem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126), które określono mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości i które są brane pod uwagę w procesie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, tj. finansowanego lub współfinansowanego ze środków publicznych. Konieczne jest jednak podkreślenie, że istniejące rozwiązania w postaci gwarantowania świadczeń opieki zdrowotnej, 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.

Efektywność działań podejmowanych w obszarach nakreślonych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2025 zależy od wielu aktorów. 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, organizacji społeczeństwa obywatelskiego, sektora prywatnego etc.

Nowym rozdziałem w podejściu do zdrowia i jakości życia społeczeństwa w Polsce jest niewątpliwie ustawa o zdrowiu publicznym. Jest ona systemową odpowiedzią na konieczność ciągłego przeciwdziałania negatywnym trendom epidemiologicznym, zwiększającemu się obciążeniu populacji przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, rozpowszechnieniu głównych czynników ryzyka powstawania tych chorób, w tym nałogom, nieprawidłowej diecie oraz niewystarczającej aktywności fizycznej.

Ustawa, tak jak Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2025, jest mapą, która – jeśli tylko będzie z zaangażowaniem stosowana przez wszystkich – przyczyni się do poprawy zdrowia oraz związanej z nim jakości życia nas wszystkich.

1. DIAGNOZA STANU OBECNEGO

1 DEMOGRAFIA

Najnowsze prognozy wskazują na dalszy spadek liczby ludności Polski oraz istotne zmiany w strukturze wieku populacji. W najbliższym czasie w Polsce liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym będzie się sukcesywnie zmniejszać przy jednoczesnym wzroście liczby

osób w wieku poprodukcyjnym. Szacuje się, że w najbliższym czasie odsetek osób starszych będzie wyższy od przeciętnego dla krajów UE. Ludność Polski według danych na dzień 31 grudnia 2012 r. wynosiła 38 533 299 osób, z czego 51,6 % to kobiety, a 48,4% to mężczyźni. Nadwyżka kobiet nad mężczyznami dotyczy przedziału wieku 50-54 lata i zwiększa się ona dynamicznie w coraz starszych grupach wiekowych. Dla przykładu w grupie wiekowej 65 lat i starszej na 100 mężczyzn przypada 163 kobiety, zaś w wieku 85 lat i więcej na 100 mężczyzn przypadają aż 282 kobiety i stanowią one 78% ogółu ludności Polski w tej grupie wiekowej. Liczba ludności w Polsce ustabilizowała się nieco w ostatnich latach, a jej wzrost w 2011 roku wynika z nowych oszacowań opartych na danych Narodowego Spisu Powszechnego 2011.⁸

Prognoza demograficzna Polski na lata 2014-2050, przedstawiona przez GUS, nie napawa jednak optymizmem. Zgodnie z jej wskazaniami, liczba ludności Polski w 2050 r. wyniesie 34 miliony. Niekorzystne prognozy demograficzne to istotny czynnik determinujący przyszły rozwój gospodarczy. Polska gospodarka będzie musiała się zmierzyć nie tylko ze stopniowym ubytkiem liczby ludności, lecz także z procesem starzenia się społeczeństwa. Czynniki te powodują, że na rynek pracy wchodzi coraz mniej liczne roczniki oraz zwiększa się udział osób starszych w grupie aktywnych zawodowo. Procesy te z pewnością narzucą nowe wymagania związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi, kształceniem pracowników czy wyposażeniem stanowisk, a nawet całych zakładów pracy. Zmiany te w konsekwencji zwiększą obciążenia systemu emerytalnego. Także system opieki zdrowotnej czeka 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. O skali problemu świadczy fakt, że grupa wiekowa 18-44 lata zmniejszy się z 15 do 9 milionów. Z kolei liczba Polaków w wieku poprodukcyjnym wzrośnie w tym okresie z 6,5 miliona do 10 milionów. Wpłynie to m.in. na znaczące podniesienie współczynnika obciążenia demograficznego.⁹

Kolejną obserwowaną niekorzystną zmianą jest zmniejszanie się liczby kobiet w wieku rozrodczym i wzrost odsetka osób starszych. Wedle prognoz wskazuje, że liczba osób starszych, tj. po 65. roku życia, wzrośnie do roku 2050 o blisko 5,4 miliona - porównując z rokiem bazowym - co oznacza, że populacja ta będzie stanowiła prawie 1/3 ludności kraju. Związany jest z tym faktem prognozowany wzrost liczby zgonów na przestrzeni kolejnych lat, który - jak pokazują dostępne dane - będzie rósł stopniowo do roku 2043.¹⁰

Długość życia mieszkańców Polski 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 kobiet. Wskaźnik długości życia jest bowiem warunkowany czynnikami społecznymi. Należy do nich stopień wykształcenia i miejsce zamieszkania. Oszacowano, że w 2010 roku w Polsce osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogły oczekiwać, że będą żyły znacznie dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczo-zawodowym lub niższym. Jak się okazuje nie bez znaczenia pozostaje także miejsce zamieszkania. Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są małe miasta poniżej 5 tysięcy mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej.

Demograficzna wizja kraju, wyłaniająca się z najnowszej prognozy ludności sporządzonej przez Główny Urząd Statystyczny wskazuje na dalszy, stopniowy ubytek liczby ludności, znaczące zmiany struktury według wieku oraz fakt, iż w wiek prokreacji wchodzi coraz mniej liczne

⁸ Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych, NIZP-PZH Warszawa 2014.

⁹ http://biznes.interia.pl/makroekonomia/news/niekorzystne-prognozy-demograficzne-dla-polski-to-istotny,2050413,2156?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=other

¹⁰ Raport Głównego Urzędu Statystycznego „Prognoza ludności na lata 2014-2050”, Warszawa 2014

roczniki. Prace nad nową edycją Narodowego Programu Zdrowia przypadają na okres rozwoju demograficznego Polski, w którym nawet wzrost współczynnika dzietności do poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń w krótkim okresie nie spowoduje odwrócenia tych procesów i nie powstrzyma zmniejszania się liczby ludności kraju, ani procesu starzenia się społeczeństwa. Zachodzi zatem potrzeba zintegrowanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

1.2 STAN ZDROWIA POPULACJI

Hierarchia najpoważniejszych problemów zdrowotnych dorosłych Polaków jest od lat taka sama. Prawie połowa zgonów w naszym kraju jest następstwem chorób układu krążenia i udarów mózgu. 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 Polska zrobiła w ostatnich latach krok do przodu, jednak nadal dużo pozostaje do zrobienia.

Nadal niepokojąca wzrasta liczba osób zmagająca się z chorobami nowotworowymi. Liczba ta będzie rosła wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Główne czynniki ryzyka to wiek, obciążenia genetyczne i styl życia (używkami, alkohol, palenie tytoniu oraz brak aktywności fizycznej i niewłaściwe nawyki żywieniowe). Ryzyko zachorowania rośnie po 50. roku życia. Niestety badania profilaktyczne – w Polsce ciągle nie są popularne. Dla odniesienia swojego skutku powinny być one wykonywane regularnie już dwie dekady wcześniej.

Wśród mężczyzn na pierwszym miejscu niezmiennie znajduje się rak płuc i oskrzeli. Głównym narzędziem profilaktyki są w przypadku tego nowotworu kampanie antynikotynowe, których częścią jest wprowadzanie (i egzekwowanie) zakazu palenia w miejscach publicznych. Drugi pod względem częstotliwości nowotwór u mężczyzn – rak prostaty – jest on dużo mniej nagłaśniany medialnie, a pacjenci niechętnie wykonują badania profilaktyczne.

Wśród kobiet stale wzrasta liczba nowych przypadków raka piersi i raka szyjki macicy. Na bezpłatną mammografię i cytologię mają szansę kobiety w ramach programów finansowanych przez NFZ. W akcje promocyjne kierowane zwykle do szerszej populacji wiekowej włączają się także aktywnie samorządy terytorialne.

Poważnym problemem dorosłych Polaków i co raz bardziej powszechnym, są kłopoty z układem ruchu, w tym z kręgosłupem. W statystykach GUS najczęstszą dolegliwością wskazywaną przez osoby powyżej 15. roku życia (im starsze, tym częściej) są bóle pleców: uskarża się na nie co czwarta dorosła kobieta i co piąty mężczyzna. Bóle szyi (będące efektem problemów z kręgosłupem) występują u co dziewiątej osoby, zaś na kolejnym miejscu znalazły się zapalenia kości i stawów.¹¹ Problemy z układem ruchu nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia – jak choroby układu krążenia czy nowotwory – jednak zaniedbywane mogą doprowadzić do utraty zdolności samodzielnej egzystencji.

