

L I D E R

PROMOCJA ZDROWIA, KULTURA ZDROWOTNA I FIZYCZNA

Numer 5. 2013 /268/



SZKOLNY
ZWIĄZEK
SPORTOWY



INSTYTUT
KARDIOLOGII

Świat jest pełny ludzi podłych i bezwzględnych, którzy wykorzystują każdy pretekst, żeby usprawiedliwić swoją bigoterię lub destrukcyjne działania. Można się spodziewać, że tacy ludzie będą skwapliwie nadawali rozgłos tematom, które wydają się zgodne z ich przekonaniami, aby dowieść słuszności swoich racji. (Steven Pinker)



Liderki projektu „Czas na zdrowie „ ze szkoły nr 43 z Krakowa. (patrz artykuł wewnątrz numeru)

W numerze między innymi :

Zbigniew Cendrowski – Drodzy czytelnicy

Wybór myśli – Nauka a Religia

Czy i kiedy powstanie dobra Ustawa o Zdrowiu Publicznym

Joanna Mucha, Ministra Sportu – Złote, srebrne, brązowe - reforma sportu polskiego.

Józef Drabik - „Polska w ruchu” – wyzwanie dla zdrowia publicznego

Renata Podlasińska - Czas na Zdrowie

Feliks Rochowicz - Kształtowanie kondycji fizycznej w treningu obwodowym

Ewa Rydzińska – będzie zakaz stosowania fosforanów w detergentach

Paweł Woźny – czy można odrzucić aktywność fizyczną

Zbigniew Cendrowski – Rekomendacje (Starosta, Reynolds, Wamper, Świat Nauki)

Nagrody w ogólnopolskim konkursie "Żyj smacznie i zdrowo" przyznane

Drodzy czytelnicy



W miarę jak się starzeję wymieniam moje foto. To już piąta zmiana. Może wystarczy ?

Blisko 5 miesięcy temu rozpoczęliśmy wspólną pracę nad Pomarańczową Księgą Promocji Zdrowia, Kultury Zdrowotnej i Fizycznej. Pisałem już wtedy a w toku prac nad Księgą utwierdziłem się w przekonaniu, że :

1) Nie należy dążyć do finalizacji prac nad Księgą, jeżeli w ogóle takie przedsięwzięcie nadaje się do jakiegoś zakończenia. Problem jaki rozważamy ma bowiem charakter dynamiczny. Bardzo szybko pojawiają się i zmieniają warunki w jakich rozważamy cele. Równie ważne jak efekt końcowy jest to wszystko co powiemy „po drodze”, kiedy możemy sobie pozwolić na bardziej szczegółowe rozważania.

2) Kiedy analizujemy tego typu opracowania uderza ich podobna struktura, treści i ostatecznie podobne wnioski, zalecenia, rekomendacje.

Lider3000@poczta.onet.pl
www.lider.szs.pl

Niezwykle trudno jest, wobec wielkiej mnogości rozlicznych opracowań o zbliżonym charakterze, nie ulec pokusie pójścia tradycyjnym szlakiem: epidemiologia, diagnoza, cytaty, rekomendacje. Tymczasem problem tkwi gdzie indziej : jak spowodować aby te słuszne, niezliczone zalecenia i wnioski były realizowane.

3) Biorąc pod uwagę mnogość opracowań sporządzanych przez liczne grona wybitnych specjalistów z różnych dziedzin, na zuchwałstwo i bezkrytycyzm wobec własnych możliwości zakrawa zamiar sporządzenia Księgi z nadzieją, że ma się cokolwiek nowego do powiedzenia. Wszelako kilka następujących okoliczności podtrzymuje mnie w tym zamiarze :

a.) Daleko występująca dezintegracja środowisk naukowych, która powoduje, że tak trudno łączyć wnioski z różnych dziedzin. Stąd niepełne wykorzystanie dorobku nauki. Przypomina to (zachowując odpowiednie proporcje) poszukiwania jedności pomiędzy teorią względności a mechaniką kwantową

b.) Środowisko naukowe kultury fizycznej, które doskonale potrafi rozpoznać i określić podstawowe normy, zasady i konieczności dotyczące biologicznych i fizjologicznych potrzeb i występujących w tym zakresie zaniedbań, nie potrafi z dostateczną determinacją wprowadzić swych przedstawicieli „na salony” wielkiej nauki, by tam mogli skutecznie włączać do kanonu zachowań skutecznych człowieka konieczność i potrzebę aktywności fizycznej dla zdrowia jako podstawę wszystkich innych powodzeń. Swoiste intelektualne lenistwo środowiska kultury fizycznej powoduje też dryf w stronę łatwiejszych i bardziej spektakularnych dziedzin jak sport wyczynowy, który coraz bardziej dominuje.

c.) Z drugiej strony nauki rozpatrujące cywilizacyjne uwarunkowania powodzenia człowieka nie potrafią skorzystać z dorobku nauk o kulturze fizycznej i wpisać do katalogu koniecznych działań także działań prozdrowotnych. Nauki te reprezentowane są przez medycynę, która odnosząc wielkie, wąsko specjalistyczne sukcesy kliniczne, zapomniała o tym, że to jej przedstawiciele stworzyli podwaliny i sformułowali główne zasady zdrowego stylu życia i aktywności fizycznej.

4) Zdezorientowane, niedostatecznie poinformowane i niezbyt zdeterminowane środowisko decydentów i polityków prowadzi na bazie takich niedostatków politykę spektakularnych działań, powierzchownych co do środków i nikłych co do celów, kampanii i akcji, które służą politykom (grzanie się w blasku olimpijskich medali) ale nie służą zdrowiu. To temat już nie rzeka, ale ocean.

Zbigniew Cendrowski
Redaktor Naczelny

Spis treści :

ZBIGNIEW CENDROWSKI

Drodzy czytelnicy

Nauka a Religia – wybór myśli

Czy i kiedy powstanie dobra **Ustawa o Zdrowiu Publicznym** – wybór dokumentów

JOANNA MUCHA, Ministra Sportu i Turystyki. Złote, srebrne, brązowe. Reforma sportu polskiego. Wpis na blogu w kancelarii Premiera

JÓZEF DRABIK

„Polska w ruchu” – wyzwanie dla zdrowia publicznego (fragment książki)

RENATA PODLASIŃSKA

Czas na Zdrowie

FELIKS ROCHOWICZ

Kształtowanie kondycji fizycznej w treningu obwodowym

EWA RYDZYŃSKA

będzie zakaz stosowania fosforanów w detergentach

PAWEŁ WOŹNY

czy można odrzucić aktywność fizyczną?

ZBIGNIEW CENDROWSKI

Rekomendacje książek (Starosta, Reynolds, Wamper, Świat Nauki)

Nagrody w ogólnopolskim konkursie
"ŻYJ ZDROWO"

Nauka a Religia

1. W żadnym ze znanych mi systemów logicznych nie sposób dowieść, że Boga nie ma, albo przeciwnie – udowodnić, że istnieje. (Philip W. Anderson)
2. Lęk przed wywołaniem nienawiści religijnej sprawia, że jesteśmy niezdolni do krytykowania idei, które są ponad wszelką wątpliwość absurdalne i w coraz większym stopniu dezadaptacyjne. (Sam Harris)
3. Konflikt między nauką a formalną religią zakończy się kiedy nauka zacznie odgrywać w życiu wszystkich ludzi rolę podobną do tej, jaką odgrywa dzisiaj religia. (Carolyn C. Porco)
4. W sercu wszystkich dociekań naukowych tkwi głębokie dążenie duchowe – pragnienie, aby pojąć, wiedzieć, doświadczyć poczucia więzi poprzez zrozumienie tajemnic świata przyrody, odczuć, że jest się częścią większej całości. (Carolyn C. Porco)
5. Pośmiertne nagrody nie kosztują teologów ani grosza – chóry anielskie zaśpiewają na Twoją cześć, a siedemdziesiąt dwie dziewice będą gotowe na każde Twoje skinienie. (Robert R. Provine)
6. Może istnieje wielki projekt, który czeka na realizację – przedsięwzięcie zintegrowania dwóch ważnych źródeł wiedzy i przekonań we współczesnym świecie : nauki i religii. (Stephen M. Kosslyn)
7. Bóg jest sposobem myślenia, utrwalonym przez proces doboru naturalnego, jest częścią naszego biologicznego wyposażenia. (Jesse Bering)
8. Religia, podobnie jak matematyka, jest ewolucyjnym produktem ubocznym rozmaitych zdolności umysłowych ludzkiego mózgu. (Scott Atran)
9. Fakt, że religię można poddać obiektywnej analizie, w niczym nie umniejsza jej subiektywnego znaczenia dla ludzkiego życia. (Scott Atran)
10. Nauka nie jest zbyt dobrze przygotowana do radzenia sobie z doświadczanymi przez ludzi lękami egzystencjalnymi. Religia jest nadzieją, której brakuje w nauce. (Scott Atran)

Czy i kiedy powstanie dobra Ustawa o Zdrowiu Publicznym

Pracując nad Pomarańczową Księgą Promocji Zdrowia Kultury Zdrowotnej i Fizycznej wciąż spotykam się z opiniami i postulatami o potrzebie jakiegoś ogólniejszego i gruntownego uporządkowania całokształtu spraw zdrowia publicznego zarówno od strony merytorycznej jak i prawnej. Do tej pory problematyka ta była regulowana kolejnymi wersjami Narodowego Programu Zdrowia oraz ustawami o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej i Ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych. System ten był uzupełniany i rozwijany w licznych dokumentach o randze międzynarodowych i krajowych programów. W Liderze wielokrotnie pisaliśmy o licznych słabościach tego systemu zwracając szczególnie uwagę na cztery słabości systemu : 1/ dezintegrację działań, 2) słabą ekspozycję zadań profilaktycznych i edukacyjnych 3/ niedostateczny monitoring i zaniedbania w sferze realizacji 4/ I co szczególnie istotne dla naszego środowiska kultury fizycznej, wyraźnie niedostateczną ekspozycję w tych dokumentach problemów zdrowego stylu życia, w tym systematycznej aktywności fizycznej. Jest to w pewnym sensie zrozumiałe wobec nikłej aktywności naszego środowiska w tworzeniu takich dokumentów. a także niedoceniań środków jakie daje kultura fizyczna w tworzeniu programów prozdrowotnych. W ramach debaty nad tymi problemami i w odpowiedzi na liczne w tej kwestii zapytania wybrałem kilka dokumentów, różnej rangi i stanu zaawansowania, ale które pozwalają zgrubsza zapoznać się z tokiem prac nad Ustawą o Zdrowiu Publicznym i mogą zachęcić zainteresowanych do bardziej szczegółowego ich rozpoznania i interpretacji. Jest to oczywiście wybór dalece niepełny i niezupełnie skompatybilizowany. Nie wiemy obecnie na jakim etapie są prace nad Ustawą i jakie mogą być rokowania. Wystosowałem w tej sprawie stosowne zapytanie do Ministerstwa Zdrowia. Uważna analiza „założeń do ustawy” daje pewne nadzieje na sukces. Czy tak będzie zobaczymy. Konieczne wydaje się też zaktywizowanie środowiska kultury fizycznej w pracach nad Ustawą. *(Zbigniew Cendrowski)*

Ustawa o Zdrowiu Publicznym Wykaz prac legislacyjnych i pozalegisacyjnych

Numer projektu	ZD11
Tytuł	Założenia do projektu ustawy o zdrowiu publicznym
Rodzaj dokumentu	założenia do projektów ustaw
Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	Kwestie dotyczące zdrowia publicznego są uregulowane w wielu aktach prawnych, zarówno rangi ustawowej, jak i w przepisach wykonawczych. W wyniku przeprowadzonej analizy systemu prawnego sektora zdrowotnego oraz zgłaszanych postulatów środowisk medycznych i pacjentów, należy sformułować wniosek o braku należytych jednolitych ram legislacyjnych regulujących kwestie związane ze zdrowiem publicznym. Obecnie termin „zdrowie publiczne” w kontekście systemowym znajduje się

jedynie w ustawie o państwowej inspekcji sanitarnej, ustawie o inspekcji weterynaryjnej oraz ustawie o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wymienione akty prawne nie podejmują jednak próby usystematyzowania siatki pojęciowej związanej

z problematyką zdrowia publicznego, wskazania wszystkich organów administracji państwowej odpowiedzialnych za realizację zadań związanych ze zdrowiem publicznym oraz nie wskazują koordynatora polityki państwa w tym zakresie. Dodatkowo istniejący program monitorowania zdrowia ludności kraju nie ma wystarczającego umocowania w przepisach prawnych, co utrudnia jego realizację, a co z tym związane - stworzenie sprawnej polityki państwa w tym zakresie. Powyższy stan prawny wskazuje na konieczność przygotowania aktu prawnego, który kompleksowo ureguluje przedmiotowe kwestie.

Istotą projektu ustawy o *zdrowiu publicznym* jest wprowadzenie zmian legislacyjnych tworzących ramy dla systemu zdrowia publicznego w Polsce, stworzenie prawnych warunków funkcjonowania zdrowia publicznego, wdrożenie i ustalenie kompetencji wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za realizację zdrowia publicznego, w tym administracji publicznej, rządowej i samorządowej oraz podległych im instytucji zdrowia publicznego. Skutkować to powinno stworzeniem jednolitej i spójnej regulacji prawnej, obejmującej zakresem swojego obowiązywania szerokiego spektrum zagadnień dotyczących czynników warunkujących stan zdrowia populacji oraz sposobów oddziaływania na te czynniki, a także zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i niezakaźnych. Projektowana ustawa powinna objąć swoim zakresem w szczególności: ustalenie zasad organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego, założenia, cele i strategię finansowania działań w tym zakresie, sposoby identyfikacji i przeciwdziałania głównym zagrożeniom zdrowia publicznego, w tym cele i zadania działań na rzecz profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Projektowana ustawa powinna szczegółowo regulować zasady systemu zdrowia publicznego, które będą służyć eliminacji oraz ograniczeniu występowania i rozpowszechniania chorób, wypadków, urazów i zatruc oraz innych przyczyn problemów zdrowotnych powodujących niepełnosprawność trwałą uszczerbek na zdrowiu, przedwczesny zgon. Powyższe cele ustawodawca zamierza osiągnąć poprzez monitorowanie stanu zdrowia, promocję zdrowia poprzez tworzenie właściwych warunków społecznych dla udziału jednostki, grup, społecznych i państwa w kształtowaniu własnego zdrowia, inicjowanie przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia, tworzenie warunków ułatwiających zachowania prozdrowotne, profilaktykę chorób oraz realizowanie programów zdrowotnych. W projektowanej ustawie zostaną zawarte

Istota rozwiązań ujętych w projekcie

regulacje odnoszące się do obowiązków władz publicznych oraz innych podmiotów, w zakresie wykonywania zadań dotyczących profilaktyki i edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia (obecnie są to min. zadania realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia). Istotnym elementem projektowanej ustawy będzie edukacja zdrowotna, która stanie się niezbędnym elementem programów profilaktycznych i interwencyjnych mających na celu poprawę zdrowia społeczeństwa.

Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu za Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za opracowanie projektu za Igor Radziejewicz - Winnicki Podsekretarz Stanu

Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM za Ministerstwo Zdrowia

Planowany termin przyjęcia projektu przez RM

Informacja o rezygnacji z prac nad projektem (z - podaniem przyczyny)

Data modyfikacji : 29 października 2012, 08:24

Założenia do projektu ustawy o zdrowiu publicznym .

Źródło: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Monitorowanie stanu zdrowia, promocja zdrowia przez tworzenie właściwych warunków społecznych w kształtowaniu zdrowia, inicjowanie przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia, tworzenie warunków ułatwiających zachowania prozdrowotne, profilaktykę chorób oraz realizowanie programów zdrowotnych - to najważniejsze założenia do projektu ustawy o zdrowiu publicznym.

Kwestie dotyczące zdrowia publicznego są uregulowane w wielu aktach prawnych, zarówno rangi ustawowej, jak i w przepisach wykonawczych. Brak jest należytych jednolitych ram legislacyjnych regulujących kwestie związane ze zdrowiem publicznym. Obecnie ten termin znajduje się jedynie w ustawie o państwowej inspekcji sanitarnej, ustawie o inspekcji weterynaryjnej oraz ustawie o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Wymienione akty prawne nie podejmują jednak próby usystematyzowania siatki pojęciowej związanej z problematyką zdrowia publicznego, wskazania wszystkich organów administracji państwowej odpowiedzialnych za realizację zadań związanych ze zdrowiem publicznym oraz nie wskazują koordynatora polityki państwa w tym zakresie.