Kolejny istotny aspekt zdrowia to stan zdrowia psychicznego. W październiku 2012 roku opublikowano wyniki pierwszego w Polsce badania EZOP, tzn. stanu zdrowia psychicznego, na grupie 10 tysięcy osób. Badania objęły Polaków w wieku od 18 do 65 lat. Deklarowane samopoczucie psychiczne nie nastroja zbyt pesymistycznie: 70 proc. badanych deklaroowało bardzo dobre i doskonałe zdrowie psychiczne. Umiarkowanie zadowolony ze swojego zdrowia psychicznego był co czwarty badany. Tylko nieco ponad 5 proc. przyznało, że ma słabszą niż umiarkowaną psychikę. Jednocześnie znaczna część ankietowanych przyznała, że przynajmniej raz w życiu doświadczyła jednego z objawów zaburzeń zdrowia psychicznego: obniżenia nastroju i aktywności, fobii, lęków, rozdrażnienia i napastliwości.

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

¹¹ Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i jej uwarunkowania NIZP-PZH Warszawa 2012

2%. Samopoczucie Polaków owszem poprawiło się, ale to nie znaczy, że społeczeństwo przestało chorować. Wręcz przeciwnie: prowadzone przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny analizy wykazują, że po poprawie wskaźników zdrowotności Polaków (średnia przewidywana długość życia, śmiertelność w obszarze chorób cywilizacyjnych, śmiertelność noworodków), nastąpił czas stagnacji: poprawa, jeśli następuje to jest to wzrost ledwie zauważalny. Natomiast dystans dzielący nas nie tylko od krajów starej Unii, lecz nawet europejskiej średniej ciągle jest ogromny. Potrzeba wiele lat by ten dystans uległ zmniejszeniu. Analizy statystyk medycznych potwierdzają to, co można stwierdzić, kierując się zdrowym rozsądkiem: kluczowym dla jakości życia – w jego zdrowotnym aspekcie jest zadbanie o siebie i swój organizm, regularne badania profilaktyczne, ograniczenie używek (lub zerwanie z nałogami), zdrowy styl życia pozwalają zminimalizować ryzyko najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych w obszarze układu krążenia i nowotworów. Umiarkowana aktywność fizyczna daje szansę na odłożenie w czasie lub wręcz wyeliminowanie problemów z układem ruchu, kręgosłupem, stawami. Szacuje się, że ponad połowa czynników związanych z ciężkimi chorobami i zgonem leży po stronie stylu życia

1.3 KOSZTY ZDROWOTNE CHORÓB

Według statystyk wydatki ogółem na ochronę zdrowia tj. wydatki bieżące i inwestycyjne wyniosły w 2012 r. 107,8 mld zł i stanowiły 6,8% Produktu Krajowego Brutto (6,9% PKB w 2011 r.). W relacji do PKB bieżące wydatki prywatne kształtowały się w 2012 r. na podobnym poziomie jak w roku 2011 (1,9% PKB), natomiast udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia zmniejszył się z 4,53% do 4,43%. Przytłaczającą większość nakładów ogółem na ochronę zdrowia stanowiły wydatki bieżące, których udział w 2012 r. wyniósł 93,7%. Struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników kształtuje się następująco: instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z NFZ) – 70,0% sektor prywatny – 30,0% (w roku 2011, odpowiednio 70,9% i 29,1%). W ramach wydatków publicznych bieżących 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ.¹²

Świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące swoim zakresem leczenie chorób cywilizacyjnych udzielane są w ramach świadczeń gwarantowanych, przez podmioty, które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Poszczególne działania odnośnie leczenia chorób cywilizacyjnych podejmowane są w ramach szeregu różnych obszarów, takich jak: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza, lecznictwo uzdrowiskowe, psychiatria opieka zdrowotna, opieka długoterminowa, opieka paliatywno-hospicyjna. Zgodnie z przepisem art. 97 ust. 3. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Oddziały wojewódzkie Funduszu corocznie przygotowują plan zakupu świadczeń, opracowywany w celu optymalnego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Plan zakupu sporządzany jest w ramach ustalonego planu finansowego, w oparciu o analizę epidemiologiczną, która uwzględnia zarówno dane zewnętrzne (GUS, PZH, wymogi określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych), jak i dane własne Oddziałów (realizację świadczeń w latach poprzednich, realizację priorytetów

¹² Główny Urząd Statystyczny Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 r

przyjętych w roku poprzednim, poziom kolejek w latach poprzednich, potencjał świadczeniodawców).¹³

Należy dodać, iż uchwalona w dniu 22 lipca 2014 r. ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U., poz. 1138), celem zapewnienia zgodnego z potrzebami zdrowotnymi, wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadziła nowe instrumenty oceny potrzeb zdrowotnych - *Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych oraz Regionalną Mapę Potrzeb Zdrowotnych*. Na podstawie mapy regionalnej dla danego województwa wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych będzie ustalać priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz regionalne mapy potrzeb zdrowotnych będą uwzględniane przy tworzeniu planu zakupów na następny rok przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Ideą tych przepisów jest prognozowanie poziomu przyszłych potrzeb (mapy) oraz wskazanie, które z nich w pierwszej kolejności (priorytety) powinny być realizowane przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, co pozwoli na zabezpieczenie w jak największym stopniu zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na danym terenie.

Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w 2014 r. udział środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielonych z powodu poszczególnych rozpoznanych chorobowych wg ICD-10: przedstawiał się następująco:

Kod rozdziału rozpoznania głównego ICD10	Ambulatoryj na opieka specjalistyczna	Leczenie szpitalne	Pozostałe zakresy świadczeń zdrowotnych	Ogółem
Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze (A00 - B99)	86 757 272	1 029 032 473	3 916 834	1 119 706 578
Nowotwory (C00 - D48)	557 997 521	4 294 452 884	535 198 409	5 387 648 813
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych (D50 - D89)	29 651 402	339 983 049	4 398 036	374 032 487
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych (E00-E90)	297 117 617	860 117 730	96 895 107	1 254 130 455
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	43 045 632	19 564 489	2 468 158 263	2 530 768 384
Choroby układu nerwowego	363 130 725	999 845 743	770 767 653	2 133 744 121

¹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(G00 - G99)				
Choroby oka i przydatków oka (H00 - H59)	489 663 662	850 843 490	4 878 135	1 345 385 287
Choroby ucha i wyrostka sutkowego (H60 - H95)	164 172 845	214 764 471	16 825 385	395 762 702
Choroby układu krążenia (I00 - I99)	471 685 038	6 664 365 890	693 012 212	7 829 063 140
Choroby układu oddechowego (J00 - J99)	392 331 361	2 127 064 138	177 036 253	2 696 431 752
Choroby układu pokarmowego (K00 - K93)	211 051 669	2 123 636 495	1 683 174 965	4 017 863 129
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00 - L99)	240 192 321	342 438 965	66 040 901	648 672 186
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	550 206 159	2 113 051 277	1 150 494 471	3 813 751 907
Choroby układu moczowo-płciowego (N00 - N99)	518 308 749	1 420 510 461	1 247 756 825	3 186 576 035
Ciąża, poród i okres połogu (O00 - O99)	108 360 170	1 216 193 362	22 360 791	1 346 914 323
Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00 - P96)	9 759 040	1 061 905 993	11 827 279	1 083 492 312
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00 - Q99)	45 997 369	388 520 409	58 035 525	492 553 303
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej (R00 - R99)	152 094 761	507 960 633	109 317 950	769 373 343
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	354 710 481	1 744 970 544	232 969 929	2 332 650 954
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01-Y98)	2 826 948	6 248 344	1 537 532	10 612 824
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia (Z00 - Z99)	384 176 785	2 450 194 041	280 916 015	3 115 286 841
				20 243 625 967

Informacje zawarte w powyższej tabeli wskazują, że największą grupę wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia stanowią koszty związane z leczeniem:

1. choroby układu krążenia - 7 829 063 140 zł;
2. nowotwory - 5 387 648 813 zł;
3. choroby układu pokarmowego - 4 017 863 129 zł;
4. choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej - 3 813 751 907 zł;

5. choroby układu moczowo-płciowego - 3 186 576 035 zł;
6. choroby układu oddechowego - 2 696 431 752 zł;
7. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania - 2 530 768 384 zł;
8. urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych - 2 332 650 954 zł;
9. choroby układu nerwowego - 2 133 744 121 zł.

Struktura świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach środków publicznych przedstawia się następująco:

Dane z rocznego planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2015 r

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków NFZ	kwota	odsetek %
leczenie szpitalne (w tym terapeutyczne programy lekowe, leki , środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi, chemioterapia-leki stosowane w chemioterapii)	35 108 037 zł	49,63
refundacja (leki, wyroby medyczne)	7 744 628 zł	10,95
podstawowa opieka zdrowotna	7 778 611 zł	11,00
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 281 581 zł	7,47
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 106 968 zł	2,98
rehabilitacja lecznicza	2 011 454 zł	2,84
leczenie stomatologiczne	1 750 440 zł	2,47
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1 617 263 zł	2,29
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 059 741 zł	1,50
rezerwy (migracyjna, świadczenia z lat ubiegłych)	4 219 022 zł	5,96
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa	860 794 zł	1,22
lecznictwo uzdrowiskowe	608 725 zł	0,86
opieka paliatywna i hospicyjna	369 108 zł	0,52
profilaktyczne programy zdrowotne	176 447 zł	0,25
pomoc doraźna i transport sanitarny	49 444 zł	0,07

Źródło: Roczny Plan Finansowy NFZ na rok 2015

Tendencje występujące w poszczególnych przedziałach wiekowych wśród świadczeniobiorców korzystających ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej kształtują się w następujący sposób: od około 15 roku życia pomimo przewagi w liczbie ubezpieczonych wśród mężczyzn, to więcej kobiet korzysta ze świadczeń i przewaga ta jest znacząca. Około 45 roku życia, gdy ma miejsce zrównanie liczby ubezpieczonych względem płci, występuje nadal zjawisko większego korzystania ze świadczeń przez kobiety. Tym samym od momentu osiągnięcia przez kobiety wieku rozrodczego do późnej starości, liczba kobiet korzystających z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych jest wyższa niż mężczyzn w porównywalnych przedziałach wiekowych. Interesujący jest fakt, że pomimo wyższych kosztów jednostkowych leczenia mężczyzn po 75 roku życia, analiza kosztów¹⁴ w poszczególnych przedziałach wiekowych wskazuje, iż to wydatki ponoszone na leczenie kobiet

¹⁴ Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń., Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa 2010.

w tym przedziale wiekowym są wyższe. Wynika to przede wszystkim ze struktury demograficznej, która jest niekorzystna dla mężczyzn, wśród których odnotowuje się wyższą śmiertelność.

1.4 KOSZTY SPOŁECZNE CHOROÓB

Jednym z szczególnie ważnych aspektów branych pod uwagę przy analizie kosztów społecznych chorób są nie tylko wydatki NFZ ponoszone na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ale także koszty związane z niezdolnością do pracy. W 2012 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 30 438,6 mln 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 rokiem 2011 udział ten kształtował się na tym samym poziomie. Podobny wzrost, w porównaniu z rokiem 2011, odnotowujemy w przypadku wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z FUS. Wydatki te wzrosły o 921,7 mln zł i w 2012 r. wyniosły 25 981,7 mln 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 położu – 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.¹⁵

Najwyższy odsetek w wydatkach na świadczenia związane z niezdolnością do pracy stanowiły wydatki związane z rentami. W 2012 r. w porównaniu z rokiem 2011 udział ten zmniejszył się o 1,6 punktu procentowego i na przestrzeni omawianych lat stopniowo zmalał. W 2008 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 56,3% ogółu wydatków, zaś w 2012 r. - 49,5%. Również malała na przestrzeni tych lat przeciętna miesięczna liczba pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2008 r. ich liczba wynosiła 1 380,8 tys., a w 2012 r. – 1 111,0 tys.

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. Liczba dni absencji chorobowej w ostatnich trzech latach utrzymuje się na względnie stałym poziomie i w 2012 r. wynosiła 189 610,0 tys.

W strukturze wydatków rosną również wydatki na świadczenia rehabilitacyjne i renty socjalne.

W przypadku wydatków na świadczenie rehabilitacyjne, ich udział w wydatkach ogółem wynosił od 3,0% w 2008 r. do 3,7% w 2012 r., natomiast w przypadku rent socjalnych udział ten w 2008 r. wynosił 5,1%, a w 2012 r. – 6,0%. Przeciętna miesięczna liczba pobierających renty socjalne, bądź świadczenie rehabilitacyjne w omawianych latach również wzrasta. I tak, w przypadku pobierających renty socjalne od 231,2 tys. w 2008 r. do 249,4 tys. w roku 2012, natomiast pobierających świadczenie rehabilitacyjne od 58,8 tys. w roku 2008 do 69,7 tys. w 2012 r.

Jedynie na stałym poziomie utrzymuje się udział wydatków na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który w ostatnich latach wynosi 0,5% ogółu wydatków związanych z niezdolnością do pracy.

Zmiana struktury wypłacanych świadczeń jest konsekwencją znacznego spadku wypłat rent z tytułu niezdolności do pracy – a więc tendencji z punktu widzenia wydatków Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych pozytywnej.

Analizując koszty 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-

¹⁵ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktualnych. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2012

stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,9%, choroby związane z okresem ciąży, porodu i porożu – 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.

Struktura kosztów ze względu na płeć w poszczególnych rodzajach wydatków również kształtowała się odmiennie. W przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy, rent socjalnych, świadczeń rehabilitacyjnych i rehabilitacji leczniczej, udział wydatków na świadczenia wypłacane mężczyznom, w wydatkach ogółem był znacząco wyższy niż udział wydatków na świadczenia wypłacane kobietom. Wydatki na renty wypłacone mężczyznom wyniosły 10 513,6 mln zł stanowiąc 69,8% ogółu wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy, w tym wydatki na renty wypadkowe wyniosły 2 496,1 mln zł, tj. 76,3% ogółu wydatków na te renty. Udział wydatków na renty socjalne wypłacone mężczyznom wyniósł 54,6%, tj. 991,4 mln zł. Również wydatki na świadczenie rehabilitacyjne wypłacone mężczyznom przewyższały o 10,6 punktów procentowych wydatki na to świadczenie wypłacone kobietom. Jak wynika z analizy, koszt rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS mężczyznom był także o 3,4 punktu procentowego wyższy niż poniesiony w związku z rehabilitacją leczniczą kobiet. Z kolei w przypadku wydatków związanych z absencją chorobową, udział wypłat związanych z absencją kobiet przewyższał udział wydatków dla mężczyznom i wyniósł 59,4% tj. 7 293,4 mln zł.¹⁶

Koszty społeczne chorób wynikające z niezdolności do pracy w wyniku orzeczenia o niepełnosprawności ponosi także PEFRON. Instytucja ta działa na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz.721 z późn. zm.), a swoją działalnością wspiera zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Na dofinansowanie wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie osób niepełnosprawnych Fundusz przeznacza rocznie ok 63% swojego budżetu tj w 2014 roku kwotę ponad 3, 1 mln zł.

Jak wynika z wyżej opisanej sytuacji koszty społeczne chorób w naszym kraju są bardzo wysokie. Pomimo podejmowanych na szeroka skale działań zmierzających w kierunku poprawy jakości zdrowia i życia nadal pozostaje wiele do zdrobnienia. Obserwowana tendencja do poprawy napawa optymizmem. Potrzeba jednak zintegrowanego działania na wielu płaszczyznach by osiągnąć satysfakcjonujący efekt. Przygotowywane opracowanie NPZ wskazuje poprzez swoje cele na te obszary zdrowia, których wspieranie i poprawa w perspektywie może wpłynąć na zmianę wysokości kosztów ponoszonych z tytułu konsekwencji społecznych chorób.

Determinanty zdrowia.