Dodatkowo istniejący program monitorowania zdrowia ludności kraju nie ma wystarczającego umocowania w przepisach prawnych, co utrudnia jego realizację, a co z tym związane - stworzenie sprawnej polityki państwa w tym zakresie.

Istotą projektu ustawy o zdrowiu publicznym jest wprowadzenie zmian legislacyjnych tworzących ramy dla systemu zdrowia publicznego w Polsce, stworzenie prawnych warunków funkcjonowania zdrowia publicznego, wdrożenie i ustalenie kompetencji wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za realizację zdrowia publicznego, w tym administracji publicznej, rządowej i samorządowej oraz podległych im instytucji zdrowia publicznego.

Powinno to skutkować stworzeniem jednolitej i spójnej regulacji prawnej, obejmującej zakresem swojego obowiązywania szerokiego spektrum zagadnień dotyczących czynników warunkujących stan zdrowia populacji oraz sposobów oddziaływania na te czynniki, a także zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i niezakaźnych.

Ustawa powinna objąć swoim zakresem przede wszystkim:

- *ustalenie zasad organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego,*
- *założenia, cele i strategię finansowania działań w tym zakresie,*
- *sposoby identyfikacji i przeciwdziałania głównym zagrożeniom zdrowia publicznego, w tym cele i zadania działań na rzecz profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.*

Powinno też szczegółowo regulować zasady systemu zdrowia publicznego, które będą służyć eliminacji oraz ograniczeniu występowania i rozpowszechniania chorób, wypadków, urazów i zatruc oraz innych przyczyn problemów zdrowotnych powodujących niepełnosprawność, trwałe uszczerbek na zdrowiu, przedwczesny zgon.

Cele te ustawodawca zamierza osiągnąć poprzez monitorowanie stanu zdrowia, promocję zdrowia poprzez tworzenie właściwych warunków społecznych dla udziału jednostki, grup, społecznych i państwa w kształtowaniu własnego zdrowia, inicjowanie przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia, tworzenie warunków ułatwiających zachowania prozdrowotne, profilaktykę chorób oraz realizowanie programów zdrowotnych. W projektowanej ustawie zostaną zawarte regulacje odnoszące się do obowiązków władz publicznych oraz innych podmiotów, w zakresie wykonywania zadań dotyczących profilaktyki i edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia (obecnie są to min. zadania realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia).

Istotnym elementem projektowanej ustawy będzie edukacja zdrowotna, która stanie się niezbędnym elementem programów profilaktycznych i interwencyjnych mających na celu poprawę zdrowia społeczeństwa.

Prezydent RP Bronisław Komorowski – potrzeba jest ustawa o zdrowiu publicznym (19.9.2012)

Potrzebna jest ustawa o zdrowiu publicznym - powiedział prezydent Bronisław Komorowski podczas debaty pod hasłem "Jak wspierać zdrowie Polaków". Zwrócił uwagę że to ważna sprawa w kontekście zmian demograficznych w Polsce.

"Chodzi o realną koordynację działań wszystkich instytucji, mających wpływ na zdrowie Polaków" - mówił prezydent podczas debaty zorganizowanej w Pałacu Prezydenckim w ramach Forum Debaty Publicznej.

Bronisław Komorowski wyraził nadzieję że debata, w której wzięli udział m.in. eksperci, pozwoli na sformułowanie podstaw do projektu ustawy o zdrowiu publicznym. Nie wykluczył inicjatywy prezydenckiej w tym zakresie.

"W moim przekonaniu potrzebna jest ustawa, która mówiłaby o zdrowiu publicznym w szerokim ujęciu, nie tylko wąskim, jakim jest problem funkcjonowania i zasad finansowania służby zdrowia" - powiedział.

"Nie mniej ważne od funkcjonowania służby zdrowia jest funkcjonowanie również szeroko pojętego zdrowia publicznego, czyli tego wszystkiego co wiąże się z profilaktyką promocją zdrowia, promocją zdrowego stylu życia, edukacją prozdrowotną tego wszystkiego co w moim przekonaniu powinno stanowić wspólny kompleks z propozycjami i założeniami szeroko zakrojonej reformy systemu opieki zdrowotnej" - mówił prezydent.

Zaznaczył, że w dyskusji na temat zdrowia publicznego trzeba wziąć pod uwagę m.in. zmiany demograficzne zachodzące w społeczeństwie, należy promować "aktywne starzenie się".

"Aktywny styl życia, większy zakres działania prewencyjnego jest jednym ze sposobów na uniknięcie skali chorób i dolegliwości wśród osób starszych" - dodał.

Wiceminister zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki także wskazał na potrzebę stworzenia ustawy o zdrowiu publicznym. Dodał że jednym z pomysłów Ministerstwa Zdrowia jest utworzenie Krajowej Rady Zdrowia Publicznego, która byłaby instytucją ponadministerialną.

Według niego potrzebne jest też przeniesienie do świadomości społecznej myśli, że odpowiedzialność za zdrowie Polaków nie leży w żadnym konkretnym sektorze, a jest to ponadsektorowe. Zwrócił też uwagę, że działania związane ze zdrowiem publicznym są długofalowe i takie muszą być również przygotowywane programy zdrowotne.

Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego prof. Bolesław Samoliński podkreślił, że obecnie mamy system opieki zdrowotnej, ale nie mamy systemu zarządzania zdrowiem publicznym, którego celem byłoby to, aby ludzie długo, zdrowo i aktywnie żyli.

Według niego ze względu na procesy demograficzne i fakt, że coraz więcej seniorów będzie przypadało na liczbę osób pracujących, trzeba zbudować zdrową przyszłość seniorów. W jego ocenie ustawa o zdrowiu publicznym powinna być "gigantyczna" i obejmować wszystkie instytucje związane ze zdrowiem publicznym i odzwierciedlać wielosektorowość tej dziedziny.

"Moje marzenie to taki program, aby zaraził społeczeństwo modą na zdrowie, bo najwięcej czynników prozdrowotnych jest w rękach samych zainteresowanych" - powiedział prof. Samoliński.

Kierownik Centrum-Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego dr Bogdan Wojtyniak podkreślił, że zdrowie Polaków jest wciąż aktualnym wyzwaniem, ponieważ; w tej dziedzinie wypadamy gorzej niż w innych krajach Europy. Jak mówił według badania z 2011 r. 61 proc. dorosłych mężczyzn i 55 proc. dorosłych kobiet w Polsce ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, podczas gdy wskaźnik ten w pozostałych krajach Unii Europejskiej jest wyższy o 10 punktów procentowych. Dodał, że jedną z bolączek Polski jest przedwczesna umieralność. (PAP)

USTAWA z dnia..... 2011 r. o zdrowiu publicznym 1)

Źródło : internet

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1.

Ustawa określa:

- 1) zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz podmioty obowiązane do ich realizacji;
- 2) sposób powoływania, zadania oraz zasady organizacji i funkcjonowania Rady do Spraw Zdrowia Publicznego;
- 3) sposób opracowywania oraz zakres Narodowego Programu Zdrowia Publicznego i wojewódzkich planów zdrowotnych;
- 4) zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Art. 2.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) bezpieczeństwo zdrowotne – stan, który można osiągnąć za pomocą instrumentów prawnych, organizacyjnych i finansowych, umożliwiających ograniczenie lub likwidację zagrożeń dla życia lub zdrowia ludzkiego;
- 2) edukacja zdrowotna – działania ukierunkowane na przekazywanie wiedzy o zdrowiu, chorobach i ich uwarunkowaniach, zmierzające do umożliwienia jednostkom oraz społeczeństwu podejmowania świadomych i dobrowolnych decyzji związanych ze zdrowiem;
- 3) grupy społeczne szczególnie zagrożone lub będące przedmiotem szczególnej troski – grupy charakteryzujące się zachowaniami niekorzystnymi z punktu widzenia zdrowia, narażone na szkodliwe czynniki środowiskowe, a także grupy szczególnie narażone na występowanie określonych chorób lub działanie czynników ryzyka, w szczególności dzieci, kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, osoby w wieku podeszłym, osoby niesamodzielne, osoby niepełnosprawne, osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne;

1) Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawę z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, ustawę z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, ustawę z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii i ustawę z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych.

-
- 4) podstawowe czynniki warunkujące zdrowie – czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe, zachowania zdrowotne, czynniki społeczno-ekonomiczne oraz dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 5) polityka zdrowotna państwa – działania władz publicznych mające na celu zachowanie lub poprawę stanu zdrowia społeczeństwa oraz zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego przez zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, udzielanie świadczeń zdrowotnych, profilaktykę zdrowotną, edukację zdrowotną i promocję zdrowia;
 - 6) potrzeby zdrowotne – potrzeby zdrowotne, o których mowa w art. 5 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.2);
 - 7) profilaktyka zdrowotna – działania mające na celu zapobieganie chorobom lub innym zagrożeniom zdrowotnym;
 - 8) program zdrowotny – program zdrowotny, o którym mowa w art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 9) promocja zdrowia – promocję zdrowia, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 122, poz. 654);

Art. 3.

1. Zdrowie publiczne obejmuje działania międzysektorowe mające na celu zachowanie lub poprawę stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa, które polegają na:

- 1) monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia społeczeństwa w celu identyfikacji jego zagrożeń zdrowotnych oraz określania potrzeb zdrowotnych;

- 2) analizę zagrożeń zdrowotnych społeczeństwa oraz przygotowywanie, wdrażanie i ocenę działań zmierzających do ich rozwiązania lub ograniczenia;
- 3) monitorowanie, analizę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym wynikającym z procesów globalizacji;
- 4) profilaktykę zdrowotną;
- 5) edukację zdrowotną;
- 6) promocję zdrowia;
- 7) ochronę zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania;
- 8) ochronę zdrowia przed skutkami niekorzystnych warunków społecznych;
- 9) ochronę zdrowia przed narażeniami biologicznymi, chemicznymi, fizycznymi oraz ograniczanie ich skutków;
- 10) sprawowanie nadzoru merytorycznego w opiece nad matką i dzieckiem;
- 11) sprawowanie nadzoru nad warunkami zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku;
- 12) zapobieganie wypadkom i urazom oraz ograniczanie ich skutków;
- 13) przeciwdziałanie uzależnieniom oraz ochronę zdrowia przed ich następstwami;

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390 i Nr 81, poz. 440.

-
- 14) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych, powstałych w wyniku używania lub nadużywania alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, których używanie lub nadużywanie jest szkodliwe;
 - 15) tworzenie warunków umożliwiających rozwój osób posiadających wykształcenie z zakresu zdrowia publicznego, realizujących zadania władz publicznych z zakresu zdrowia publicznego;
 - 16) zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób;
 - 17) współpracę z organizacjami i instytucjami międzynarodowymi właściwymi do spraw zdrowia.

Art. 4.

1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia oraz jednostki podległe lub nadzorowane przez tego ministra;
- 2) inne, niż minister właściwy do spraw zdrowia, centralne organy administracji rządowej, w szczególności ministrowie właściwi do spraw: administracji publicznej, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, nauki i szkolnictwa wyższego, rodziny, pracy, zabezpieczenia społecznego, budżetu, finansów publicznych, środowiska i rolnictwa;
- 3) wojewodowie;
- 4) Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”;
- 5) jednostki samorządu terytorialnego;
- 6) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618);
- 7) pracodawcy;

- 8) świadczeniodawcy, o których mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 9) osoby wykonujące zawód medyczny, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 10) uczelnie;
 - 11) przedszkola, szkoły i inne jednostki organizacyjne systemu oświaty;
 - 12) nadawcy w rozumieniu ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. Z 2011 r. Nr 43, poz. 226 i Nr 85, poz. 459).
2. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego uczestniczą również organizacje pozarządowe i inne instytucje, których cele statutowe lub przedmiot działalności stanowią zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia lub mogą mieć wpływ na zdrowie publiczne.

Art. 5.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia koordynuje realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego przez:

- 1) podejmowanie inicjatyw z zakresu zdrowia publicznego;
- 2) opracowywanie założeń polityki zdrowotnej państwa;
- 3) określanie priorytetów zdrowotnych oraz zapewnianie spójności działań podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego z tymi priorytetami;
- 4) opracowywanie rocznych raportów na temat stanu zdrowia społeczeństwa;
- 5) analiza innych danych dotyczących zdrowia publicznego przekazanych przez Prezesa Funduszu i wojewodów w celu realizacji zadań określonych w ustawie;
- 6) zlecenie i nadzorowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej, profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia i innych działań z zakresu zdrowia publicznego.

2. Przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego minister właściwy do spraw zdrowia współpracuje w szczególności z: innymi właściwymi ministrami, Głównym Inspektorem Sanitarnym, Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, Prezesem Funduszu, Prezesem Agencji Oceny Technologii Medycznych, Dyrektorem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, wojewodami, innymi organami administracji rządowej, organami jednostek samorządu terytorialnego oraz organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami, których przedmiot działalności stanowią zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia, zgodnie z ich kompetencjami.

Rozdział 2

Rada do Spraw Zdrowia Publicznego

Art. 6.

1. Przy ministrze właściwym do spraw zdrowia działa Rada do Spraw Zdrowia Publicznego, zwana dalej „Radą”, pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą.

2. Do zadań Rady należy w szczególności:

- 1) przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji inicjatyw z zakresu zdrowia publicznego;
- 2) opiniowanie założeń polityki zdrowotnej państwa;
- 3) opiniowanie projektów aktów prawnych z zakresu zdrowia publicznego;
- 4) opiniowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia Publicznego;
- 5) opiniowanie rocznych raportów na temat stanu zdrowia społeczeństwa;
- 6) realizacja innych zadań z zakresu zdrowia publicznego, zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 7.

1. W skład Rady wchodzi 24 członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym:

- 1) przedstawiciel:

- a) ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - b) Głównego Inspektora Sanitarnego,
 - c) Głównego Inspektora Farmaceutycznego,
 - d) Prezesa Funduszu,
 - e) Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych,
 - f) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego,
 - g) Dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
- 2) konsultant krajowy do spraw zdrowia publicznego;
 - 3) przedstawiciel każdego z wojewodów.
2. Członkiem Rady może być osoba, która:
- 1) posiada wiedzę i doświadczenie w obszarze zdrowia publicznego;
 - 2) posiada wykształcenie z zakresu zdrowia publicznego lub innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
 - 3) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady:
- 1) z własnej inicjatywy;
 - 2) na umotywowany wniosek 2/3 członków Rady lub podmiotu którego jest przedstawicielem;
 - 3) w przypadku:
 - a) złożenia rezygnacji z funkcji,
 - b) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie obowiązków członka Rady,
 - c) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe,
 - d) uchylania się od wykonywania obowiązków członka Rady albo nieprawidłowego wykonywania tych obowiązków.

Art. 8.

- 1. Pracami Rady kieruje przewodniczący Rady, wybrany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu Rady, większością 2/3 głosów w obecności co najmniej połowy członków Rady, w głosowaniu tajnym.
- 2. Rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków.
- 3. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Rady.
- 4. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.3).
- 5. Szczegółowy tryb pracy Rady określa regulamin pracy Rady uchwalony przez Radę i zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Rozdział 3

Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowane przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz wojewodę

Art. 9.

Do zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych przez gminę w ramach ochrony zdrowia, o której mowa w art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591, z późn. zm.4)), należy:

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr

52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672, z 2008 r. Nr 93, poz. 586, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 56, poz. 458, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704, z 2010 r. Nr 105, poz. 655, Nr 135, poz. 912, Nr 182, poz. 1228, Nr 224, poz. 1459. Nr 249, poz. 1655 i Nr 254, poz. 1700 oraz z 2011 r. Nr 36, poz. 181, Nr 63, poz. 322 i Nr 80, poz. 432.

4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. Nr 80, poz. 717 i Nr 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 102, poz. 1055, Nr 116, poz. 1203 i Nr 167, poz. 1759, z 2005 r. Nr 172, poz. 1441 i Nr 175, poz. 1457, z 2006 r. Nr 17, poz. 128 i Nr 181, poz. 1337, z 2007 r. Nr 48, poz. 327, Nr 138, poz. 974 i Nr 173, poz. 1218, z 2008 r. Nr 180, poz. 1111 i Nr 223, poz. 1458, z 2009 r. Nr 52, poz. 420 i Nr 157, poz. 1241 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 142 i 146 i Nr 40, poz. 230.

1) organizacja edukacji zdrowotnej;

2) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie i ewaluacja programów zdrowotnych, w tym programów profilaktycznych, programów wczesnego wykrywania chorób oraz programów promocji zdrowia, w szczególności związanych z prozdrowotną zmianą zachowań i stylu życia oraz tworzeniem warunków umożliwiających tę zmianę;

3) realizacja zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom oraz ochrony zdrowia przed ich następstwami, określonych w:

a) 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.5)),

b) ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.6)),

c) ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.7));

4) opracowywanie oraz przekazywanie staroście rocznych sprawozdań dotyczących przeprowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku.

Art. 10.

Do zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych przez powiat w ramach promocji i ochrony zdrowia, o której mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.8)), należy:

1) organizacja edukacji zdrowotnej;

2) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie i ewaluacja programów zdrowotnych, w tym programów profilaktycznych, programów wczesnego wykrywania chorób oraz programów promocji zdrowia, w szczególności związanych z prozdrowotną zmianą zachowań i stylu życia oraz tworzeniem warunków umożliwiających tę zmianę;

3) opracowywanie oraz przekazywanie marszałkowi województwa rocznych sprawozdań dotyczących przeprowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku.

5) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 770, z

1999 r. Nr 96, poz. 1107, z 2003 r. Nr 229, poz. 2274 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 529.

6) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 144, poz. 1175 oraz z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 127, poz. 857.

7) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Dz. U. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 143, poz. 962, Nr 213, poz. 1396 i Nr 228, poz. 1486 oraz z 2011 r. Nr 63, poz. 322.

8) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1688 i Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. Nr 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 102, poz. 1055 i Nr 167, poz. 1759, z 2007 r. Nr 173, poz. 1218, z 2008 r. Nr 180, poz. 1111 i Nr 223, poz. 1458, z 2009 r. Nr 92, poz. 753 i Nr 157, poz. 1241 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 142 i 146 i Nr 40, poz. 230.

Art. 11.

Do zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych przez samorząd województwa w ramach promocji i ochrony zdrowia, o której mowa w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590, z późn. zm.9)), należy:

1) organizacja edukacji zdrowotnej;

2) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie i ewaluacja programów zdrowotnych, w tym programów profilaktycznych, programów wczesnego wykrywania chorób oraz programów promocji zdrowia, w szczególności związanych z prozdrowotną zmianą zachowań i stylu życia oraz tworzeniem warunków umożliwiających tę zmianę;

3) opracowywanie wojewódzkiego planu zdrowotnego;

4) utworzenie i prowadzenie bazy zawierającej informacje dotyczące realizowanych na obszarze województwa programów zdrowotnych oraz akcji profilaktycznych, promocyjnych i edukacyjnych wraz z wynikami ich ewaluacji;

5) dokonywanie, we współpracy z wojewodą, analizy sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa;

6) realizacja zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom oraz ochrony zdrowia przed ich następstwami, określonych w:

a) ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,

b) ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;

7) opracowywanie oraz przekazywanie wojewodzie, rocznych sprawozdań dotyczących prowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku.

Art. 12.

Przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego:

1) wójt, burmistrz i prezydent miasta współpracuje w szczególności z:

a) starostą powiatu, na obszarze którego położona jest gmina,

b) organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami, o których mowa w art. 4 ust. 2, działającymi na obszarze gminy;

2) starosta współpracuje w szczególności z:

a) wójtami gmin oraz burmistrzami i prezydentami miast, położonych na obszarze powiatu,

- b) marszałkiem województwa, na obszarze którego położony jest powiat,
 - c) państwowym powiatowym inspektorem sanitarnym;
 - d) organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami, o których mowa w art. 4 ust. 2, działającymi na obszarze powiatu;
- 3) marszałek województwa współpracuje w szczególności z:

9) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 153, poz. 1271 i Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. Nr 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 102, poz. 1055, Nr 116, poz. 1206 i Nr 167, poz. 1759, z 2006 r. Nr 126, poz. 875 i Nr 227, poz. 1658, z 2007 r. Nr 173, poz. 1218, z 2008 r. Nr 180, poz. 1111, Nr 216, poz. 1370 i Nr 223, poz. 1458, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 142 i 146 i Nr 40, poz. 230.

-
- a) starostami powiatów położonych na obszarze województwa,
 - b) państwowym wojewódzkim inspektorem sanitarnym, wojewódzkim inspektorem farmaceutycznym, wojewódzkim lekarzem weterynarii, dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, konsultantem wojewódzkim do spraw zdrowia publicznego oraz – w razie potrzeby – innymi konsultantami wojewódzkimi,
 - c) organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami, o których mowa w art. 4 ust. 2, działającymi na obszarze województwa.

Art. 13.

Do zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych przez wojewodę należy:

- 1) koordynowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego na poziomie województwa;
- 2) współpraca z marszałkiem województwa;
- 3) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, otrzymanych od marszałka województwa, rocznych sprawozdań dotyczących prowadzonych na obszarze województwa działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku;
- 4) udział w opracowywaniu wojewódzkich planów zdrowotnych.

Art. 14.

1. W terminie do dnia 15 stycznia danego roku kalendarzowego wójt, burmistrz albo prezydent miasta przekazuje staroście sprawozdanie dotyczące przeprowadzonych na jej obszarze w roku poprzednim działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku.

2. W terminie do dnia 31 stycznia danego roku kalendarzowego starosta przekazuje marszałkowi województwa sprawozdanie dotyczące przeprowadzonych na obszarze powiatu w roku poprzednim działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku, opracowane z uwzględnieniem sprawozdań przekazanych przez gminy położone na obszarze powiatu.

3. W terminie do dnia 15 lutego danego roku kalendarzowego marszałek województwa przekazuje wojewodzie sprawozdanie dotyczące przeprowadzonych na obszarze województwa w roku poprzednim działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku, opracowane na podstawie sprawozdań i analiz otrzymanych od starostów powiatów położonych na obszarze województwa.

4. W terminie do 20 lutego danego roku kalendarzowego wojewoda przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia otrzymane od marszałka województwa sprawozdanie

dotyczące przeprowadzonych na obszarze województwa w roku poprzednim działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku.

Art. 15.

1. Sprawozdanie dotyczące przeprowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku zawiera w szczególności określenie przeprowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego wraz ze wskazaniem podmiotów je realizujących, a w przypadku programów zdrowotnych:

- 1) nazwę programu zdrowotnego;
- 2) określenie jednostki samorządu terytorialnego opracowującej, wdrażającej, realizującej i finansującej program;
- 3) rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu zdrowotnego.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór sprawozdania dotyczącego prowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku oraz sposób jego przekazywania, biorąc pod uwagę zakres danych określonych w ust. 1.

Rozdział 4

Narodowy Program Zdrowia Publicznego

Art. 16.

1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego o charakterze ogólnokrajowym określa Narodowy Program Zdrowia Publicznego.

2. Narodowy Program Zdrowia Publicznego określa:

- 1) okres jego obowiązywania;
- 2) ocenę stanu zdrowia społeczeństwa;
- 3) analizę zagrożeń zdrowotnych społeczeństwa;
- 4) działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 5) strategiczne cele zdrowotne;
- 6) działania szczegółowe, realizowane w ramach strategicznych celów zdrowotnych, dotyczące wybranych grup społecznych szczególnie zagrożonych lub będących przedmiotem szczególnej troski na najbliższy rok;
- 7) działania podmiotów wskazanych w art. 4 ust. 1, na rzecz utrzymywania i poprawy stanu zdrowia oraz jakości życia społeczeństwa;
- 8) inne działania z zakresu zdrowia publicznego, służące realizacji celów, o których mowa w pkt 5;
- 9) uczestnictwo obywateli w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Art. 17.

Narodowy Program Zdrowia Publicznego określa, w drodze rozporządzenia, Rada Ministrów, na okres 10 lat, uwzględniając:

- 1) roczne raporty ministra właściwego do spraw zdrowia, na temat stanu zdrowia społeczeństwa;
- 2) roczne sprawozdania z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia Publicznego opracowywane i przekazywane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przez Dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny - oraz mając na względzie konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Art. 18.

W ramach strategicznych celów zdrowotnych, o których mowa w art. 16 ust. 2 pkt 5, minister właściwy do spraw zdrowia ustala obejmujące okresy 5-letnie priorytety zdrowotne.

Art. 19.

1. W terminie do dnia 15 lutego danego roku kalendarzowego Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Zdrowia Publicznego za poprzedni rok.

2. Realizacja Narodowego Programu Zdrowia Publicznego jest finansowana z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, części budżetu państwa, których dysponentami są inni właściwi ministrowie wykonujący działania określone w Narodowym Programie Zdrowia Publicznego oraz z budżetów jednostek samorządu terytorialnego odpowiednio do zadań tych jednostek określonych w tym Programie.

Rozdział 5

Wojewódzkie plany zdrowotne

Art. 20.

1. W celu zaplanowania działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia mieszkańców danego województwa opracowuje się wojewódzki plan zdrowia publicznego, zwany dalej „wojewódzkim planem”.

2. W wojewódzkim planie określa się w szczególności:

- 1) długoterminowe i krótkoterminowe cele zdrowotne;
- 2) podmioty odpowiedzialne za realizację określonych celów planu,
- 3) proponowane sposoby osiągnięcia celów;
- 4) warunki zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa;
- 5) warunki finansowania sposobów osiągnięcia celów zdrowotnych;
- 6) harmonogram prac.

3. Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu uwzględnia się w szczególności:

- 1) strategiczne cele zdrowotne określone w Narodowym Programie Zdrowia Publicznego oraz priorytety zdrowotne ustalone przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) sytuację zdrowotną mieszkańców województwa;
- 3) podstawowe czynniki warunkujące zdrowie oraz inne czynniki mające wpływ na zapewnienie zdrowia publicznego mieszkańców województwa.

Art. 21.

1. Projekt wojewódzkiego planu opracowuje zarząd województwa, a zatwierdza sejmik województwa, w drodze uchwały, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra do spraw zdrowia.

2. Zarząd województwa przedstawia projekt wojewódzkiego planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia celem zaopiniowania pod względem zgodności ze strategicznymi celami zdrowotnymi określonymi w Narodowym Programie Zdrowia Publicznego oraz priorytetami zdrowotnymi ustalonymi przez ministra właściwego do spraw Zdrowia;

3. Na wniosek zarządu województwa, wojewoda, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny oraz inne organy i instytucje posiadające dane epidemiologiczne i inne dane statystyczne przekazują zarządowi województwa, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, dane określone we wniosku.

4. Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zarząd województwa zasięga opinii wojewody, organów powiatów położonych na obszarze województwa i organów właściwych samorządów zawodów medycznych oraz podmiotów uczestniczących w realizacji lub finansowaniu tych planów.

Art. 22.

1. Wojewódzki plan opracowuje się na okres co najmniej 4-letni.

2. Wojewódzkie plany finansowane są ze środków podmiotów odpowiedzialnych za ich realizację w zakresie posiadanych przez nie kompetencji.
3. Co dwa lata wojewódzki plan przedłużany jest na kolejne dwa lata.
4. Wojewódzki plan może podlegać corocznej aktualizacji. Do aktualizacji wojewódzkiego planu stosuje się odpowiednio przepisy o opracowywaniu wojewódzkiego planu.

Art. 23.

1. Sejmik województwa przekazuje projekt wojewódzkiego planu do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do dnia roku poprzedzającego pierwszy rok objęty tym planem.

2. Oddział wojewódzki Funduszu opiniuje projekt wojewódzkiego planu pod względem zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania dla mieszkańców województwa i przekazuje projekt wraz z opinią zarządowi i sejmikowi województwa, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, a także Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia

3. Minister właściwy do spraw zdrowia opiniuje projekt wojewódzkiego planu w zakresie jego zgodności z zadaniami zdrowia publicznego, o których mowa w art. 20 ust. 3 pkt 1, i przekazuje go wraz z opinią w tym zakresie oraz opinią, o której mowa w art. 21 ust. 2, właściwemu zarządowi i sejmikowi województwa, Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministrowi Finansów w terminie do.....

4. Wojewódzki plan, po jego uchwaleniu, jest przekazywany przez sejmik województwa właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych oraz Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do.....roku poprzedzającego pierwszy rok objęty planem.

5. Wojewódzki plan stanowi podstawę zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu, w zakresie zadań, o których mowa w art. 3 pkt 4 – 6.

6. W przypadku nie uchwalenia wojewódzkiego planu na dany rok oddział wojewódzki Funduszu zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki, jakim powinien odpowiadać tryb opracowywania i realizacji wojewódzkiego planu, oraz wzór tego planu, mając na względzie poprawę stanu zdrowia mieszkańców województwa, oraz minimalny zakres informacji przekazywanych zarządowi województwa w związku z pracami planistycznymi.

Art. 24.

Wojewódzkie plany zdrowotne publikuje się na stronach internetowych poszczególnych samorządów województwa oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

Rozdział 6

Finansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego

Art. 25.

1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 2, są finansowane ze środków:

1) Funduszu Profilaktyki Uzależnień, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;

2) o których mowa w art. 118 ust. 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

3) ze środków własnych podmiotów wskazanych w art. 4 ust. 1 pkt 1 – 3 i 5 – 12 oraz ust. 2.

2. Środki, o których mowa w ust. 1 pkt 2, wynoszą 0,5% planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych.

Art. 26.

1. Tworzy się Fundusz Profilaktyki Uzależnień, będący państwowym funduszem celowym.

2. Przychody Funduszu Profilaktyki Uzależnień stanowią:

1) 0,5% dochodów z tytułu podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy 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.10));

2) 1% dochodów z tytułu podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;

3) 3% wpływów z dopłat w grach objętych monopolem państwa, o których mowa w art. 80 ust. 1 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. Nr 201, poz.1540 oraz z 2010 r. Nr 127, poz. 857).

3. Wydatki Funduszu Profilaktyki Uzależnień są przeznaczone na realizację:

1) działań ministrów określonych w Narodowym Programie Ograniczania Następstw Palenia Tytoniu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. O ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;

2) działań ministrów określonych w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, o którym mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;

3) zadań ministrów wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;

4) zadań polegających na:

a) prowadzeniu działalności informacyjno-edukacyjnej i opracowywaniu specjalistycznych ekspertyz, raportów, sprawozdań dotyczących problematyki uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych,

b) opracowywaniu i wdrażaniu nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych,

c) udzielaniu finansowej pomocy instytucjom i stowarzyszeniom realizującym zadania związane z rozwiązywaniem problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym sporządzanie oceny rozpowszechnienia i zagrożenia patologicznym hazardem,

d) prowadzeniu działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także zwiększanie kompetencji zawodowych osób zajmujących się leczeniem w celu zwiększenia skuteczności oraz dostępności leczenia uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla osób uzależnionych i ich bliskich.

4. Wydatki Funduszu Profilaktyki Uzależnień mogą być przeznaczone na dofinansowanie zadań, o których mowa w ust. 2, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty.

Art. 27.

1. Koszty obsługi Funduszu Profilaktyki Uzależnień pokrywane są ze środków tego Funduszu

10) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 770, z 1999 r. Nr 96, poz. 1107, z 2003 r. Nr 229, poz. 2274 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 529.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki finansowania realizacji zadań, o których mowa w art. 26 ust. 3 oraz uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań, o których mowa w art. 26 ust. 4, tryb składania wniosków o sfinansowanie lub dofinansowanie oraz przekazywania środków finansowych, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości realizowanych zadań.

Art. 28.

Kwotę 0,5% planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 29 pkt 2, przeznacza się na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących profilaktyki zdrowotnej, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe i końcowe

Art. 29.

W ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.11)) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 3,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zadania, o których mowa w ust. 1, uwzględnia się w założeniach polityki społeczno-gospodarczej w postaci Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zwanego dalej „Narodowym Programem”, określającego kierunki i rodzaje działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, cele i sposoby ich osiągnięcia oraz ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a także podmioty właściwe do podejmowania określonych działań.”,

c) dodaje się ust. 3–6 w brzmieniu:

„3. Narodowy Program przyjmuje się na okres nie dłuższy niż 5 lat.

4. Koszty realizacji działań ministrów określonych w Narodowym Programie są finansowane z Funduszu Profilaktyki Uzależnień, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia..... o zdrowiu publicznym (Dz. U. Nr..., poz....).

5. W Narodowym Programie określa się również kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki i przeciwdziałania problemom alkoholowym.

6. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, mając na uwadze konieczność efektywnej realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, a także adekwatność podejmowanych działań do bieżących potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.”;

11) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 144, poz. 1175 oraz z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 127, poz. 857.