Przechodząc do grup czynników ryzyka, stanowiących istotne zagrożenie dla zdrowia i życia populacji, warto zacząć o nadmiernego spożycia alkoholu. Wskaźnikiem pokazującym zmiany w konsumpcji alkoholu na przestrzeni lat jest wielkość spożycia 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W 2013 r. spożycie 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 Polsce uzależnionych od alkoholu jest 600-740 tys. osób¹⁷, a nadużywa alkoholu, tj. pije w sposób szkodliwy, ok. 3 mln osób¹⁸. 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,

¹⁶ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktualnych. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2012

¹⁷ Wyniki badania EZOP, Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012

¹⁸ „Global status report on alcohol and health 2014”, WHO, 2014

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.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ciągu ostatnich 30 lat obserwuje się w Polsce 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 Polsce bezpośrednio wynikających z palenia tytoniu wynosi blisko 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 płuc jest najczęstszą przyczyną zgonów pośród nowotworów złośliwych zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet w Polsce. 94% przypadków raka płuca wśród mężczyzn i 68% wśród kobiet jest wynikiem palenia tytoniu. Oznacza to, że w Polsce 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 powodu biernej ekspozycji na dym tytoniowy rocznie umiera blisko 2 000 niepalących, głównie z powodu choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, raka płuca i przewlekłych chorób układu oddechowego.

Należy również podkreślić, że zdaniem ludzi młodych, palenie wyrobów tytoniowych jest symbolem dorosłości, i jest bardzo często elementem służącym do podniesienia własnej wartości. Dodatkowo uważane jest za skuteczny sposób radzenia sobie ze stresem. Ma to istotny wpływ na rozpoczęcie palenia przez osoby nieletnie, 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. Ryzykują tym samym utratę zdrowia, nieświadome konsekwencji zdrowotnych podejmowanych przez siebie decyzji.

Dzieci, które zaczynają palić we wczesnym dzieciństwie zazwyczaj palą w dorosłym życiu. Uzależnienie powoduje, że palacze kontynuują nałóg ze względu na odczuwanie w czasie palenia przyjemności, uspokojenia lub pobudzenia

Aspekt zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania przedstawia się następująco: liczba pacjentów leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej niemal podwoiła się na przestrzeni lat 1997-2010. W roku 2010 opieką ambulatoryjną w zakresie leczenia psychiatrycznego zostało objętych 1396 tys. osób, z czego nieznaczną większość stanowiły kobiety. Podsumowując zagadnienie zaburzeń psychicznych, wśród kobiet dominują zaburzenia nerwicowe, wśród mężczyzn natomiast zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu. To właśnie ostatni z wymienionych powodów jest przyczyną najczęstszych interwencji w oddziałach całodobowych.

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia w Polsce otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln hospitalizacji, a leczenie otyłości i jej powikłań pochłania 21 proc. (ok. 11 mln zł) budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia. Otyłość stanowi obecnie najczęściej występującą chorobę metaboliczną, osiągającą wg Światowej Organizacji Zdrowia rozmiary epidemii, zagrażającej rozwojowi cywilizacyjnemu i będącą w krajach rozwiniętych oraz rozwijających się jednym z największych problemów zdrowotnych. Nasilenie otyłości i nadwagi znacząco wzrasta na świecie i w Polsce. Z najnowszych badań Instytutu Żywności i Żywienia wynika, że prawie 30% dzieci ze szkół podstawowych jada słodczye codziennie przynajmniej raz. Wśród uczniów szkół gimnazjalnych aż 38,1% dziewcząt i 28,5% chłopców spożywa słodczye przynajmniej raz dziennie, natomiast zakupy w sklepiiku szkolnym robi 70% uczniów. Trend ten

wykazuje znamiona globalnej pandemii. W Polsce występuje szybki wzrost otyłości i nadwagi wśród dzieci i młodzieży, a dodatkowo istnieje duże zróżnicowanie między regionalne. Cele wytyczone przez WHO w 2013 roku w postaci zatrzymania trendu wzrostowego otyłości do 2025 roku, będą osiągnięte pod warunkiem prowadzenia efektywnych, skoordynowanych programów interwencyjnych na wielu obszarach zwalczania czynników sprzyjających rozwojowi nadmiernej masy ciała.

Istotnym elementem zagadnienia epidemiologii populacji Polski jest również fakt dotyczący chorób zakaźnych - współczynniki zapadalności na większość chorób objętych nadzorem sanitarno-epidemiologicznym utrzymują podobną tendencję spadkową, a samą ich sytuację epidemiologiczną można określić, jako stabilną.

Wylaniający się z powyższego opisu stan epidemiologiczny Polski wskazuje na złożony charakter chorób przewlekłych. Ich liczne uwarunkowania wskazują, że jedynie stałe i kompleksowe wysiłki angażujące różne podmioty, podejmowane w oparciu o kluczowe dla kraju strategie, stanowią skuteczne narzędzie profilaktyki zdrowotnej.

Zdrowie jest pojęciem trudnym do zdefiniowania. Złożoność wymienionego pojęcia jako zjawiska biologicznego, psychicznego i społecznego, to tylko niektóre przyczyny braku jednoznacznego określenia terminu. Spośród dotychczas wypracowanych określeń oficjalnie uznaną i powszechnie stosowaną jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia, która brzmi: „pojęcie zdrowia oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego (dobrostan), a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania”.¹⁹

Zdrowie uwarunkowane jest oddziaływaniem zespołu złożonych i różnorodnych czynników. Wśród najczęściej wymienianych są: styl życia, czynniki genetyczne (biologiczne), środowiskowe (fizyczne, psychospołeczne), ekonomiczne, demograficzne, polityczne, ekologiczne, kulturowe, społeczne, organizacja opieki zdrowotnej i inne. Współcześnie debaty nad czynnikami kształtującymi zdrowie dotknęły nie tylko sektora ściśle związanego ze zdrowiem, ale zahaczyły także o obszary związane z wykluczeniem społecznym, ubóstwem, edukacją oraz ekonomią i rozwojem. Przygotowana nowa wersja Narodowego Programu Zdrowia nie obejmuje w swym opracowaniu w/w obszarów, ale nie sposób przy tej okazji o tym nie wspomnieć. Nie można zapominać, że status społeczny, poziom wykształcenia, wysokość zarobków – zatrudnienie lub jego brak, czy miejsce zamieszkania determinują w znacznym stopniu jakość życia. Biorąc pod uwagę i porównując stan zdrowia Polski na tle państw UE nie wypadamy imponująco. Zbyt duże dysproporcje pomiędzy powyżej wymienionymi obszarami to główna przyczyna obecnego stanu rzeczy. Stąd szerokie działania podejmowane przez różne organizacje administracji publicznej na rzecz zmiany sytuacji, niwelowaniu różnic i wyrównywaniu szans.

Jednym z działań jest opracowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020.²⁰, którego głównym celem przyjętym przez Polskę jest obniżenie o 1,5 mln liczby osób zagrożonych ubóstwem i/lub deprivacją materialną, i/lub żyjących w gospodarstwach domowych bez osób pracujących lub o niskiej intensywności pracy. W dokumencie określono, że walka z ubóstwem i wykluczeniem musi opierać się na wzroście gospodarczym i zatrudnieniu, oraz na ochronie socjalnej. Ochrona socjalna musi być kompatybilna z szerokim zestawem polityk społecznych łącznie z ukierunkowaną edukacją, pomocą społeczną, mieszkalnictwem, zdrowiem, godzeniem życia zawodowego i prywatnego. Poprawa tego obszaru i wsparcie dla osób zagrożonych wykluczeniem i ubóstwem stanowi milowy krok do poprawy jakości i długości życia. Brak podjęcia intensywnych działań w tym temacie w konsekwencji pociąga za sobą zwiększone koszty społeczne chorób.

Brak świadomości i działań edukacyjnych to kolejny obszar do doskonaleniu w działaniach zmierzających do poprawy jakości życia oraz minimalizacji kosztów leczenia i następstw chorób.