2) art. 4 otrzymuje brzmienie:

„Art. 4. 1. Samorząd województwa realizuje zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych wymienione w wojewódzkim programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącym część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, uwzględniającym kierunki i rodzaje działań określone w Narodowym Programie. W szczególności zadania te obejmują:

1) wspieranie realizacji działań profilaktycznych dla dzieci i młodzieży w zakresie przeciwdziałania używaniu alkoholu i narkotyków oraz zwiększania dostępności i skuteczności pomocy dzieciom i młodzieży z problemem alkoholowym;

2) wspieranie rozwoju i modernizacji usług terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, w szczególności przez podejmowanie współpracy z zakładami leczenia odwykowego;

3) finansowanie i monitorowanie zadań Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia z zakresu: koordynacji pracy zakładów leczenia odwykowego na terenie województwa, działalności metodyczno organizacyjnej w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów, leczenia odwykowego na terenie województwa oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych osób, o których mowa w art. 211 ust. 3–5, oraz innych osób wykonujących zawody medyczne udzielających świadczeń zdrowotnych w zakładach leczenia odwykowego na terenie województwa;

4) zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla dzieci i młodzieży nadużywającej alkoholu;

5) wspieranie rozwoju lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym;

6) współpracę z jednostkami samorządu gminnego w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;

7) współpracę z jednostkami samorządu powiatowego w zakresie w jakim włączają się w zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;

8) wspieranie programów realizowanych przez organizacje pozarządowe zajmujące się rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

2. Zarząd województwa odpowiada za koordynację przygotowania i realizację programu, o którym mowa w ust. 1, udziela pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem oraz współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

3. Program, o którym mowa w ust. 1, jest realizowany przez jednostkę wskazaną w programie lub powołanego przez zarząd województwa pełnomocnika.

4. W przypadku powołania pełnomocnika obsługę biurową oraz inne niezbędne środki potrzebne do jego działania zapewnia marszałek województwa.

5. Środki finansowe na realizację zadań, o których mowa w ust. 1 i 4, ujmują się w budżecie województwa.

6. Marszałek województwa sporządza raport z wykonania programu, o którym mowa w ust. 1, w danym roku i efektów jego realizacji, który przedkłada sejmikowi województwa w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.”;

3) w art. 41:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, jest prowadzona zgodnie z gminnym programem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącym część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanym przez radę gminy na okres nie dłuższy niż 3 lata.”;

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2c w brzmieniu:

„2a. Program jest realizowany przez jednostkę wskazaną w programie lub powołanego przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta) pełnomocnika.

2b. W przypadku powołania pełnomocnika obsługę biurową oraz inne niezbędne środki potrzebne do jego działania zapewnia wójt, (burmistrz, prezydent miasta).

2c. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) sporządza raport z wykonania programu w danym roku i efektów jego realizacji, który przedkłada radzie gminy w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) powołuje i odwołuje gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, która:

1) opiniuje projekt gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;

2) może inicjować lub wspierać realizację zadań, o których mowa w ust. 1;

3) opiniuje projekty uchwał wydawanych na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 6;

4) udziela konsultacji członkom rodzin z problemem alkoholowym,”

d) po ust. 3 dodaje się ust. 3a–3e w brzmieniu:

„3a. Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych składa się z co najmniej pięciu osób, w szczególności:

1) zatrudnionych lub współpracujących z instytucjami lub organizacjami działającymi w zakresie:

a) profilaktyki problemów alkoholowych,

b) terapii uzależnień,

c) socjoterapii,

d) pomocy społecznej i zatrudnienia socjalnego,

e) przeciwdziałania przemocy w rodzinie,

f) porządku publicznego,

g) wymiaru sprawiedliwości;

2) osób będących przedstawicielami kościołów i związków wyznaniowych.

3b. Osoby powołane w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych są obowiązane, pod rygorem utraty członkostwa, do odbycia szkolenia z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w terminie 12 miesięcy od dnia ich powołania.

3c. Osoby prowadzące szkolenie, o którym mowa w ust. 3b, muszą spełniać odpowiednie wymagania kwalifikacyjne.

3d. Koszty szkoleń, o których mowa w ust. 3b, są pokrywane ze środków przeznaczonych na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

3e. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, minimalny czas trwania i ramowy program szkolenia, o którym mowa w ust. 3b, wymagania kwalifikacyjne dla osób prowadzących szkolenia oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia, mając na uwadze ujednolicenie wymagań niezbędnych do powołania osoby w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.”,

e) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych działa na podstawie uchwalanego przez siebie regulaminu zatwierdzanego przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta).”

f) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Koszty funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym koszt wynagrodzeń członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, pokrywane są ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.”;

4) w art. 11:

a) uchyla się ust. 1,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Środki finansowe otrzymane z Funduszu Profilaktyki Uzależnień są przeznaczone w szczególności na różne formy pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, działalność informacyjną i wychowawczą, kształcenie specjalistów i prowadzenie badań naukowych nad problemami alkoholowymi.”.

Art. 30.

W ustawie z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 226) w art. 21 w ust. 1a po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) tworzenie i rozpowszechnianie programów z zakresu profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;”.

Art. 31.

W ustawie z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.) w art. 25 po pkt 3a dodaje się pkt 3b w brzmieniu:

„3b) coroczne sporządzanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rocznych raportów na temat stanu zdrowia społeczeństwa;”.

Art. 32.

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.12)) art. 4 otrzymuje brzmienie:

„Art. 4. 1. Zadania, o których mowa w art. 3, uwzględnia się w założeniach polityki społeczno-gospodarczej w postaci Narodowego Programu Ograniczania Następstw Palenia Tytoniu, zwanego dalej „Narodowym Programem”, określającego kierunki i rodzaje działań w zakresie zmniejszania używania wyrobów tytoniowych, cele i sposoby ich osiągnięcia oraz ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a także podmioty właściwe do podejmowania określonych działań.

12) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 770, z 1999 r. Nr 96, poz. 1107, z 2003 r. Nr 229, poz. 2274 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 529.

2. Narodowy Program przyjmuje się na okres nie dłuższy niż 5 lat.

3. Koszty realizacji działań ministrów określonych w Narodowym Programie są finansowane z Funduszu Profilaktyki Uzależnień, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia..... o zdrowiu publicznym (Dz. U. Nr..., poz....).

4. W Narodowym Programie określa się również kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie zmniejszania używania wyrobów tytoniowych.

5. Rada Ministrów składa coroczne sprawozdanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej z realizacji Narodowego Programu w terminie do 30 kwietnia.

6. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Ograniczania Następstw Palenia Tytoniu, mając na uwadze konieczność efektywnej realizacji zadań, o których mowa w art. 3, a także adekwatność podejmowanych działań do bieżących potrzeb w zakresie zmniejszania używania wyrobów tytoniowych.”.

Art. 33.

W ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590, z późn. zm.13)) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 18 po pkt 10 dodaje się pkt 10a w brzmieniu:

„10a) zatwierdzanie, w drodze uchwały, wojewódzkiego planu zdrowotnego, o którym mowa w art. 16 ust. 1 ustawy z dnia... o zdrowiu publicznym (Dz. U. Nr..., poz....);”;

2) w art. 41 w ust. 2 po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) opracowywanie projektu wojewódzkiego planu zdrowotnego, o którym mowa w art. 16 ust. 1 ustawy z dnia... o zdrowiu publicznym.”.

Art. 34.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.14)) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 7 w ust. 1 uchyla się pkt 1 i 2;

2) w art. 8 uchyla się pkt 1 i 2;

13) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 153, poz. 1271 i Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 102, poz. 1055 i Nr 116, poz. 1206, z 2006 r. Nr 126, poz. 875 i Nr 227, poz. 1658, z 2007 r. Nr 173, poz. 1218, z 2008 r. Nr 180, poz. 1111, Nr 216, poz. 1370 i Nr 223, poz. 1458, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 142 i 146, Nr 40, poz. 230 i Nr 106, poz. 675.

14) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390 i Nr 81, poz.440.

3) w art. 9;

a) uchyla się pkt 1 i 3;

4) w art. 10:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 3,

b) uchyla się ust. 2 i 3;

5) w art. 48:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;

2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;

3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.”;

b) ust. 2a otrzymuje brzmienie:

„2a. Ministrowie i jednostki samorządu terytorialnego przekazują projekt programu zdrowotnego celem jego zaopiniowania przez:

1) Agencję;

2) ministra właściwego do spraw zdrowia – w przypadku programów zdrowotnych opracowywanych przez innych ministrów lub kierowników urzędów centralnych;

3) wojewodę – w przypadku programów zdrowotnych opracowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego.”,

c) po ust. 2b dodaje się ust. 2c w brzmieniu:

„2c. Podmioty określone w ust. 2a pkt 2 i 3 sporządzają opinię w sprawie projektu programu zdrowotnego w oparciu o Narodowy Program Zdrowia Publicznego i wojewódzki plan.”;

6) w art. 118 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Kwotę 0,5% planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych przeznaczają się na pokrycie kosztów finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, o których mowa w ustawie z dnia ... o zdrowiu publicznym.”.

Art. 35.

W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.15)) w art. 7 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Koszty realizacji zadań ministrów wynikających z Krajowego Programu są finansowane z Funduszu Profilaktyki Uzależnień, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia..... o zdrowiu publicznym (Dz. U. Nr..., poz....).”.

15) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Dz. U. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 143, poz. 962, Nr 213, poz. 1396 i Nr 228, poz. 1486 oraz z 2011 r. Nr 63, poz. 322.

Art. 36.

W ustawie z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. Nr 201, poz. 1540 oraz z 2010 r. Nr 127, poz. 857) uchyla się art. 88.

Art. 37.

1. Wojewódzkie plany zdrowotne, o których mowa w art. 20 ust. 1, opracowuje się po raz pierwszy na lata

2. Narodowy Program Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 16, opracowuje się po raz pierwszy na lata 2016-2025.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określa priorytety zdrowotne, o których mowa w art. 18, po raz pierwszy na 2016-2019.

Art. 38.

1. Niewykorzystane do dnia ... przychody Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych stają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy przychodami Funduszu Profilaktyki Uzależnień.

2. Umowy o dofinansowanie realizacji zadania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 88 ust. 6 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność na okres, na jaki zostały zawarte. Umowy te są realizowane i rozliczane na dotychczasowych zasadach.

Art. 39.

Do informacji o programach zdrowotnych przekazywanych za rok stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 40.

Akt wykonawczy wydany na podstawie:

1) art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zachowuje moc do dnia wejścia w życie aktu wykonawczego na podstawie art. 15 ust. 2,

2) art. 88 ust. 6 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych zachowuje moc do dnia wejścia w życie aktu wykonawczego na podstawie art. 27 ust. 2 - nie dłużej niż do dnia

Art. 41.

Ustawa wchodzi w życie z dniem

W sprawie projektu ustawy o systemie zdrowia publicznego w Polsce

Stanowisko Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.
(*ZDROWIE PUBLICZNE 2007; 117(2):131-133*)

Wstęp

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego (PTZP) z uznaniem i satysfakcją przyjął do wiadomości decyzję Ministra Zdrowia o opracowaniu i przedłożeniu Sejmowi RP ustawy o systemie zdrowia publicznego w Polsce. Dla członków Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego decyzja ta stanowi swoiste zwieńczenie wieloletnich postulatów w powyższej mierze kierowanych od 2001 r. do kolejnych kierownictw Ministerstwa Zdrowia.

W latach 2001-2006 Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego było organizatorem szeregu ogólnopolskich i międzynarodowych konferencji i prac naukowo-badawczych poświęconych teorii i praktyce zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, USA i w Polsce. Były to między innymi konferencje poświęcone takim zagadnieniom jak: zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce (dwukrotnie, w tym z udziałem przedstawicieli krajów UE i WHO), oraz stan i potrzeby strategii zdrowia publicznego w Polsce.

Doniosłym wydarzeniem było Ogólnopolskie Forum Zdrowia Publicznego, w którym uczestniczyli przedstawiciele wszystkich towarzystw naukowych związanych ze zdrowiem publicznym (Warszawa, 14 czerwca 2005). Jego uczestnicy skierowali do władz Rzeczypospolitej Polskiej - Sejmu, Rządu i Ministerstwa Zdrowia, Memorandum o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym oraz opracowania i wdrożenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2013.

Z dużą satysfakcją Zarząd Główny przyjął zaproszenie PTZP do współpracy nad tworzeniem projektu ustawy o systemie zdrowia publicznego w Polsce, skierowane do Prezesa Towarzystwa przez Głównego Inspektora Sanitarnego, kierującego zespołem przygotowującym projekt ustawy. W odpowiedzi na to zaproszenie Główny Inspektor Sanitarny przyjął zobowiązanie Prezesa PTZP do przedstawienia stanowiska Zarządu Głównego PTZP w sprawie kształtu i treści, jakie powinien zawierać projekt ustawy.

Na posiedzeniu w dniu 8 marca 2007r. Zarząd Główny PTZP po wyczerpującej dyskusji uzgodnił zamieszczone poniżej stanowisko w tej sprawie, które następnie zostało przekazane Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu w dniu 12 marca 2007r. Zarząd Główny PTZP sformułował swoje stanowisko w celu i nadziei, że będzie pomocne Zespołowi w jego pracach przygotowujących projekt ustawy.

Opublikowanie stanowiska Zarządu Głównego PTZP wychodzi naprzeciw powszechnemu zainteresowaniu procesem tworzenia ustawy o systemie zdrowia publicznego w Polsce. Na tą ustawę oczekują od dawna pracownicy instytucji i służb zdrowia publicznego, uczelnie wyższe i instytuty resortowe prowadzące prace naukowo-badawcze oraz kształcenie przed i podyplomowe w zakresie zdrowia publicznego, a także profesjonalne stowarzyszenia i organizacje oraz wszyscy ci, którzy uważają, iż zaistniałe po 1989 r. historyczne zmiany ustrojowe oraz wejście Polski do Unii Europejskiej wymagają dostosowania przepisów o ochronie zdrowia i promocji zdrowia do wymogów tych zmian.

STANOWISKO ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA ZDROWIA PUBLICZNEGO W SPRAWIE PROJEKTU USTAWY O SYSTEMIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE.

Proponowany przez Zarząd Główny PTZP kształt projektu ustawy został zawarty w pięciu zasadniczych częściach dokumentu przedstawiających potrzebę określenia istoty systemu zdrowia publicznego, celów ustawy oraz zakresów przedmiotowego i podmiotowego systemu zdrowia publicznego

Część pierwsza

Preambuła

Część pierwsza o charakterze konstytucyjnym powinna zawierać stwierdzenia m.in., że:

- zdrowie społeczeństwa stanowi dobro publiczne i jest najważniejszą częścią składową bogactwa narodowego;
- troska o osiągnięcie oczekiwanych przez społeczeństwo standardów zdrowia jest powinnością państwa, samorządów, organizacji pozarządowych a także każdego obywatela;
- rodzina i szkoła są decydującym ogniwem w kształtowaniu nawyków zachowań prozdrowotnych społeczeństwa, a wychowanie dla zdrowia jednym z najważniejszych jej zadań (powrót do tradycji Komisji Edukacji Narodowej i jej koncepcji „wychowania co do zdrowia”).

Część druga

Cele ustawy o systemie zdrowia publicznego

Ustawa o systemie zdrowia publicznego odnosi się do szerokiego spektrum zagadnień dotyczących czynników warunkujących (determinujących) stan zdrowia populacji oraz sposobów oddziaływania na te czynniki, a także w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i niezakaźnych o dużym wymiarze społecznym.

Celem ustawy powinno być stworzenie ogólnych ram odpowiedzialności za stan zdrowia społeczeństwa instytucji rządowych i samorządowych i określenie roli organizacji pozarządowych, instytucji publicznych i prywatnych, a także każdego obywatela w trosce o zachowanie i umacnianie zdrowia.

Ustawa powinna także ukierunkować rolę i zadania opieki medycznej, stanowiącej odrębny, autonomiczny podsystem, w określonym stopniu powiązany z potrzebami zdrowia publicznego, przede wszystkim w zakresie medycznego wsparcia w zapobieganiu chorobom i promowaniu zdrowia we wszystkich środowiskach.

Ustawa określa formy koordynacji i współpracy pomiędzy głównymi podmiotami odpowiedzialnymi za stan zdrowia populacji ukierunkowanej na zapewnienie jednolitości i spójności we wdrażaniu postanowień Konstytucji RP i innych przepisów w zakresie ochrony i promocji zdrowia.

Ustawa o systemie zdrowia publicznego powinna przesądzać o zapobiegawczym i promocyjnym charakterze zdrowia publicznego

Część trzecia

Definicja zdrowia publicznego

Zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz głównych zagrożeń zdrowia i ryzyka zdrowotnego, a także na inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych i samorządowych, organizacji pozarządowych i innych instytucji, publicznych i prywatnych w celu osiągnięcia oczekiwanych przez społeczeństwo pożądaných efektów polityki zdrowotnej państwa i strategii określonej w Narodowym Programie Zdrowia oraz zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Zakres zadaniowy (przedmiotowy) zdrowia publicznego

Zadania w zakresie zdrowia publicznego obejmują:

1. Zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych: m.in. zapewnienie nadzoru epidemiologicznego, w tym laboratoryjnej kontroli przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych.
2. Zapobieganie i zwalczanie chorób niezakaźnych o dużym wymiarze społecznym: m.in. poprzez realizację rządowych, resortowych, regionalnych i lokalnych programów zapobiegawczych, oraz poprzez leczenie i rehabilitację finansowane ze środków publicznych.
3. Ochrona zdrowia wybranych grup ludności:
 - opieka nad matką i dzieckiem
 - ochrona zdrowia młodzieży uczącej się i studiującej
 - ochrona zdrowia osób starszych oraz osób niepełnosprawnych
 - ochrona zdrowia pracujących.
4. Ochrona zdrowia przed zagrożeniami biologicznymi, chemicznymi i fizycznymi oraz przewycięzania skutków narażenia na te czynniki m.in. poprzez zapewnienie laboratoryjnej kontroli zagrożeń środowiskowych: powietrza, wody, gleby, żywności, oraz kontroli poziomu hałasu i promieniowania.
5. Ochrona zdrowia przed zagrożeniami wynikającymi z niekorzystnych warunków społecznych: ubóstwa, bezrobocia, bezdomności i wykluczenia społecznego: m. in. poprzez zapewnienie odpowiednich świadczeń w ramach polityki społecznej i zdrowotnej.
6. Zapobieganie wypadkom i urazom oraz ich przewycięzanie: m.in. poprzez identyfikację i zwalczanie zagrożeń zdrowia i życia w miejscu pracy i nauki, zapewnienie kompleksowej pomocy, w tym medycznej (ratownictwo medyczne), ofiarom katastrof, kataklizmów i klęsk żywiołowych.
7. Promocja zdrowia nastawiona na kształtowanie prozdrowotnych zachowań ludzi.
8. Organizacja systemu opieki medycznej oraz zasad dystrybucji świadczeń medycznych: m.in. zapewnienie jednolitych kompleksowych regulacji prawnych, równy dostęp do świadczeń medycznych zgodnych z konstytucyjnymi uprawnieniami, monitorowanie jakości świadczeń oraz przestrzegania praw pacjenta.
9. Kształcenie profesjonalistów zdrowia publicznego; kształcenie i doskonalenie zawodowe lekarzy i innego personelu medycznego i pozamedycznego.
10. Monitorowanie stanu realizacji Narodowego Programu Zdrowia, określającego cele i zadania polityki zdrowotnej państwa.

Zakres podmiotowy zdrowia publicznego (ustawa odpowiada na pytanie: kto realizuje zadania zdrowia publicznego)

Zawiera wskazania co do instytucji i służb zdrowia publicznego, w tym przede wszystkim rolę Ministra Zdrowia (ewentualnie Ministra Zdrowia Publicznego), który z upoważnienia Rządu RP oraz w ramach uprawnień własnych - inicjuje, koordynuje i nadzoruje realizację polityki zdrowia publicznego państwa, precyzuje sposoby oddziaływania na pozostałe resorty oraz urzędy i instytucje centralne, regionalne i lokalne odpowiedzialne zwłaszcza za realizację zadań w zakresie środowiskowych uwarunkowań zdrowia, a także za równy dostęp do świadczeń medycznych oraz za bezpieczeństwo zdrowotne.

Określa rolę innych podmiotów zobowiązanych do realizacji zadań zdrowia publicznego (np. instytucji ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, organizacji pracodawców i pracowników, organizacji pozarządowych).

Zawiera wykaz i zadania ciał doradczych (np. Naczelna Rada Zdrowia Publicznego, Wojewódzka Rada Zdrowia Publicznego, Powiatowa Rada Zdrowia Publicznego oraz inne ciała doradcze)

Ustawa wprowadza stanowiska: lekarza wojewódzkiego i powiatowego, jako organów wykonawczych samorządu terytorialnego oraz, w miarę możliwości finansowych, wydziały lub samodzielne stanowiska ds. zdrowia publicznego w powiatach.

Część czwarta

System nadzoru w zdrowiu publicznym

Ustawa określa system nadzoru w zdrowiu publicznym ustanawiając Główny Inspektorat Zdrowia Publicznego stanowiący, w zależności od potrzeb i możliwości finansowych, albo integralną część składową Ministerstwa Zdrowia, albo jako centralny urząd podległy Ministrowi Zdrowia, któremu podporządkowane są wojewódzkie i powiatowe inspektoraty zdrowia publicznego, współdziałający z instytutami naukowymi, uczelniami wyższymi, administracją regionalną i lokalną oraz organizacjami pozarządowymi.

Część piąta

Narodowy Program Zdrowia

Ustawa określa rolę Narodowego Programu Zdrowia zawierającego cele i zadania polityki zdrowotnej państwa, potwierdzonego przez Sejm, realizowanego przez administrację rządową i samorządową, przy udziale instytutów naukowo-badawczych, uczelni wyższych oraz organizacji pozarządowych a także innych instytucji publicznych i prywatnych.

Uwaga końcowa

W ten sposób, po blisko pięćdziesięciu latach od anulowania w 1948 r. ustawy o publicznej służbie zdrowia z 15 czerwca 1939 r. nastąpiłby powrót do tradycji zdrowia publicznego, której początki sięgają czasów I Rzeczypospolitej, a po jej upadku identyfikowanej i rozwijanej, tak koncepcyjnie jak i w praktyce, szczególnie w okresie po odzyskaniu niepodległości w 1918 r., przez polskie środowiska związane z ideami higieny publicznej i społecznej, zdrowiem publicznym oraz medycyną społeczną.

Warszawa, dnia 8 marca 2007 r.

Joanna Mucha, Ministra Sportu

Złote, srebrne brązowe . Reforma sportu polskiego

Wpis na blogu w kancelarii Prezesa Rady Ministrów (30.01.2013)

Jakie przesłanki legły u podstaw zaproponowanej przeze mnie reformy polskiego sportu?

Brak satysfakcjonującego wyniku na IO w Atenach, Pekinie i Londynie, historyczne rozdzielanie środków budżetowych, brak systemu nagradzania prężnie rozwijających się sportów a finansowanie sportów, w których od lat trwa stagnacja, brak odpowiedzialności za wynik uniemożliwiający wyciągnięcie odpowiednich konsekwencji, a także brak skutecznego szkolenia i systemowych rozwiązań stosowanych w sporcie młodzieżowym.

Pierwszym etapem do przeprowadzenia zmian było przygotowanie pilotażowego programu dotyczącego szkolenia młodzieży uzdolnionej sportowo, którym Ministerstwo Sportu i Turystyki objęło na początek pięć sportów: lekkoatletykę, pływanie, wioślarstwo, żeglarstwo oraz biathlon.

Kolejnym ważnym elementem wprowadzanych zmian jest określenie w ramach sportu wyczynowego dyscyplin strategicznych. Priorytetem dla mojego resortu są sporty olimpijskie, które po szczegółowej analizie zhierarchizowaliśmy według umownie nazwanych grup.

Grupa złota (kajakarstwo, kolarstwo, lekkoatletyka, narciarstwo, pływanie, podnoszenie ciężarów, wioślarstwo, zapasy, żeglarstwo) to sporty strategiczne w kontekście promocji kraju i sportowej rywalizacji międzynarodowej, czyli sporty historycznie stanowiące o sile polskiego sportu w kontekście zdobyczy olimpijskich, w ostatnich 3-4 cyklach olimpijskich zdobywające systematycznie medale IO i MŚ, posiadające dobre zaplecze organizacyjne (bazę treningową, kadrę trenerską, dobrze zorganizowany związek sportowy), oraz duży potencjał w kadrze zawodniczej, tak w kategorii seniorów, jak i młodszych kategoriach wiekowych.

Grupa srebrna (biathlon, judo, łyżwiarstwo szybkie, strzelectwo sportowe, szermierka, tenis) to sporty ważne, o dużych tradycjach, ale mniejszym zasięgu, w przeszłości charakteryzowały się dużą skutecznością w rywalizacji międzynarodowej, mające jednak bardzo wąską wysoko wykwalifikowaną kadrę trenerską (w niektórych przypadkach jej brak), małą liczbę zawodników o wysokim potencjale, również w młodszych kategoriach wiekowych, nieźle zorganizowane, jednak przechodzące w ostatnich latach kryzys tak w odniesieniu do wyników sportowych (wyjątek łyżwiarstwo szybkie i tenis), jak i organizacji procesu szkolenia.

Grupa brązowa (badminton, boks, gimnastyka, jeździectwo, łucznictwo, tenis stołowy) to sporty nieliczące się w rywalizacji międzynarodowej w kontekście walki o olimpijskie medale, nie posiadające tak bogatych tradycji, struktur organizacyjnych i zaplecza, mające grono wysoko wykwalifikowanej kadry zarządzającej i szkoleniowej. Te kryteria nie pozwalają na wiązanie z nimi nadziei na szybki rozwój i wzrost poziomu sportowego. Podobnie wąskie grono uzdolnionej młodzieży nie gwarantuje sukcesów w najbliższym czasie, wyjątek może stanowić boks kobiet, jako nowa konkurencja w programie IO, silna konkurencja międzynarodowa. Sporty znajdujące się w tej grupie będą miały trudność na osiągnięcie wysokiego poziomu na arenie międzynarodowej.

Ostatnią grupę tzw. **poza podium** tworzą związki sportowe bez większych osiągnięć w przeszłości (z wyjątkiem pięcioboju nowoczesnego), o słabym zapleczu organizacyjnym (kadra szkoleniowa, zaplecze zawodnicze, infrastruktura treningowa), słabo zorganizowane wewnętrznie, niejednokrotnie z problemami finansowymi wynikającymi z nieumiejętnego korzystania ze środków MSiT.

Do nich zaliczyliśmy 8 sportów: akrobatyka sportowa, curling, golf, łyżwiarstwo figurowe, pięciobój nowoczesny, sporty saneczkowe, taekwondo, triathlon.

Osobną kategorię stanowią gry zespołowe, które zostały podzielone na dwie grupy, kwalifikowane poprzez ocenę poziomu sportowego, powszechność zasięg, struktury organizacyjne związków sportowych, kadry zawodnicze, kadry trenerskie oraz perspektywy rozwoju.

grupa I: koszykówka, piłka nożna, piłka ręczna, piłka siatkowa; która ma zapewnione wysokie finansowanie ze środków budżetowych oraz zwiększone środki FRKF na rozwój sportu młodzieżowego.

grupa II: hokej na trawie, hokej na lodzie, rugby, która ma zmniejszone finansowane seniorów, może liczyć jedynie na wsparcie ciekawych projektów szkolenia młodzieży, zaś w przypadku rugby finansowanie tylko rugby 7-osobowego (olimpijskiego).

W przypadku sportów nieolimpijskich podział został określony według kryteriów biorących pod uwagę znaczenie dla promocji kraju, zainteresowanie danym sportem, jego masowość oraz koszty utrzymania w stosunku do zasięgu.

W sportach nieolimpijskich klasyfikacja ta wygląda następująco:

Grupa I

alpinizm, brydż sportowy, karate tradycyjne, kick boxing, sporty motorowodne i narciarstwo wodne, sporty lotnicze, sporty motorowe, szachy, taekwon-do ITF

Grupa II

ju-jitsu, karate, karate fudokan, kulturystyka i trójbój siłowy, muaythaj, orientacja sportowa, sumo, wu-shu

Grupa III

baseball i softball, bilard, kendo, korfbal, kręgle, pływaniarstwo, radioorientacja, skiboby, snooker i bilard angielski, sporty modelarskie, sporty wrotkarskie, sporty psich zaprzęgów, taniec sportowy, unihokej, warcaby, wędkarstwo*

Pozostała w budżecie resortu rezerwa – około 10% wszystkich środków przeznaczonych na sport wyczynowy to mobilizacyjny „kop” dla związków, który pozwoli mi na finansowanie dobrych projektów szkoleniowych, a związkom da szansę wykazania się; inicjatywami i uzyskania dodatkowych środków finansowych.

Józef Drabik

Gdańsk

Fragment książki „Polska w ruchu” – wyzwanie dla zdrowia publicznego (strony 21 – 33) *(Niektóre cytaty pokrywają się częściowo z tekstem artykułu profesora zamieszczonym w numerze lutym (265) Lidera). Wydawało mi się jednak, że problemy omawiane przez profesora J. Drabika są takiej wagi, że warto je wciąż przypominać. (Zb. Cendrowski)*

„Perspektywicznym, zakładanym celem tego projektu jest poprawa zdrowia Polaków, a tym samym i jakości ich życia. Można to osiągnąć m.in. poprzez zachęcanie do zwiększonej i regularnej aktywności fizycznej, a w konsekwencji utrzymania, podniesienia lub

przeciwdziałania obniżaniu się poziomu sprawności fizycznej. 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 jest gwarantowane naszemu obywatelowi konstytucyjnie. Zatem kultura fizyczna, w tym rekreacja fizyczna (a w tym z kolei trening zdrowotny w ramach projektu „Polska w ruchu”) nie może być tylko „domeną wolności obywatelskiej” (projekt Ustawy o sporcie z roku 2009 i jego omówienie - Drabik 2010).

Projekt jest skierowany do dzieci, młodzieży i dorosłych w każdym wieku. Szczególnie jednak do tych, którzy obligatoryjne uczestnictwo w kulturze fizycznej skończyli wraz z ostatnią lekcją wychowania fizycznego. Im wszystkim pozostaje właściwie tylko rekreacja fizyczna jako podstawowa forma uczestnictwa w kulturze fizycznej. Tymczasem, zgodnie ze wspomnianą ustawą w wersji z 25 czerwca 2010 roku, dla tej przeważającej części społeczeństwa państwo nasze nie ma żadnej ustawowej propozycji uczestniczenia w kulturze fizycznej. W nowym jej paradygmacie nie ma już bowiem rekreacji fizycznej. Tym samym państwo nie przewiduje żadnego wsparcia dla zachowań ruchowych około 70% społeczeństwa. Zapis art. 68, ust. 5 Konstytucji RP „Władze publiczne popierają rozwój **kultury fizycznej** (podkr. J.D.), zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży” pozostanie więc martwy, mimo że popieranie rozwoju tej kultury jest obowiązkiem państwa, ponieważ poprawa zdrowia należy do jego obowiązków. Świadome działania zwalniające państwo od tego obowiązku godzą w rozwój jego narodu. „Państwo nie może oczywiście 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” (Cendrowski 2010) i dodajmy - legislacji (np. odpisy od podatku za zakup sprzętu sportowego) oraz promowanie.

Powtórzmy tu ze **Wstępu** - projekt jest zaproszeniem do zdrowego stylu życia. Zmiany w stylu życia na bardziej prozdrowotny to jedna z najtrudniejszych decyzji życiowych. Zmiany te potrzebują czasu. Ich wielki sens powinien być jednak zaakceptowany intelektualnie i emocjonalnie. Wymagają też motywacji. Proces ten można i trzeba planować, inicjować i organizować. Jest to konstytucyjnie zadekretowany obowiązek władzy (Cendrowski 2009). Przykładem tego, zwłaszcza owego premiowania, promowania i motywowania może być projekt „Polska w ruchu”. Wpisuje się on w przytoczony wyżej wywód.

Projekt opiera się na założeniu, że wystąpienie bezpośredniej relacji: prezydent - obywatel, będzie silnym czynnikiem zdolnym wywołać pożądane zachowania Polaków w skali społecznej, ponieważ relacje te mają obustronnie pozytywny wymiar: obywatel odnosi się pozytywnie do zainteresowania się nim Pierwszej Osoby w Państwie oraz otrzymuje satysfakcjonującą go nagrodę honorową. Prezydent z kolei pozytywnie odnosi się do faktu, że Jego autorytet skłania obywatela do określonego wysiłku, oraz że Jego nagroda za ten wysiłek jest przyjmowana jako znaczące wyróżnienie. Owa nagroda ma być wywołanym przez prezydenta impulsem społecznym mającym na celu nakierowanie zachowań dzieci, młodzieży i osób dorosłych na wzmożenie własnych starań o rozwój wartości mieszczących się w kulturze fizycznej (H. Lewandowski, teza niepublikowana).

Projekt nawiązuje też do inicjatyw Marszałka Józefa Piłsudskiego, które szły w kierunku podnoszenia rangi i upowszechniania kultury fizycznej (a tu głównie aktywności fizycznej - atrybutu tej kultury), a także mierników sprawności fizycznej -jednej i drugiej związanej ze zdrowiem.