¹⁹ WHO . Definicja Zdrowia

²⁰ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Warszawa 2014 r

Wytyczne w tym zakresie przedstawia między innymi strategiczny dokument - Perspektywa Uczenia się przez całe życie. Wyżej wymieniony dokument jest wynikiem prac Międzyresortowego Zespołu do spraw uczenia się przez całe życie, w tym Krajowych Ram Kwalifikacji, powołanego zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów nr 13 z 17 lutego 2010 r. Zarządzenie to stawia zadanie opracowania dokumentu strategicznego dotyczącego rozwiązań na rzecz rozwoju uczenia się przez całe życie w Polsce. Opracowanie takiego dokumentu wynika z przyjętych w ramach otwartej metody koordynacji zobowiązań na rzecz osiągania wspólnych celów rozwoju kształcenia i szkolenia w Europie spójnych ze strategią Europa 2020 realizowaną w Polsce. Niemalże wszystkie dostępne opracowania, na które powołano się przy przygotowywaniu nowej wersji NPZ wskazują, że poziom i stopień edukacji determinuje zachowania zdrowotne. Im wyższy poziom wykształcenia, tym bardziej poprawne zachowania zdrowotne, większa świadomość „a co za tym idzie mniejsze koszty ponoszone na leczenie i konsekwencje chorób. Uczenie się przez całe życie to także ważny aspekt w perspektywie rozwoju naszego kraju.

Zapotrzebowanie naszej gospodarki na wysoko wykwalifikowany personel zwłaszcza w określonym kierunku jest niezbędnym czynnikiem do dalszego rozwoju naszego kraju a tym samym wzrostu ekonomicznego społeczeństwa. Ekonomia społeczna może stanowić jeden z istotnych elementów Europejskiego Modelu Społecznego oraz polskiej polityki społecznej. Nie rozwiąże ona oczywiście wszystkich problemów społecznych i gospodarczych, ale może znaleźć ważne miejsce w nowej polityce integracji społecznej, czyli procesie, w ramach którego jednostki, środowiska i społeczności zagrożone ubóstwem i wykluczeniem otrzymują szanse, możliwości i zasoby niezbędne do pełnego uczestnictwa w życiu ekonomicznym, społecznym i kulturowym oraz osiągnięcia poziomu i jakości życia na godziwym poziomie. Działania w ramach skoordynowanej polityki publicznej, realizowanej w odniesieniu do programowania strategicznego, wymagają nowego otwarcia – poprzez zdefiniowanie kluczowych pojęć, jasne umiejscowienie kontekstu działań w Europejskim Modelu Społecznym, wyciągnięcie wniosków ze stanu obecnego i precyzyjne określenie celów, rezultatów i kierunków interwencji publicznej. Wyrazem tego jest Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej.²¹

2. PODSTAWA PRAWNA PROGRAMU

Ustawa z dnia ... września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

3. CELE PROGRAMU

3.1 CEL GŁÓWNY

CELEM GŁÓWNYM PROGRAMU JEST

„POPRAWA ZDROWIA I ZWIĄZANEJ Z NIM JAKOŚCI ŻYCIA LUDNOŚCI ORAZ ZMNIEJSZENIE NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU”.

Wskaźniki monitorowania celu głównego:

- **oczekiwana długość życia, współczynnik umieralności ogółem, umieralność niemowląt, wskaźniki 5-letnich przeżyć w nowotworach, 30-dniowa śmiertelność z powodu zawału serca i udaru mózgu, liczba samobójstw, umieralność z powodu wypadków,**
- **odsetek osób palących regularnie i okazjonalnie papierosy, spożycie alkoholu w litrach czystego alkoholu na osobę rocznie, liczba osób z nadwagą i otyłością, odsetek osób podejmujących regularnie aktywność fizyczną,**

²¹ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej. Warszawa 2014

– stopa bezrobocia, wskaźnik zagrożenia ubóstwem, odsetek osób z wykształceniem podstawowym lub niższym.

W miarę dostępności danych analizowane w podziale na wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz poziom dochodów.

3.2 CELE SZCZEGÓŁOWE

Dla osiągnięcia celu głównego niezbędne jest zrealizowanie zadań przypisanych do celów szczegółowych Programu. Cele szczegółowe zostały podzielone na trzy grupy:

- ukierunkowane na problemy zdrowotne
- ukierunkowane na czynniki ryzyka
- tworzenie środowisk prozdrowotnych

Cele szczegółowe będą osiągane poprzez zadania polegające na edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyce chorób, w tym poprzez wczesną diagnostykę i leczenie. Zadania realizowane przez programy polityki zdrowotnej oraz programy prowadzone przez ministerstwa inne niż Ministerstwo Zdrowia, których koniec przypada na lata poprzedzające 2025 r. powinny być kontynuowane.

GRUPA CELÓW SZCZEGÓŁOWYCH 1 – CELE UKIERUNKOWANE NA PROBLEMY ZDROWOTNE

1.1. Zmniejszenie zachorowalności, niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca i udarów mózgu.

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Zgodnie z Narodowym programem wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodnie z Narodowym programem wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016.

Koszt zadania:

Zgodnie z Narodowym programem wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016.

1.2. Zmniejszenie zachorowalności, niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów.

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Zgodnie z Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2025.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodnie z Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2025.

Koszt zadania:

Zgodnie z Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2025.

1.3. Zmniejszenie zachorowalności, niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych nieswoistych chorób układu oddechowego

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Opracowanie i realizacja populacyjnego programu wczesnej diagnostyki przewlekłych nieswoistych chorób układu oddechowego, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz astmy.

Wskaźniki monitorowania:

Liczba osób z nowo rozpoznaną astmą i POChP,

Liczba hospitalizacji (w tym pierwszorazowych) z powodu astmy i POChP.

Koszt zadania:

10 mln.

1.4. Zapobieganie zewnętrznym przyczynom urazów oraz ograniczenie ich skutków zdrowotnych, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych

Organy odpowiedzialne: Minister Zdrowia, Minister Infrastruktury i Rozwoju, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Edukacji Narodowej

Zadania:

Realizacja Krajowego Programu Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego,

Opracowanie i realizacja programu profilaktyki wypadków w szkole,

Opracowanie i realizacja programu profilaktyki wypadków w pracy,

Opracowanie i realizacja programu profilaktyki upadków u osób starszych.

Wskaźniki monitorowania:

Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych związanych z zewnętrznymi przyczynami zgonów i problemów zdrowotnych (zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10),

Liczba wypadków (w tym śmiertelnych) w pracy,

Liczba złamań kości szyjki udowej u osób starszych,

Liczba urazów wśród dzieci i młodzieży szkolnej,

Liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych.

Koszt zadania 30 mln.

1.5. Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia, Minister Pracy i Polityki Społecznej

Zadania:

Opracowanie i realizacja populacyjnego programu zapobiegania depresji i samobójstwom,

Opracowanie i realizacja populacyjnego programu wczesnego wykrywania zaburzeń neurobehawioralnych,

Opracowanie i realizacja populacyjnego programu promocji zdrowia psychicznego,

Opracowanie i realizacja programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania u dzieci i młodzieży,

Opracowanie i realizacja programu dla pracowników socjalnych, pielęgniarek i higienistek szkolnych dotyczącego wczesnego wykrywania zaburzeń psychicznych,

Program profilaktyki uzależnień behawioralnych.

Wskaźniki monitorowania:

Liczba samobójstw i prób samobójczych,

Liczba osób ze zdiagnozowaną depresją,

Wskaźniki korzystania z psychiatrycznej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, kody F.00-F.99),

Liczba osób z rozpoznaniem uzależnień behawioralnych.

Koszt zadania: 40 mln.

1.6. Zmniejszenie zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego

Organy odpowiedzialne: Minister Zdrowia, Minister Pracy i Polityki Społecznej

Zadania:

Zwiększenie dostępności do wczesnej rehabilitacji i prewencji rentowej, w szczególności po urazach i wypadkach,

Zwiększenie świadomości społecznej w zakresie zagrożeń ze strony chorób reumatycznych,

Wskaźniki monitorowania:

Liczba przyznanych rent przyznawanych z tytułu chorób reumatycznych rocznie (ICD M.05-M.06),

Liczba hospitalizacji z tytułu chorób reumatycznych (ICD M.05-M.06).

Koszt zadania: 4 mln.