Realizacja projektu może służyć promocji zdrowia w znaczeniu interwencji w różne systemy społeczne z myślą o zdrowiu (Grossmann, Skala 1997). Projekt „Nagrody Prezydenta RP” może być taką interwencją, bo dotyczy systemu ochrony zdrowia, polityki

zdrowotnej, nauki, systemu rodziny i edukacji (zawiera 9 programów), niezależnie od tego, że adresowany jest do każdego pojedynczego człowieka. Wiąże się oczywiście również z wychowaniem fizycznym, w tym z promowaniem zdrowia w szkole (Pańczyk 1995) i z innymi działaniami kultury fizycznej (lub wedle innych - formami uczestniczenia w niej) oraz ze szkolną edukacją zdrowotną. Aktywność fizyczna jest jednym z modułów edukacji zdrowotnej społeczeństwa, ta zaś - wstępnym krokiem strategicznym na rzecz **zdrowia publicznego**. Tym samym aktywność fizyczna jako pożądane zachowanie zdrowotne wchodzi w obszar **zdrowia publicznego**.

Dodajmy też, że mieści się w dwóch z pięciu obszarów promocji zdrowia - zachęcaniu do działań na rzecz zdrowia (tworzenie środowisk wspierających zdrowie - wg Karty Ottawskiej) i rozwijaniu indywidualnych umiejętności służenia zdrowiu (U.S. Department of Health and Human Services 1987 oraz za: Woynarowska 2007). Projekt „Nagrody Prezydenta RP” oferując aktywność fizyczną, mieszcząc się w promocji zdrowia oraz pełniąc rolę profilaktyczną, interwencyjną i edukacyjną jest propozycją dla **zdrowia publicznego** - wyzwaniem dla tego zdrowia i szansą dla niego. Tę szansę zwiększa rozumienie aktywności fizycznej także jako procesu edukacyjnego, którego najważniejszym elementem na gruncie kultury fizycznej jest uzyskanie nawyku codziennej aktywności (Krawański 2003). I temu właśnie ma służyć projekt. Ma on wdrażać do aktywności fizycznej, aby ludzie byli zdrowsi i umieli postrzegać systematyczne ćwiczenia fizyczne jako niezbędną dla każdego człowieka i realizowaną przez całe życie formę aktywności (Cendrowski 2010).

Wpisuje się on też w cele Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady z 23.10.2007 roku ustanawiającej „Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013” oraz w „Europejską Sieć dla Promocji Aktywności Fizycznej Wzmacniającej Zdrowie” utworzonej w 1996 roku, opartej na koncepcji **Health-Enhancing Physical Activity** - HEPA (WHO 2002). Kontekst ten może być przydatny w nowoczesnym postrzeganiu Polaka.

Projekt nawiązuje też do „Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011” oraz do europejskiego projektu HEPS - **Healthy Eating and Physical Activity in School**.

Oczywiście projekt ten wpisuje się w różne programy zdrowotne, w tym we wszystkie programy walki z nadwagą i otyłością oraz z chorobami układu krążenia. Warto tu przy okazji wspomnieć, że problemy z otyłością są merytorycznie bardziej skomplikowane niż propozycja rozwiązania ich przez Hipokratesa: jeść raz dziennie, spać na twardym łóżku, nie brać kąpieli i maszerować nago tak daleko, jak to możliwe.

Zawarte w projekcie wymagania dotyczące aktywności fizycznej są zgodne z aktualnymi zaleceniami wielu towarzystw światowych zajmujących się problematyką zdrowia.

Do zwiększenia aktywności fizycznej nawołuje też nasz Narodowy Program Zdrowia (NPZ). Było to pierwszym - wśród 18 - celem operacyjnym NPZ edycji 1994-2006. Cel ten, jako czwarty, jest zawarty również w NPZ edycji 2007-2015. Jest więc ciągle celem priorytetowym. Brak tej aktywności jest wmieszany bowiem w etiologię głównych problemów zdrowotnych człowieka (U.S. Department of Health and Human Services 1996). Ponad 40% populacji świata jest nieaktywna fizycznie, a 1,9 mln zgonów rocznie jest związanych z brakiem tej aktywności (WHO 2002a). Dlatego promocję aktywności fizycznej już dawno uznano za ważne i pilne zadanie **zdrowia publicznego** (Fletcher i wsp. 1995, Pate i wsp. 1995). Wspomniany cel operacyjny NPZ, w którym realizację proponuje się w pierwszym rządzie administracji rządowej, to jednocześnie kolejna i najbardziej fundamentalna przesłanka przedsięwzięcia „Polska w ruchu”. Narodowy Program Zdrowia odzwierciedlając różnorodne potrzeby zdrowotne Polaków jest zorganizowaną-inicjatywą na

rzecz **zdrowia publicznego**. Zakładane w nim jak największe rozpowszechnienie aktywności fizycznej jako wyrazu polityki **zdrowia publicznego** (Malina 2002) przyświeca też naszemu projektowi. Tą drogą projekt wpisuje się w zdrowotne potrzeby Polaków. Potrzeby te wymagają jednak znacznie większej aktywności fizycznej. Dotychczas jest ona u zbyt wielu ludzi zbyt mała, by skutkowała optymalnymi korzyściami zdrowotnymi. Znacznie zwiększona może być dopiero inwestycją w **zdrowie publiczne** i rzeczywistym sposobem wspomagania realizacji oczekiwań sformułowanych w kolejnych edycjach NPZ. Spożytkowanie tej inwestycji to wyzwanie dla **zdrowia publicznego** i nie tylko dla tego zdrowia -wszystkie bowiem projekty i plany dotyczące aktywności fizycznej, a **de facto** zdrowia współczesnego człowieka, są wyzwaniem dla całego XXI wieku.

Brak aktywności fizycznej oprócz aspektu antyzdrowotnego ma też aspekt antykulturowy. Niektórzy powiadają, że jest takim samym brakiem kultury jak nieregularne mycie zębów lub pisanie z błędami ortograficznymi. Człowiek nie-dbający o własne ciało źle wpływa na otoczenie, bo zaraża innych lenistwem i wygodnictwem (Awdiejew 2003). Fakt ten dodatkowo nakazuje podejmowanie działań promujących aktywność fizyczną.

We współczesnych czasach ani względy konsumpcyjne, ani prokreacyjne, ani produkcyjne nie zmuszają nas do aktywności ruchowej poza codzienną, samoobsługową krzątaniem wokół siebie. I byłoby tak dalej, gdyby nie coraz bardziej niepokojące i tragiczne wyniki badań o wpływie braku odpowiedniej aktywności ruchowej, a właściwie fizycznej (Drabik 2009) na nasze zdrowie. Zatem dzisiaj jedynym nakazem do tej aktywności są względy rekreacyjno-zdrowotne (Grabowski 2004). Niestety, ani względy zdrowotne, ani nawet perspektywa cierpienia z powodu chorób na własne życzenie ciągle nie jest wystarczającym motywem do podejmowania odpowiedniej aktywności. Nie czekajmy, by choroba przypomniała nam o zdrowiu. Nie zapominajmy o ostrzeżeniu Horacego: „jeśli nie biegasz pókiś zdrów, będziesz biegał kiedy zachorujesz”. Potwierdzenie tego znajdujemy dziś w szpitalach na oddziałach kardiologicznych u osób po zawale mięśnia sercowego przemierzających przypisane im kilometry na bieżni mechanicznej. Miejmy to ciągle na uwadze. Wtedy będziemy bardziej zdecydowani w czynnym zdobywaniu zdrowia, a nie tylko w pozostawaniu w modlitwie o nie. Oczywiście musimy też pamiętać, że sama aktywność fizyczna nie zapewnia zdrowia w sposób pewny i wystarczający - jest jedynie niezbędnym, obok wielu innych, składnikiem zdrowego stylu życia, leżącym jednak u jego podstawy (patrz rozdz. 3.1.). Dotychczasowa wiedza, chociaż takowa zawsze jest niekompletna (Grabowski 1998), pozwala jednak dziś skonstatować, że aktywność fizyczna jest przynajmniej częściowym rozwiązaniem części problemów zdrowotnych człowieka.

Zbierane od lat dane są prawie niezmiennie. Rozpowszechnienie aktywności fizycznej w naszym społeczeństwie nigdy nie przekroczyło 10%. W najbardziej wiarygodnych badaniach międzynarodowych z 2001 roku (Drygas i wsp. 2002) Polska należała do krajów o najniższym odsetku osób w wieku 25-64 lat, deklarujących dużą aktywność fizyczną, tj. ćwiczenia fizyczne trwające co najmniej 30 min od 4 do 7 dni w tygodniu i/lub komunikacyjna aktywność trwająca dłużej niż 60 min dziennie przez większość dni tygodnia. Niestety „świadoma i aktywna praca nad własnym ciałem jest zjawiskiem rzadko spotykanym w wieku rozwojowym, dojrzałym i podeszłym” (Demel 1992). Nikły odsetek Polaków aktywnych fizycznie potwierdza opinię, że promocja tej aktywności oznacza promocję zdrowia naszego społeczeństwa (Charzewski 1997). Droga do tego prowadzi poprzez zmianę stylu życia. Zmiany te można wspomagać różnymi sposobami motywowania ludzi do dodatkowego wysiłku. Jednym z nich może być właśnie system honorowych nagród zachęcający do starań o własny rozwój i zdrowie, a w konsekwencji o wyższą jakość życia

(zmieniony fragment z punktu 6 przesłanek ogólnych „założeń” projektu). Symptomy zmian stylu życia są już obserwowane w naszym społeczeństwie. Projekt niniejszy ma tym zmianom sprzyjać.

Wysiłek fizyczny, ten nie weekendowy, ale systematyczny, dzień po dniu (a o taki chodzi w projekcie), nielekki i znojnny, jest wyrzeczeniem się, wspomnianego już wygodnictwa i w tym sensie może być dyskomfortem, a nawet swoistym „cierpieniem”, „cierpieniem” jednak pożądanym. Bez wysiłku bowiem, bez zaangażowania się w tym co trudne, nie jest możliwe pełniejsze poznanie samego siebie (do czego nawołuje napis w świątyni w Delfach) i dalszy rozwój. Człowiek musi poznać siebie, „jeśli ma przejawiać wiarę w świat wartości” (Fromm 1994). Aktywność fizyczna przybliżając siebie sobie samemu daje szansę bardziej gruntownego poznania siebie. Owo, wymienione wcześniej, „cierpienie” „jest drogą do zmiany” siebie (Benedykt XVI). Można przyjąć, że tak jest w istocie, skoro biegacze długich dystansów powiadają, iż z każdym kilometrem rośnie życzliwość dla drugiego człowieka. Jeśli tak, to być może taki wysiłek „ułatwi prawdziwą pracę, która polega na szukaniu prawdy w sobie i podążaniu swą własną drogą” (Dalajlama, za: Ferry 1998). Szukanie prawdy jest przejawem wiary w świat wartości. To zaś wymaga poznawania siebie. Aktywność fizyczna jest jedną z dróg poznawania siebie, „przybliżania siebie sobie samemu” (Fromm 1994). Jest zatem jeszcze inną okazją do głębszego, prawdziwego rozwoju człowieka - ku jego zmianie wewnętrznej -sensowniejszemu ucłowieczeniu - dobru, a to ma kluczowe znaczenie moralne, bo „tylko dobry człowiek czyni dobre rzeczy” (Marcin Luter) i „tylko ten, kto rozwija sam siebie, czyni dobro” (przysłowie buddyjskie).

Aktywność fizyczna ma charakter nie tylko biologiczny, bo wysiłek fizyczny wymaga wydatku energetycznego, ale i kulturowy, ponieważ rodzaje tej aktywności wynikają z danej kultury (Malina 2002), ale też, można rzec transcendentny, bo służy ona zmianie człowieka bardziej ku interesowi swojego Ja. I chociażby z tych powodów aktywność fizyczna nie może być tylko przyjemnością, ale też obowiązkiem wobec siebie, swego zdrowia i zdrowia innych. I w tym sensie jest zajęciem niezbędnym i wielce pożytecznym. Zauważył to już św. Tomasz z Akwinu: „Każdy ma obowiązek troszczyć się o własne ciało”. Pamiętajmy, że to ciało otrzymaliśmy i nie mamy od nikogo żadnego upoważnienia, by je niszczyć, bo zniszczone nie posłuży ani nam, ani innym. Będzie tylko utrapieniem dla innych (Drabik 2009a). Zatem, aktywność ta nie może być „spychana na mieliznę wolnego czasu” (Demel 2008) i być „świętecznym dodatkiem do życia” (Demel 1992). Jej jedynym motywem nie może być też, podnoszona przez niektórych, tylko przyjemność. Z doświadczeń autora wynika, że najważniejszym motywem u osoby dorosłej jest szansa na utrzymanie i poprawę różnych aspektów zdrowia. Przekonanie o tym, płynące z wiedzy o takim właśnie znaczeniu aktywności fizycznej, jest zupełnie wystarczającym motywem podjęcia i utrzymania tej aktywności. Poszukiwanie radości i przyjemności w treningu zdrowotnym jako jedynego motywu jest mocno przesadzone, przereklamowane i mało realne. **W życiu bowiem jest niewiele wysiłków bardzo męczących i przyjemnych jednocześnie.** A tak na marginesie, pomijając skrajne stanowisko pierwszego hedonisty - Erystypa, nieco złagodzone przez Epikura wprowadzeniem różnej rangi przyjemności **oraz** ostrzeżenia, iż zbyt silne uganianie się za przyjemnościami może **wywoić** cierpienie; wszyscy inni rozważający etykę hedonistyczną, z Platonem i Arystotelesem na początku, konkludowali, że przyjemność nie może być naczelną zasadą działań człowieka (wybacz Czytelniku to, i kilka innych, kantowskie zdanie - zbyt długie i zawile). Nie może ona zatem, jak ujął to E.Fromm (1994), stanowić kryterium wartości, przesądzać, co jest dobre, a co złe. W przeciwnym razie byłby to hołd dla etycznego relatywizmu, tak charakterystycznego niestety, obok przedkładania interesu własnego nad wszystko, dla społeczeństwa współczesnego, zwłaszcza dla jego

części modernistycznej. Projekt w swojej części programowej adresowanej do dzieci i młodzieży może być przygotowaniem do uczestnictwa w sporcie. Wymaga bowiem wszystkich warunków charakterystycznych dla uczestnika sportu, np. systematyczności, obowiązkowości, odpowiedzialności itd. Programy te mogą być więc swoistym przedszkolem dla sportu wyczynowego i stwarzać w perspektywie- nadzieję na zwiększenie liczby sportowców w naszym kraju.

Wreszcie na koniec argumentów przemawiających za realizacją tego projektu można przywołać słowa Prezydenta USA J. F. Kennedy'ego: „Nie pytajmy, co może zrobić dla nas ojczyzna, pytajmy, co my możemy dla niej uczynić”. Słowa te nie tylko wiążą się z wątkami w poprzednich akapitach, ale zachęcają do podejmowania różnych działań również ze względów patriotycznych. Czyż włączenie się w realizację wymagań regulaminowych nagrody, o której mowa, nie może być przejawem patriotyzmu?

Patriotyzm rozpatrujemy w kategoriach postaw, tj. gotowości do działania. To element postawy obywatelskiej. Patriotyzm (łac. **patria** - ojczyzna, grek. **patriotes** - obywatel, rodak, ziomek) - postawa szacunku, umiłowania i oddania własnej ojczyźnie oraz chęć ponoszenia za nią ofiar. Charakteryzuje się on przedkładaniem celów ważnych dla ojczyzny ponad partykularne interesy własne (Popularna encyklopedia powszechna 2004). Dziś nikt nie myśli o składaniu siebie w ofierze za ojczyznę. Powinniśmy jednak o takich okresach w naszej historii pamiętać. Nie możemy tego, jak i w ogóle całej naszej historii zapomnieć bez szkody dla nas samych - mimo i wbrew głoszonemu dziś hasłu, że: „jako naród jesteśmy zbyt mocno zanurzeni w historii” (M. Środa w TVN24). Znajomość przeszłości poszerza bowiem pole wyboru, bo wiedza o przeszłych uwarunkowaniach modyfikuje obecne ich skutki (H. Marrow za: Padorose 1994). Pamięć jest gwarancją tożsamości osobowej i zbiorowej (Padorose 1994).