1.7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom

Organ odpowiedzialny – Minister Zdrowia

Zadania

Usprawnienie systemu monitorowania rozpowszechnienia chorób zakaźnych,

Profilaktyka zakażeń szpitalnych w tym zwalczanie antybiotykoodporności drobnoustrojów,

Promocja szczepień przeciwko grypie, pneumokokom, meningokokom oraz HPV, w tym zwiększenie ich udziału w Programie Szczepień Obowiązkowych,

Usprawnienie monitorowania rozpowszechnienia i działania na rzecz eradykacji odry, polio, różyczki oraz gruźlicy,

Profilaktyka rozpowszechnienia boreliozy,

Profilaktyka zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV, zgodnie z Krajowym Programem Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS oraz opracowanym na jego podstawie Harmonogramem realizacji na lata 2012-2016,

Planowanie i realizacja działań przeciwepidemicznych na wypadek zawleczenia do Polski chorób pasożytniczych i tropikalnych, w tym gorączek krwotocznych.

Wskaźniki monitorowania:

Zapadalność na choroby zakaźne rejestrowana przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny,

Zgodnie z Krajowym Programem Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS oraz opracowanym na jego podstawie Harmonogramem realizacji na lata 2012-2016.

Koszt zadania: 50 mln.

1.8. Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej.

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Opracowanie i realizacja populacyjnego programu promocji zdrowia jamy ustnej, kierowanego w szczególności do dzieci w wieku poniżej 6 r.ż. oraz młodzieży szkolnej.

Wskaźniki monitorowania:

Odsetek dzieci w wieku 6,12 oraz 15 lat z próchnicą.

Koszt zadania: 10 mln.

GRUPA CELÓW SZCZEGÓŁOWYCH 2 CELE UKIERUNKOWANE NA CZYNNIKI RYZYKA

2.1. Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Wsparcie realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu. Cele i zadania na lata 2014-2018²² poprzez:

- skuteczną ochronę przed dymem tytoniowym,
- oferowanie pomocy w rzucaniu palenia,
- informowanie i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu,
- eliminowanie praktyk marketingowych naruszających zakaz reklamy i promocji wyrobów tytoniowych,

²² O którym mowa w ustawie z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm)

- oraz stymulowanie wzrostu cen wyrobów tytoniowych.

Wskaźniki monitorowania:

Liczba osób palących regularnie i okazjonalnie,

Liczba naruszeń zakazu palenia,

Liczba osób korzystających z różnych form pomocy w rzucaniu palenia.

Koszt zadania: 10 mln.

2.2. Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych niewłaściwą dietą oraz przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia, Minister Edukacji Narodowej

Zadania:

Promocja karmienia piersią,

Opracowanie i realizacja przez położne oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej populacyjnego programu edukacji zdrowotnej kierowanej do rodziców dzieci w wieku 0-5 lat,

Opracowanie i realizacja populacyjnego programu edukacji zdrowotnej dotyczącej właściwej diety przez pielęgniarki i higienistki szkolne,

Zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej w prowadzeniu edukacji dotyczącej właściwej diety,

Usprawnienie poradnictwa żywieniowego dla osób objętych opieką stacjonarną,

Opracowanie i realizacja programu edukacji konsumenckiej dotyczącej czytania etykiet, diet, promowania zasad zdrowego żywienia.

Ograniczanie presji marketingowej produktów niezalecanych do spożycia,

Opracowanie i realizacja programu edukacyjnego dotyczącego suplementów diety,

Wspieranie powstawania grup wsparcia dla osób z otyłością prowadzonych przez dietetyków oraz psychologów.

Wskaźniki monitorowania:

Odsetek osób z nadwagą i otyłością w różnych grupach wiekowych,

Spożycie owoców i warzyw,

Odsetek kobiet karmiących piersią do 6 miesiąca życia dziecka,

Koszt zadania: 50 mln.

2.3. Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych spożyciem alkoholu,

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020.

Koszt zadania:

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020.

2.4. Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych niewystarczającą aktywnością fizyczną

Organ odpowiedzialny: Minister Sportu

Zadania:

Zgodne z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodne z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów.

Koszt zadania:

Zgodne z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów.

2.5. Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i wyroby tytoniowe.

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia, Minister Edukacji Narodowej

Zadania:

Zgodnie z Krajowym Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016,

Zgodnie z programem Bezpieczna i Przyjazna Szkoła 2014-2016.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodnie z Krajowym Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016,

Zgodnie z programem Bezpieczna i Przyjazna Szkoła 2014-2016.

Koszt zadania:

Zgodnie z Krajowym Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016,

Zgodnie z programem Bezpieczna i Przyjazna Szkoła 2014-2016.

2.6. Ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami ryzyka w środowisku nauki, pracy i rekreacji oraz poprawa bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia, Minister Infrastruktury i Rozwoju, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Spraw Wewnętrznych, Minister Sportu i Turystyki, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Minister Edukacji Narodowej

Zadania:

Zgodnie z Krajowym Programem Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego,

Zgodnie z Programem wieloletnim „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” - III etap, okres realizacji: lata 2014-2016,

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodnie z Krajowym Programem Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego,

Zgodnie z Programem wieloletnim „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” - III etap, okres realizacji: lata 2014-2016,

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020.

Koszt zadania:

Zgodnie z Krajowym Programem Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego,

Zgodnie z Programem wieloletnim „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” - III etap, okres realizacji: lata 2014-2016,

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020.

**GRUPA CELÓW SZCZEGÓŁOWYCH 3
TWORZENIE ŚRODOWISK SPRZYJAJĄCYCH ZDROWIU**

3.1. Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Opracowanie i realizacja programu poprawy jakości opieki okołoporodowej,

Opracowanie i realizacja programu ukierunkowanego na zwiększenie kompetencji kadr w zakresie profilaktyki i edukacji dotyczących czynników ryzyka występujących przed i w trakcie ciąży.

Wskaźniki monitorowania:

Umieralność wczesna niemowląt (w pierwszym tygodniu życia),

Liczba dzieci z rozpoznaniem FAS i FASD.

Koszt zadania: 10 mln.

3.2. Zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia

Organ odpowiedzialny: Minister Edukacji Narodowej, Minister Zdrowia, Minister Sprawiedliwości, Minister Spraw Wewnętrznych, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Sportu

Zadania:

Zgodnie z Krajowym Programem Przeciwdziałania Przemocy w rodzinie na lata 2014–2020,

Zgodnie z programem Bezpieczna i Przyjazna Szkoła 2014-2016,

Zgodnie z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów,

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020,

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016,

Zgodnie z Krajowym Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016,

Opracowanie i realizacja programu pomocy dla ofiar przemocy, w tym dostępu do pomocy prawnej.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodnie z Krajowym Programem Przeciwdziałania Przemocy w rodzinie na lata 2014–2020,

Zgodnie z programem Bezpieczna i Przyjazna Szkoła 2014-2016,

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020,

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016,

Zgodnie z Krajowym Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016,

Zgodnie z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów.

Koszt zadania:

Zgodnie z Krajowym Programem Przeciwdziałania Przemocy w rodzinie na lata 2014–2020,

Zgodnie z programem Bezpieczna i Przyjazna Szkoła 2014-2016,

Zgodnie z Narodowym Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016-2020,

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016,

Zgodnie z Krajowym Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016,

Zgodnie z zadaniami finansowanymi w ramach Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów.

3.3. Wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu

Organ odpowiedzialny: Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Zdrowia

Zadania:

Zgodnie z Załoženiami Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020,

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodnie z Załoženiami Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020,

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016.

Koszt zadania:

Zgodnie z Załoženiami Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020,

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016.

3.4. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, w tym wspieranie opiekunów nieformalnych tych osób

Organ odpowiedzialny: Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Zdrowia

Zadania:

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016,

rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób niesamodzielnych dostosowanych do ich potrzeb i możliwości,
Zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności poprzez rozwój usług opiekuńczych,
Opracowanie i wdrożenie systemu teleopieki oraz wykorzystanie innowacyjnych technologii w ułatwieniu organizacji opieki dla osób niesamodzielnych,
Stworzenie systemu wsparcia psychologicznego i opieki wytchnieniowej dla opiekunów nieformalnych na poziomie lokalnym.

Wskaźniki monitorowania:

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016.

Koszt zadania:

Zgodnie z Krajowym Programem Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016.

3.5. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności i wody

Organ odpowiedzialny: Główny Inspektor Sanitarny

Zadania:

Realizacja zadań przewidzianych ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

Wskaźniki monitorowania:

Liczba zatruc pokarmowych zgłoszonych w ramach systemu nadzoru.

Koszt zadania:

W ramach środków pozostających w dyspozycji Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

4. ZALECANE DZIAŁANIA UMOŻLIWIAJĄCE I WSPIERAJĄCE REALIZACJĘ NPZ ZE STRONY ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ I JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Dla osiągnięcia celów szczegółowych niezbędne jest również podjęcie szeregu działań umożliwiających prowadzenie polityki zdrowotnej w oparciu o dowody naukowe, wiarygodną, aktualną i rzetelną informację o stanie zdrowia, rozpowszechnieniu czynników ryzyka a także skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego. Dla osiągnięcia celów szczegółowych określa się katalog zadań umożliwiających i wspierających realizację NPZ.

4.1. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego (w tym monitoring w ramach NCD oraz H2020)

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Badanie epidemiologiczne rozpowszechnienia przewlekłych chorób niezakaźnych, zaburzeń psychicznych, chorób zakaźnych,

Systematyczny monitoring sposobu żywienia, stanu odżywienia i aktywności fizycznej, poziomu wiedzy, postaw i wzorców zachowań dotyczących palenia tytoniu, spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,

Poprawa sposobu kodowania przyczyn zgonów przez lekarzy.

Wskaźniki monitorowania:

Stopień objęcia monitoringiem wskaźników ewaluujących NPZ.

Koszt zadania: 20 mln.

4.2. Prowadzenie działalności badawczej w zdrowiu publicznym w odniesieniu do analizy wpływu czynników ryzyka na zdrowie oraz skuteczności i efektywności interwencji populacyjnych;

Organ odpowiedzialny: Minister Zdrowia

Zadania:

Opracowanie projektów interwencji w zdrowiu publicznym związanych z profilaktyką uzależnień, zapobieganiem przewlekłym chorobom niezakaźnym,

Wskaźniki monitorowania:

Koszt zadania: 5 mln.

4.3. Zapewnienie zasobów niezbędnych do realizacji zadań, w tym koordynacji międzyresortowej i pomiędzy administracją rządową i samorządową;

Organ odpowiedzialny: Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego

Zadania:

Zapewnienie spójności działań administracji rządowej i samorządowej, poprzez współpracę w ramach Rady do Spraw Zdrowia Publicznego oraz Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia.

Wskaźniki monitorowania:

Liczba posiedzeń Rady oraz Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia.

Koszt zadania:

W ramach posiadanych środków.

4.4. Zapewnienie kompetentnych kadr dla zdrowia publicznego

Do realizacji zadań przewidzianych w Programie rekomenduje się zatrudnienie osób z wykształceniem lub specjalizacją z zakresu zdrowia publicznego w jednostkach samorządu terytorialnego oraz urzędach wojewódzkich.

4.5. Zapewnienie przejrzystości, partycypacji i konsultowania planowanych, realizowanych działań i współpraca przy ich ocenie z organizacjami pozarządowymi i innymi uczestnikami systemu.

Przy utworzonej ustawą o zdrowiu publicznym Radzie do Spraw Zdrowia Publicznego, pełniącą funkcję opiniotwórczo-doradczą Pełnomocnika i stanowiącą forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego utworzy się zespół dotyczący konsultowania działań na rzecz zdrowia publicznego z udziałem organizacji pozarządowych, w tym organizacji pacjenckich.

5. OPIS DZIAŁAŃ RELIZOWANYCH W POPRZEDNIEJ EDYCJI PROGRAMU

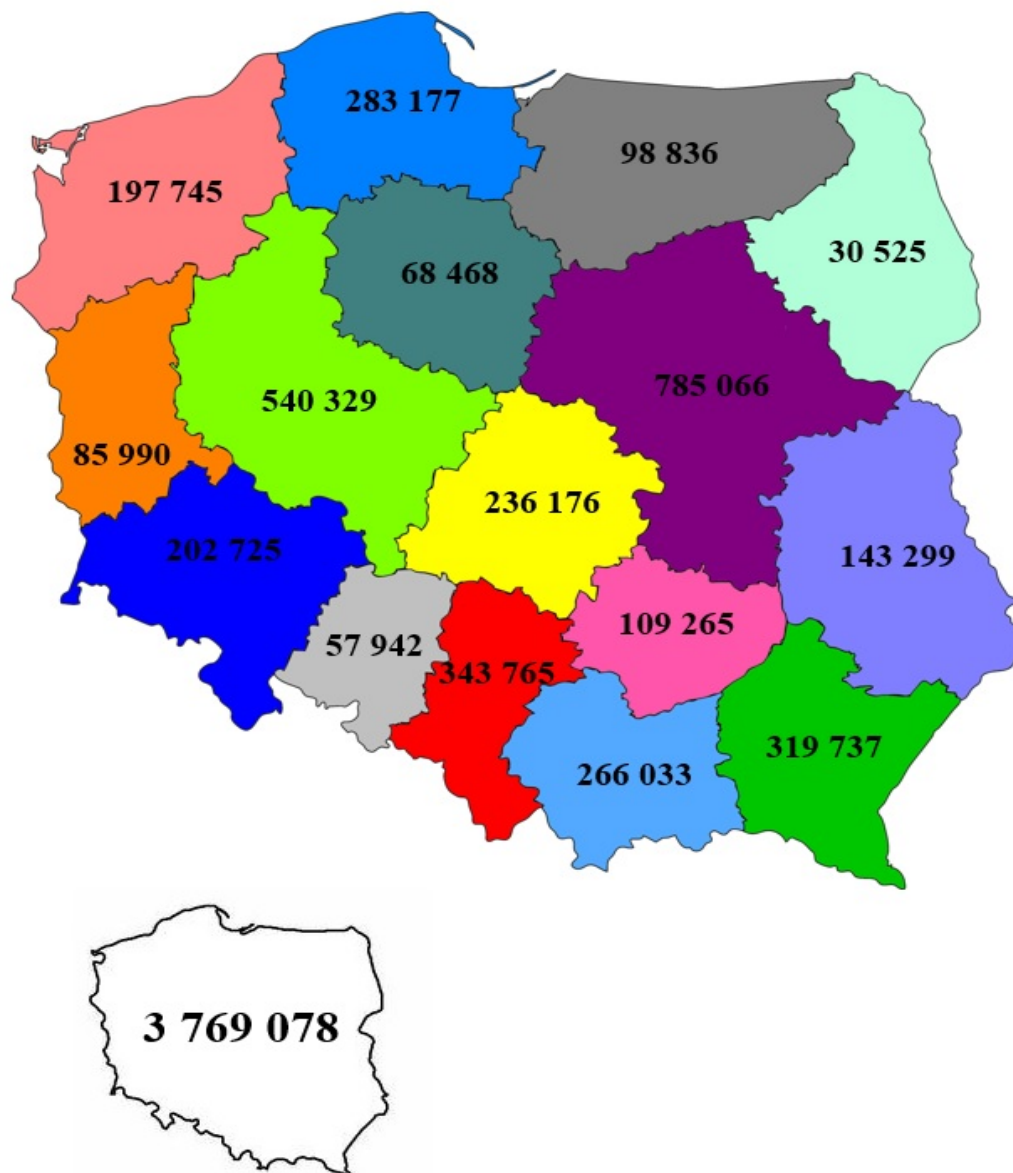
Działania podejmowane w ramach NPZ 2007-2015

Realizacja działań jednostek samorządu terytorialnego przyczyniła się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Podstawowe korzyści z realizacji zadań przez samorządy to:

- usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej,
- rozwój współpracy jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa,
- poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.

Dane z monitoringu NPZ 2007-2015

Wyniki monitorowania realizacji Narodowego Programu Zdrowia w 2013 r. wskazały, że całościowo programami zdrowotnymi w ramach realizacji celów operacyjnych NPZ we wszystkich województwach objęto ponad 3 769 078 osób. Należy jednak zaznaczyć, że liczba ta nie powinna być traktowana jako w pełni miarodajna, ponieważ nie wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wskazywały na liczbę populacji objętej realizowanym programem zdrowotnym wpisującym się w dany cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia, ponadto pewna część populacji mogła być objęta więcej niż jednym programem. Nie jest zatem możliwe wskazanie rzeczywistej liczby populacji, do której skierowano działania w ramach celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia.