Przez dziesiątki lat lansowano jeszcze inne, szersze rozumienie patriotyzmu: „W krajach socjalistycznych patriotyzm jest integralnie zespolony z internacjonalizmem, z poczuciem więzi z całą wspólnotą państw socjalistycznych, międzynarodowym ruchem robotniczym i siłami postępu na świecie” (sic!) (Encyklopedia powszechna 1975). Z wcześniejszej definicji patriotyzmu wynika, że jest on przynależny konkretnej ojczyźnie, jest związany z konkretnym narodem. Mimo to dzisiaj, po 20 latach suwerennego kraju niektórzy nawiązują jeszcze do owej „więzi z całą wspólnotą”, sugerując, że „...nową formą patriotyzmu jest także bycie dobrym obywatelem Europy” (Marszałek Sejmu - B. Komorowski) (Wójcik „Aktywny patriotyzm”). W tym też kierunku zmierzają wymienione dalej uwagi J. Urbana: „dziś patriotyzm narodowy i państwowy staje się anachronizmem”, „potrzebą jednoczenia się Europy jest umniejszanie znaczenia patriotycznych postaw” (Wójcik „Aktywny patriotyzm”). Kierunek ten nie znalazł potwierdzenia w reakcji Polaków oddających 10.04.2010 r. hołd Prezydentowi Lechowi Kaczyńskiemu. Akurat ta „potrzeba (...) Europy” nie przez wszystkich została wtedy zaakceptowana. W tym kontekście do zaakceptowania jest natomiast patriotyzm jako walka o godne miejsce Polski w Europie (L. Kaczyński - z przemówienia podczas inauguracji roku akademickiego w UM w Łodzi, 2009) czy: „potrzebna jest tu przyzwoita postawa obywatelska w służbie własnego państwa” (T. Nałęcz). (Wójcik „Aktywny patriotyzm”). Patriotyzm powinien wypływać z wewnętrznej potrzeby służenia sobą innym. Taki patriotyzm wymaga wysiłku. Może to być też wysiłek fizyczny pod postacią systematycznej aktywności fizycznej - treningu zdrowotnego (nieważne w tym miejscu jak rozumianego). Trening ten to wyraz troski o siebie, ale jednocześnie troski o innych. Ta myśl wobec innych zbliża nas do odnajdywania samego siebie, gdyż - parafrazując Biblię - „kto traci samego siebie, odnajduje się”. Powinność wobec

innych skłania nas do poświęcenia się, a więc patriotyzmu, a tam gdzie się ono pojawia „odnajdujemy także poczucie istnienia wyższych wartości” (Ferry 1998, s. 92). Przyznajemy wtedy, że są inni, dla których warto to uczynić.

Aktywność fizyczna przejawiana ze współuczestnikami (np. w grach sportowych) może budzić poczucie wspólnoty - ważny wyróżnik patriotyzmu. Może ona też jednoczyć społeczeństwo wokół wartości patriotycznych. Fizyczny trening zdrowotny to swoiste poświęcenie. Gdy towarzyszy mu myśl o innych, staje się rzadkim dzisiaj dobrem. Jest dobrem przewyższającym dobro troski o siebie jako szczątkowej formy dawnego umierania za ojczyznę, humanizacją tamtego poświęcenia się. To dar z siebie. Praca nad sobą, zwłaszcza gdy dotyczy naszego ciała słabego, jest także swoistym aktem odwagi (mieszczącej się również w pojęciu patriotyzmu). Należy żałować, że jest tak mało ludzi w tym znaczeniu odważnych. Szkoda, bo zajmowanie się ciałem (jego tworzeniem) jest nadawaniem mu sensu. To tworzenie, mimo wielu ograniczeń (np. stadium rozwoju biologicznego), wrywa człowieka z trwania na rzecz stawania się, zgodnie z sentencją Heraklita - nic nie jest, lecz wszystko płynie w nurcie stawania się (**panta rhei**). W kategoriach sensu można też rozpatrywać zdrowie. Jest ono jedną z podstawowych wartości, do których się dąży lub których nie chce się utracić. Warto pamiętać - możliwość wyboru wartości stanowi z kolei o istocie wolności człowieka, a poza tym - kierowanie się wartościami odróżnia człowieka gatunkowego od człowieka osoby. Dzięki wartościom rozpoznajemy się też jako ludzie (Herling-Grudziński 2000). Działania związane z wartościami, mające na celu ich utrzymanie, stają się podstawą poczucia sensu życia, a od odpowiedzi o sens życia zależy jego akceptacja (Mariański 1999) lub frustracja egzystencjalna, a nawet unicestwienie (Franki 1978). Człowiek uważający swoje życie za pozbawione sensu, nie tylko nie może osiągnąć szczęścia, ale w ogóle nie nadaje się do życia (Einstein 1934). To ostatnie, dość skrajne i w części końcowej raczej nie do przyjęcia stanowisko koresponduje jednak, ale tylko poniekąd, z myślą Jana Pawła II - „człowiek nie może żyć bez sensu i bez nadziei” (Orędzie na Światowy Dzień Misyjny 1998). Z sensu życia nie powinniśmy zatem rezygnować. Ma on jednak to do siebie, że trzeba go nieustannie urzeczywistniać, bowiem nie jest on nam dany raz na zawsze (Heller 2002), podobnie jak sprawność fizyczna oraz zdrowie. Sens życia nie jest czymś, co odkrywamy, lecz czymś, co naszemu życiu sami możemy nadać (Popper 1997). Troska o ciało, o której tu mowa, z myślą o sobie i innych może właśnie temu służyć.

Rozważając zajmowanie się ciałem w formie treningu zdrowotnego, trzeba pamiętać, że brak niezbędnego dla zdrowia poziomu aktywności fizycznej w końcu zabija. W wymiarze globalnym, powtórzmy to jeszcze raz, dotyczy to prawie 2 milionów ludzi rocznie (WHO 2004). Wszyscy oni, na którymś etapie swego nieszczęścia, byli leczeni. Na to leczenie pod postacią podatków składali się inni, również ludzie biedni. Fakt obciążania ludzi niewinnych skutkiem lenistwa ruchowego innych osób jest amoralne i antypatriotyczne. Jest to więc etyczny i patriotyczny wymiar aktywności fizycznej, ponieważ koszty leczenia i zgonów umniejszają bogactwo narodu.

Z punktu widzenia **zdrowia publicznego** brak aktywności fizycznej jest ważnym problemem społecznym również dlatego, że znacznie więcej osób jest nieaktywnych fizycznie na poziomie korzyści dla zdrowia niż mających inny, pojedynczy czynnik ryzyka¹ (McGinnis 1992, U.S. Department... 1987). Stąd, ze wszystkich czynników ryzyka najważniejszy jest brak aktywności fizycznej. Koszty społeczne byłyby znacznie mniejsze,

1. Czynnik ryzyka: „każde zjawisko, o ile istnieje statystycznie istotny związek między nimi a wystąpieniem jakiegoś niekorzystnego rezultatu - choroby, inwalidztwa czy przedwczesnej śmierci” (Grębocki 1992, s. 38).

gdyby u każdego człowieka podstawowym elementem stylu życia była właśnie aktywność fizyczna. Styl życia to wybór takich lub innych zachowań zdrowotnych. Zatem to, czy jesteśmy aktywni fizycznie, czy nie, to oczywiście nasz wybór, ale sprawa jest nie tylko nasza.

Każdy aktywny fizycznie działa na rzecz narodu. Jest to więc działanie nie tylko zdrowotne, ale i patriotyczne. Tak szerokie spektrum aktywności fizycznej skłania nas do jej podejmowania z myślą o powinnościach i odpowiedzialności chociażby wobec osób nam najbliższych, potrzebujących efektów naszej aktywności fizycznej - lepszego zdrowia, sprawności fizycznej - dla ich większego bezpieczeństwa i spokoju. Tak jak występek jest brakiem odpowiedzialności, która obok troski, szacunku i wiedzy o drugim człowieku jest formą miłości do niego (Fromm 1994), tak brak aktywności fizycznej w kontekście odpowiedzialności jest swoistą (moralną przewiną wobec najbliższych. A poczucie winy zawsze osłabia człowieka. Troska o rodzinę - podstawę silnej ojczyzny, to też przejaw patriotyzmu. Zdrowy członek rodziny ma dla niej więcej czasu. Troska o ojczyznę to troska o nas samych, ale także o naszych bliskich. Oni oczekują naszego zdrowia, w tym naszego sprawnego ciała. To ciało staje się wtedy jeszcze większym dobrem, bo dobru służy (Pawłucki 2007). Tym bardziej, że dążenie do tego dobra nie wymusza w żadnym stopniu umniejszania godności ludzkiej. Wprost przeciwnie - ją podnosi, ponieważ spełnia wymóg jednoczesnej troski o siebie i innych. Przyniesienie na dobro ciała w treningowych zabiegach wokół niego pomaga człowiekowi odkryć prawdę o życiu sensownym (Pawłucki 2007). W każdym ciele jest dość siły, by podjąć jakiś trud na rzecz swego ciała. Ta siła tkwi w świadomości tej siły. Wykorzystujmy tę moc do tworzenia ciała zdrowego i przydatnego innym. Jeśli nasze ciało nie jest zdrowe, nie możemy też wiele pomóc państwu. Świadomość takiego ciała ujawnia się w czynie dla innych i w tym większej potrzebie dbałości o nie (Wojtyła 1994). Taki czyn jest najgłębszym sensem naszego ciała. A los sensu jest w naszych rękach (Reeves 1994). Tak m.in. rozumiane życie sensowne jest wyrazem patriotyzmu, który sam w sobie jest nie tylko cnotą (a nie „demonem”, jak twierdził po 10.04.2010 roku jeden z komentatorów TVN24), ale też życiem sensownym w jeszcze szerszym aspekcie. Osoby, które podejmą ten obowiązek uczestniczyć będą w największym projekcie globalnym zmniejszenia ludzkich, wielowymiarowych cierpień i przywracania godności sobie i innym (też element patriotyzmu). Wszystkim tym, którzy uciekają przed tym obowiązkiem wobec swego organizmu, a nie protestują przeciw np. nadobowiązkowemu dokarmianiu go, poleca się częstsze wizyty na oddziałach chorób metabolicznych lub oddziałach kardiologicznych. Wtedy na ogół człowiek zaczyna rozumieć, że motywem i powodem aktywności fizycznej nie może być tylko szukanie przyjemności i radości. I być może, uświadomi sobie także, że łatwiej oszukać umysł niż własne ciało (Fromm 1994).

Wspomniana troska o innych wpisuje się w art. 29 Deklaracji Praw Człowieka z 10.XII.1948 roku - „(...) każdy człowiek ma obowiązki wobec społeczeństwa”. Dodajmy tutaj, że pamięć o swoich obowiązkach wobec innych jest jednym z wartości kapitału społecznego (zasobu, którego źródłem są dobre relacje między ludźmi, pomoc w rodzinie, zaufanie itp.), bez którego każdej społeczności grozi regres.

Wyrazem patriotyzmu dzisiaj nie musi być umieranie za ojczyznę, ale rozumne i pożyteczne życie dla niej, spłacanie wobec niej specyficznego długu, bowiem, jak ujęła to moja była studentka (I. Hohn) - „ojczyzna dała nam wszystko”. W niej zaczęło się nasze życie i jego sens. Ofiarowała nam miejsce dorastania, wykształcenia i pracy. Podzieliła się z

nami całą sobą. Dlaczego więc nie możemy okazać jej trochę wdzięczności? Bycie patriotą jest najlepszym sposobem na docenienie tych darów. Wyrazem patriotyzmu może być opisany wysiłek fizyczny nad sobą, ale i z myślą o innych. Tak się składa, że spośród wszystkich zachowań zdrowotnych człowieka, jedynie w przypadku aktywności fizycznej chodzi o dawanie czegoś z siebie, dawanie pod postacią wysiłku, zmęczenia, potu. Niestety, zwykle łatwiej jest brać niż dawać. Wydawałoby się, że „(...) zaiste musi być trudne to, co się tak rzadko znajduje” (B. Spinoza). Ten dar dla ojczyzny, choć niezbyt kosztowny, jest jednak możliwy dla większości ludzi. Na ponoszenie pewnego wysiłku zwracał uwagę Jan Paweł II: „Nie chcecie ojczyzny, która was nic nie kosztuje” (Jan Paweł II 1994).

Bycie nieaktywnym fizycznie jest oczywiście indywidualnym wyborem (który jest wynikiem wolności decyzji - przyp. J. D.) usprawiedliwionym wolnością osobistą, ale wolność w sferze zdrowia jest kajdanami drugiego w sferze podatków i składek ubezpieczeniowych (Gniazdowski 1990) - owych wcześniej wspomnianych kosztów społecznych. Poza tym - wolność swoich decyzji jest obciążona zawsze brzemieniem odpowiedzialności (I. Kant, za: Popper 1997). Skutki siedzącego stylu życia uderzają bowiem w innych - w naród, państwo - i przez to przeczą postawie patriotycznej. Aktywność fizyczna jest więc naszym obowiązkiem i, powtórzmy tu, nie może być dalej „spychana na mieliznę czasu wolnego” (Demel 2008). Jako obowiązek mieści się w formule patriotyzmu - odpowiedzialności za państwo, a taki patriotyzm przyczynia się do tworzenia wspomnianego już kapitału społecznego naszego narodu. W celu wyzwolenia tego obowiązku państwo ze swojej strony może i powinno inicjować i sprzyjać różnym przedsięwzięciom promującym i premiującym aktywność fizyczną (Cendrowski 2009). Przykładem tego, a zwłaszcza owego premiowania może być projekt „Polska w ruchu”.

Celem projektu jest ochrona podstawowych wartości biologicznych społeczeństwa, tworzenie klimatu zainteresowania i uznania dla indywidualnych, zbiorowych i instytucjonalnych przejawów dbałości o zdrowie i sprawność fizyczną oraz wywołanie pożądanego impulsu społecznego. Jej główną przesłanką jest pilna potrzeba, aby wyróżniające się rezultaty poświadczonych zachowań obywatelskich motywować systemem honorowych nagród (dyplom Prezydenta RP), przyspieszając w ten sposób przejawianie indywidualnych starań Polaków, obecnie bardzo sporadycznych, o własny rozwój, sprawność fizyczną i zdrowie, a w rezultacie -o wyższą jakość życia. Wspomniana sprawność jest jednym z najważniejszych wyróżnień jakości życia i jej gwarantem. Człowiekowi o niskim poziomie sprawności fizycznej trudniej pełnić role społeczne. Umniejsza to jego przydatność w społeczeństwie, a w skrajnym przypadku staje się uciążliwe dla tego społeczeństwa. Nie ma pełni zdrowia bez zadowalającego poziomu sprawności fizycznej. Decyduje ona o zaradności ruchowej w różnych sytuacjach życiowych, również w tych dla obrony ojczyzny. Jej wysoki i wielostronny poziom może ułatwić człowiekowi pracę dla siebie i kraju, rozszerzać kontakty międzyludzkie, tworzyć nowoczesny styl życia, który przesądza o naszym zdrowiu. Upowszechnienie zdrowego stylu życia wymaga upowszechnienia aktywności fizycznej - pierwotnego nośnika zdrowia. Wtedy ta aktywność może stać się jednym z ważniejszych, osobniczo wyróżniających wartości współczesnego człowieka gotowego do działań na rzecz ojczyzny. Decydując się na bycie nieaktywnym fizycznie, wpisujemy się w swoistą segregację - w podział na aktywnych i nieaktywnych (Grabowski 2009). Nie powiększajmy tego obszaru. Nie czynimy tego, ponieważ może to, jak powiada H. Grabowski - godzić w poczucie własnej wartości, a więc i w postawę obywatelską.

Patriotyzm należy do wartości uniwersalnych, tj. aktualnych zawsze, podobnie jak wolność, miłość, sprawiedliwość i zdrowie. Te wartości trzeba w sobie budować i umacniać. To ostatnie, obok edukacji, to wartość budująca społeczeństwo solidarne, równych szans (Prezydent RP Lech Kaczyński - z przemówienia podczas inauguracji roku akademickiego w UM Łódź 2009). Zaniedbania w realizacji standardów zdrowia, nietworzenia warunków do prowadzenia życia zdrowego są szczególnym przejawem niesprawiedliwości społecznej. Jej poczucie nie służy patriotyzmowi. Aktywność fizyczna jest pozamaterialnym warunkiem życia zdrowego. Bez niej nie może być mowy o pełniejszym zdrowiu.

Zdrowie zaś jest wartością (za: Woynarowska 1989), dzięki której człowiek może realizować swoje aspiracje, a tym samym poprawiać swoją jakość życia, co w prostej linii prowadzi m.in. do większej wydajności pracy dla ojczyzny i do pomnażania dóbr narodowych. Dbanie o te dobra poprzez zabiegi wokół zdrowia jest wyrazem patriotyzmu. Społeczne skutki braku zdrowia, zwłaszcza fizycznego, które zawdzięczamy nie tylko naturze, ale i sobie (Demel 2008), są rozległe (np. U.S. Department... 1996, Nieman 1998, Bouchard i wsp. 2007). Różne zagrożenia dla narodu, w tym zdrowotne, ukierunkowują działania patriotyczne i wzbudzają poczucie powinności. W tym kontekście nasza aktywność fizyczna jest również powinnością. Pisaliśmy o tym wcześniej. Każda troska o państwo jest formą patriotyzmu. Dbanie o zdrowie to dbanie o siłę państwa i współodpowiedzialność za dalsze losy kraju. Zdrowie jest nie tylko wartością, ale i zasobem (za: Woynarowska 1989) - bogactwem dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny. Nie bez znaczenia i związku jest tu rozumienie zdrowia jako części naturalnych psychicznych zasobów człowieka (Fromm 1994). Dbanie o zdrowie jest wkładem w rozwój gospodarki, a więc przejawem patriotyzmu. Zdrowie jest nie tylko dobrem publicznym (Karski i wsp. 1997), ale i wartością narodową, dobrem wspólnym. Troska o takie dobro, m.in. poprzez aktywność fizyczną, jest przykładem postawy patriotycznej.