Mapa nr 1

Liczba osób objętych programami zdrowotnymi w ramach realizacji celów i zadań Narodowego Programu Zdrowia w 2012 r.

Największą liczbę populacji objętą ww. działaniami odnotowano w województwie śląskim – 337 663 osoby (16% szacunkowej liczby) oraz w województwie mazowieckim – 352 781 osób (13% szacunkowej liczby), zaś najmniejszą liczbę odnotowano w województwie lubuskim – 107 374 osoby (0,5% szacunkowej liczby).

Wstępna analiza form działań stanowiących program zdrowotny podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego na rzecz realizacji Narodowego Programu Zdrowia wykazała, iż rzeczywista liczba zrealizowanych w 2012 r. programów zdrowotnych wyniosła 2 954. Największą liczbę programów zdrowotnych zrealizowanych na rzecz Narodowego Programu Zdrowia odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (384), zaś najmniejszą w województwie kujawsko-pomorskim (53).

Należy podkreślić widoczną tendencję wypełniania przez jednostki samorządu terytorialnego głównie programów zdrowotnych łatwo policzalnych, takich jak szczepienia przeciwko grypie czy rakowi szyjki macicy. Może to być spowodowane zarówno koniecznością udokumentowania poniesionych wydatków, jak i brakiem znajomości mierników niefinansowych, które mogą być wykorzystywane do oceny realizacji założeń Narodowego Programu Zdrowia.

6. STRATEGIE PAŃSTWOWE POWIĄZANE Z ZAKRESEM TEMATYCZNYM PROGRAMU

Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020

"Perspektywa uczenia się przez całe życie"

Program promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży 2013-2016

Rządowy Program "Bezpieczna i Przyjazna Szkoła"

"Pomoc Państwa w zakresie dożywiania" na lata 2014-2020

Krajowy "Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie" na lata 2014-2020

Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy - III etap na lata 2014-2016

Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020

Solidarność pokoleń - działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+

Program ratownictwa i ochrony ludności na lata 2014-2020

Programy realizowane przez Ministerstwo Zdrowia:

[Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych;](#)

[Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD;](#)

[Program Wieloletni na lata 2011-2020 "Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej";](#)

[Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym;](#)

[Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017;](#)

[Program badań przesiewowych noworodków w Polsce;](#)

[Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015;](#)

[Zapewnienie samowystarczalności RP w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych;](#)

[Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne;](#)

[Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej;](#)

[Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce;](#)

[Program Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016;](#)

[Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego;](#)

Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce na lata 2014-2018.

Programy realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia:

4. Program profilaktyki raka piersi (mammografia);
5. Program profilaktyki raka szyjki macicy;
6. Program profilaktyki gruźlicy;
7. Program badań prenatalnych;
8. Program profilaktyki chorób układu krążenia;
9. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP).

Programy realizowane przez inne ministerstwa:

1. Ministerstwo Edukacji Narodowej – "Bezpieczna i Przyjazna Szkoła"

2. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej - "Pomoc Państwa w zakresie dożywiania" na lata 2014-2020; "Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie" na lata 2014-2020; „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” - III etap na lata 2014-2016; „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020”; program „Solidarność pokoleń Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”;
3. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych – „Program ratownictwa i ochrony ludności na lata 2014-2020”.

7. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Program jest finansowany ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia ... września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...) oraz:

- 1) ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz innych ministrów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego,
- 2) ze środków pozostających w dyspozycji jednostek samorządu terytorialnego,
- 3) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto na realizację Programu będą przeznaczane środki przewidziane na funkcjonowanie programów o których mowa w:

- a) art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
- b) art. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- c) art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- d) art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- e) art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w szczególności w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS,
- f) innych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej.

8. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA PROGRAMU

WSKAŹNIK	ROZRÓŻNIENIE NA:			ŹRÓDŁO WSKAŹNIKA
	wiek	płeć	inne czynniki	
Oczekiwana długość życia				GUS
Współczynnik umieralności noworodków na 1000 żywych urodzeń				GUS
Współczynnik przedwczesnej umieralności z powodu czterech głównych chorób niezakaźnych (ch. ukł. krążenia; nowotwory złośliwe; cukrzyca; przewlekłe ch.d. oddechowych).				GUS
Współczynnik umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych i urazów				GUS
Standaryzowany względem wieku				GUS

współczynnik rozpowszechnienia nadwagi i otyłości u osób powyżej 18 r.ż.	
Procentowa liczba dzieci zaszczepionych przeciw odrze, polio i różyczce	rutynowo przez GIS
Współczynnik umieralności z powodu przypadkowych zatruc alkoholem	PARPA i GUS
Współczynnik umieralności z powodu samobójstw	KGP GUS
Współczynnik umieralności z powodu upadków	KGP
Liczba śmiertelnych wypadków przy pracy	GUS
Liczba ciężkich wypadków przy pracy	GUS
Liczba stwierdzonych chorób zawodowych	GUS
Odsetek osób podejmujących aktywność fiz. W badanym okresie	GUS
Odsetek osób podejmujących regularnie aktywność fiz. W badanym okresie	GUS
Dmft - wskaźnik próchnicy w uzębieniu mlecznym	WHO
Współczynnik umieralności z powodu zażywania substancji psychoaktywnych	
Chorobowość szpitalna - Współczynniki na 10000 mieszkańców	NIZP-PZH
Średnia długość pobytu w dniach	NIZP-PZH
Współczynnik zakażeń HIV wywołanych zażywaniem narkotyków	NIZP-PZH

Beata Małecka – Libera, Pełnomocnik Rządu ds. Ustawy o Zdrowiu Publicznym Co nam da Narodowy Program Zdrowia?

Pełny tekst wywiadu na stronie www.medexpress.pl maja 2015

Rozmawiała Aleksandra Kurowska

A oto wybrane fragmenty odpowiedzi Pani Wiceminister Beaty Małeckiej – Libery

- Harmonogram legislacyjny przewiduje pierwsze czytanie projektu ustawy w sejmie jeszcze w tej kadencji.
- Program będzie zawierał cele strategiczne, operacyjne, będzie pokazywał realizatorów i źródła finansowania.
- Projekt NPZ jest przygotowywany przez Departament Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, przy współpracy z wiodącymi ekspertami zdrowia publicznego w poszczególnych obszarach, jak np. profilaktyka uzależnień czy prawidłowe żywienie.
- Jestem przekonana, że wszystkie choroby cywilizacyjne, trapiące największą część społeczeństwa, związane z czynnikami ryzyka zostaną ujęte w programie. Jasno wskażemy, które czynniki ryzyka są dla Polaków najgroźniejsze, jakie grupy schorzeń generują, jakie kierunki działań będą strategiczne w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji. Poza tym, w tworzeniu NPZ bierzemy też pod uwagę zobowiązania międzynarodowe przyjmowane w ostatnich latach, dotyczące właśnie redukcji czynników ryzyka.
- Wspieram projekt poselski, a szczepienia są jedną z pierwszych i zarazem najskuteczniejszych broni w walce o zdrowie populacji.

A.K.: A pani zdaniem, które ze szczepień powinny trafić do kalendarza dla wszystkich dzieci?

- Aby populacyjne działania profilaktyczne miały sens i przynosiły rzeczywiste korzyści, muszą być systematycznie i konsekwentnie realizowane przez lata.
- Jestem zdecydowanie za edukacją, profilaktyką, zmianą świadomości i za przemodelowaniem naszego podejścia do dbania o zdrowie...Program walki z otyłością i zastopowanie jej wzrostu do 2020 r. będzie jednym z najważniejszych naszych priorytetów w NPZ. To będzie duży program przeciwko nadwadze i otyłości, skierowany do dzieci, obejmujący i żywienie, i **aktywność fizyczną**.
- Nie zabierzemy żadnych pieniędzy, które mają samorzady na programy profilaktyczne.
- Nawyki żywieniowe kształtują się głównie w dzieciństwie, dlatego uważam, że reklamy dla dzieci w wieku do lat 12. absolutnie powinny zniknąć.
- Trwają prace nad implementacją unijnej dyrektywy dotyczącej palenia... duże zmiany planujemy w zakresie e-papierosów.
- Ustawa pozwoli na ujednoczenie i ułatwienie wywiązywania się z obowiązków sprawozdawczych przez samorzady.

Zródło: „[Służba Zdrowia](#)”