Z problematyką omawianą w tym tekście wiąże się art. 5 Konstytucji RP z 1997 roku o tzw. zrównoważonym rozwoju. Ekonomicznym wyrazem postępu kraju w duchu „rozwoju zrównoważonego” są działania na rzecz poprawy kondycji fizycznej i psychospołecznej (Korporowicz 2008). Do rozwoju zrównoważonego są zobowiązane przede wszystkim władze rządowe. Kondycji tej, zwłaszcza fizycznej, nie można budować bez aktywności fizycznej. Bez niej nie można też budować zdrowia, które w obszarze fizycznym jest zresztą niemal tożsame z tą kondycją. Dbając o własną kondycję, dbamy o kondycję narodu, a ta jest dobrem wspólnym. Troska o to dobro jest wypełnieniem obowiązków konstytucyjnych obywatela. Każdy kraj jest silny przede wszystkim siłą swych obywateli. Ich siła jest wkładem w rozwój ojczyzny. Tej siły nie będzie bez aktywności fizycznej i usprawniania za jej pomocą ciała. Sprawność fizyczna, jako rezultat w dużej mierze aktywności fizycznej, ułatwia pracę, czyni ją bardziej wydajną, ubogaca wypoczynek czynny, rozszerza kontakty towarzyskie, tworzy nowy styl życia. Do biologicznego przetrwania narodu niezbędna jest aktywność fizyczna. Każdy ją podejmujący wykazuje postawę obywatelską, której elementem jest patriotyzm.

Renata Podlasińska

Kraków – Szkoła Podstawowa nr 43

Czas na Zdrowie

Projekt Fundacji BOŚ: „Czas na zdrowie” łączy rozpowszechnianie wiedzy dotyczącej właściwego stylu życia z dawką zdrowej zabawy. Konkurs ma formę międzyszkolnej rywalizacji zespołowej. Jest adresowany do uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, a także nauczycieli i rodziców.

W pierwszym etapie zespoły uczniów, działające pod opieką nauczyciela, zdobywają, a następnie promują wśród społeczności szkolnej wiedzę z zakresu dokonywania wyborów, służących zdrowiu.

Drugi etap stanowi organizacja ogólnoszkolnego Festynu Zdrowia, który będzie obfitował w atrakcje: wspólne zabawy ruchowe dla młodzieży i dorosłych, zdrowy poczęstunek oraz udział zaproszonych przez młodzież gości.

Główny punkt programu to pokaz serii filmów edukacyjnych pt. „Śmietnik w mojej głowie”. Filmy, powstałe w konsultacji ze specjalistami z ośrodków naukowych i uczelni wyższych, w lekki, zabawny sposób mówią o stereotypach funkcjonujących w społeczeństwie oraz sposobach ich przełamania. Pozwalają na zrozumienie problematyki przez widzów należących do różnych grup wiekowych.

Naszą szkołę reprezentuje zespół o nazwie **„Czterdziestka trójka”**, którą tworzy 10 dziewczynek z kl.4-6.

Kiedy robiono zdjęcia tego zespołu nie udało się zgromadzić wszystkich dzielnych dziewczyn. Zawsze brakowało którejś. Aby pokazać jednak wszystkie dzielne wolontariuszki na okładce Lidera daliśmy dwa fotosy. W ten sposób są wszystkie !

Koordynatorem zespołu jest pani **Renata Podlasińska**.

Zespół tworzą :

Maja Wielgosz, Maria Leszczyńska, Natalia Klotzer, Natalia Cichoń, Weronika Rudolf, Dominika Surman, Emilia Wielgus, Joanna Radwańska, Aleksandra Taran, Natalia Ślusarczyk.

ROZGRZEWKA już za nami! Rozgrzewka to etap przygotowawczy w projekcie. W naszej szkole trwała od 01 marca 2013 do 30 kwietnia 2013 i polegała na:

- powołaniu 10 - osobowego zespołu szkolnego,
- zapoznaniu się z tematyką prozdrowotną,
- stworzeniu prezentacji o zdrowym stylu życia,
- przygotowaniu scenariusza „Festynu Zdrowia”, na którym :
 - zorganizujemy szkolny pokaz filmowy pt. „Śmietnik w mojej głowie”,
 - przygotujemy zdrowy poczęstunek oraz
 - poprowadzimy zabawy ruchowe dla wszystkich chętnych dzieci, nauczycieli, rodziców i zaproszonych gości.
 - wyznaczymy osoby koordynujące, wspomagające, wolontariuszy,
 - promocji „Festynu Zdrowia”

Podczas realizacji I części projektu uczniowie wykazali się dużą pomysłowością i innowacyjnością np.

- opracowali gazetkę prezentującą wiedzę o roli racjonalnego odżywiania i aktywności fizycznej,
- poprowadzili w ramach godzin wychowawczych zajęcia o zdrowym odżywianiu i aktywności ruchowej,
- na lekcjach przyrody opracowali mapkę Małopolski z gospodarstwami produkującymi żywność ekologiczną
- na lekcjach języka polskiego opracowali „Poradniki zdrowego trybu życia”,

– wykonali plakaty na apel zdrowie w ramach zajęć z plastyki.

Zwieńczeniem „rozgrzewki” został **Apel zdrowia** dla klas 1-6, który odbył się 11 kwietnia 2013 w sali gimnastycznej. Całej społeczności szkolnej przedstawiono zespół pracujący nad projektem. Pokazano także prezentację przygotowaną specjalnie dla wszystkich uczniów dotyczącą problematyki konkursu „Czas na zdrowie”.



Ponieważ w projekcie może uczestniczyć tylko 10 osób, pozostali jako wolontariusze chętnie włączyli się do działań.

Klasa 5b pod opieką pani Elżbiety Milki- Bylicy zaprezentowała pouczające przedstawienie pt. „**Zdrowy czerwony kapturek**”, który owacyjnie został przyjęty przez zgromadzoną publiczność.



Klasa 3a wraz z panią **Katarzyną Jurkowską** zaprezentowała ciekawe scenki „O zdrowiu na poważnie i wesoło”. W czasie przedstawienia odwiedzili nas: Duch-Lekko Duch, Duch-Kluch, Królowa Śnieżka a także Baba Jaga. Wszystkie postaci zostawiły rady i wskazówki jak zdrowo żyć.

Grupa uczniów z klas 4-6 pod opieką pana **Dariusza Palarskiego** w humorystyczny sposób uświadomiła nam wagę właściwych relacji między dorosłymi a dziećmi oraz ich wpływ na kształtowanie się postaw prozdrowotnych.

Najmłodszy uczniowie z pomocą pani **Barbary Boroń** przedstawili widowisko pt. „Dziwna choroba”. Przestrzegając przed zbyt długim spędzaniem czasu przy telewizorze i komputerze, a także zachęciła dzieci do większej aktywności ruchowej.

Ponadto dziewczynki z klasy 5a pod opieką pani **Alicji Gąsiorskiej** przygotowały krótkie przedstawienie o witaminach. Wspólnie z uczniami klasy 1b wystąpili przed publicznością złożoną z kl. 1-3 oraz zaproszonych rodziców.

Cała szkoła bardzo aktywnie uczestniczyła w przedsięwzięciu o promowaniu zdrowego odżywiania i aktywnego trybu życia.

Nie pozostaje nam nic innego, tylko oczekiwać na dzień 29 maja. To będzie dopiero wydarzenie! Nasz szkolny Festyn zdrowia!



Feliks Rochowicz

Ilawa

Kształtowanie kondycji fizycznej w treningu obwodowym

(Feliks Rochowicz, trener lekkoatletyki, konsultant-metodyk w Miejskim Uczniowskim Klubie Lekkoatletycznym „Brodnica”). Przedruk z SW nr 2. 2010 r.

Uwagi ogólne

Przygotowanie młodego człowieka do uzyskiwania wyników sportowych należy do trudnych wychowawczo i metodycznie zabiegów trenerskich. Trening fizyczny jest wyrazem genetycznej ekspresji, czyli właściwym odczytaniem informacji o predyspozycjach jakie kumulują geny i przetworzeniem tej informacji na efekty motoryczne, jak siłę, szybkość czy wytrzymałość. Inaczej, by rozwinąć talenty, trzeba ciężko i z namysłem pracować.

Często my, w jednej osobie nauczyciele i trenerzy, prowadzimy dyskurs nad metodami i środkami w szkoleniu dzieci i młodzieży. Polemika dotyczy zarówno

intensywności, jak i treści ćwiczeń fizycznych, które sprzyjać będą wysokiej sprawności fizycznej, przekładającej się na maksymalną formę naszych podopiecznych. Formę-kondycję taką, dzięki której podopieczni nasi sięgną po satysfakcjonujące nas zaszczyty. Nasze podejście do kwestii sukcesu - niestety - kryje czasem wiele słabych stron. Ma to miejsce w przestrzeni etyki trenerskiej, a dotykającej podmiotowości wychowanka w procesie edukacji sportowej. Ekspozujemy wówczas naszą postawę bardziej na mieć, niż na być, czyli zapominając o ludzkim wymiarze sportu i wychowania.

Dla sukcesu - przeżycia ulotnej chwili czasu - masakrujemy dziecka fizis i duszę, niszcząc często jedyne niepowtarzalne, istnienie ludzkie. Zatrącając talent, niszczymy dla dziedzictwa kulturowego to, czego nie jesteśmy określić na przyszłość - być może sukcesora olimpijskiego.

Dlatego jestem za ekspozowaniem środków i metod nie ekspansywnych i bezpiecznych, a jednocześnie skutecznych. W pracy nad sprawnością fizyczną i ruchową z młodzieżą do lat 16 jestem za zasadą uniwersalności, czyli wszechstronności. Bowiem, według Jana Mulaka przy pomocy metod i środków nieinwazyjnych o charakterze wszechstronnym w kształceniu cech kondycyjnych, zdolnego młodzieńca doprowadzić można do wyników II klasy sportowej². Chcę wyraźnie zwrócić uwagę na znane, ale zaniechane metody i formy pracy nad kondycją fizyczną, środkiem - zapomnianym jakby - w treningu sportowym. Większość młodych trenerów w pracy z dziećmi i młodzieżą sięga po metody, formy i środki mistrzów.

Kondycja fizyczna od zarania teorii i praktyki wychowania fizycznego i sportu określana jest jako wysoki stan sprawności fizycznej, dziś dodajmy, że stanu zdrowia. określając bliżej, jest nią zdolność organizmu do pracy długotrwałej o różnym charakterze motoryki, dość intensywnej bez większych objawów zmęczenia, czyli bardzo bliska jest wydolności fizycznej. W nomenklaturze wychowania fizycznego i sportu, kondycja fizyczna oznacza wysoki, zrównoważony, harmonijny poziom trzech cech fizycznych, określających ludzką motorykę, zwanych kondycyjnymi, jak: siła, szybkość i wytrzymałość, która wynika z dobrego zdrowia i stylu życia i wysokiej aktywności fizycznej³. Koordynację ruchową, synonim zwinności, nie zalicza się do cech kondycyjnych, chociaż kształcenie tamtych rozwija koordynację. Kondycja fizyczna to fundament, na którym stawiamy gmach wysokich rezultatów sportowych. Jako ta, która kumuluje w sobie trzy podstawowe właściwości motoryki człowieka, stanowi twarde podłoże do kształtowania specyficznych właściwości.: siły specjalnej w rzutach, czy skokach; wytrzymałości specjalnej w biegach, szybkości w sprintach, czy rzutach.

Chciałbym zaprezentować jedną z form rozwijania kondycji fizycznej, czytaj sprawności fizycznej ogólnej, w zestawie której znajdziemy charakterystyczne ćwiczenia siły i szybkości, wytrzymałości, nawet gibkości, zwinności i koordynacji - nauczanie stacyjny. W literaturze fachowej⁴ prezentowane są różne formy kształtowania kondycji, a przez trenerów wykorzystywane po równo w kształtowaniu ogólnej szybkości, co siły i wytrzymałości. Przydatne w treningu na etapie wszechstronnego przygotowania dla lekkoatletów, w grach sportowych, sportach walki, kolarstwie i etc. Do ekspozowanych form należy trening obwodowy i stacyjny. Trening obwodowy kojarzony jest raczej z kształtowaniem siły.

Wytyczne metodyczne treningu stacyjnego

² Zaremba Zbigniew, Nowoczesny trening biegów średnich i długich, Wydawnictwo „Sport i Turystyka”, Warszawa 1976, s.171.

³ Mała Encyklopedia Sportu, Red. Kajetan Hądzelek, Wydawnictwo „Sport i Turystyka”, Warszawa 1986, s. 292

⁴ Lekkoatletyka - Technika Metodyka Trening, Zespół Redakcyjny, przew. Jan Mulak, Sport i Turystyka, W- wa 1982, s. 29-31.

Pragnę przybliżyć rolę i znaczenie treningu stacyjnego⁵, jako formy budowania kondycji fizycznej, przydatnej w podnoszeniu siły, skoczności i szybkości - cech fizycznych zintegrowanych z wytrzymałością ogólną, nazywaną również wydolnością fizyczną. Zatem model stacyjny budowania kondycji fizycznej może mieć charakter treningu wytrzymałościowo-siłowego, wytrzymałościowo-szybkościowego lub wytrzymałościowo-skocznościowego. Określenie charakteru treningu stacyjnego zależy od przewagi w nim komponenty fizycznej, czyli szybkościowej, siłowej, czy skocznościowej, zaś wytrzymałość jest niczym innym, jak fundamentem scalającym do wykonania zadania.

Zaletą tych zajęć sportowych, szczególnie formy wytrzymałościowo-siłowej, jak również wytrzymałościowo-szybkościowej - lecz w mniejszym stopniu - jest fizjologiczne oddziaływanie na funkcję zaopatrzenia tlenowego, czyli na maksymalny pobór tlenu. Właściwe tej formie pracy nad kondycją będzie pobudzanie układu krążenia i oddychania, łącznie z rozrostem - choć w mniejszym stopniu, niż w typowym treningu wytrzymałości specjalnej - komór mięśnia sercowego oraz stymulacji przemiany materii. Odpowiednio dawkując czas i intensywność ćwiczeń na poszczególnych stacjach - o czym niżej - korzystnie działamy na podwyższanie odporności organizmu na zmęczenie.

W obwodzie formy wytrzymałościowo-siłowej planujemy od 8-12 stacji z odpowiednio dobranymi ćwiczeniami z przewagą siłowych lub - jeśli planujemy charakter treningu wytrzymałości szybkościowej bądź skocznościowej - z dominacją ćwiczeń szybkościowych i skocznościowych. Stosujemy od 2 do 4 obwodów, zależnie od założonej masy obciążenia, od czasu ćwiczeń na stacji, od czasu odpoczynku pomiędzy obwodami oraz od sposobu zmiany i przygotowania się do następnego na stacji zadania ćwiczebnego.

Masa obciążenia ćwiczenia siłowego nie może być wysoka, a taka, by ćwiczący wykonał w żywym tempie od 15 do 25 powtórzeń w serii. W miarę zaawansowania, w kolejnych mikrocyklach (lecz nie w każdym następnym) ilość powtórzeń w serii powinna rosnąć, gdyż... wydłużać należy czas pracy na stacji, ale bez wzrastania masy obciążenia (gryfu, hantli i innych przerobów).

Czasem pracy ćwiczeń na stacji prowadzący reguluje w następujący sposób. Najczęściej trenerzy w pierwszym obejściu obwodu stacji, szczególnie z młodzieżą na etapie przygotowania wszechstronnego w makrocyklu przygotowania ogólnego, rozporządzają czasokresem 15-20 sekund. W drugim i trzecim podejściu do obwodu czas pracy na stacji można wydłużyć do 30 sekund lub pozostać przy założonym na pierwszym podejściu czasokresie. Jednak z upływem kolejnych mikrocykli treningu, czas pracy, w zależności od poziomu wytrzymywania obciążeń, należy na stacji wydłużać nawet do 40-60 sekund! Dotyczy to jednak młodzieży zaawansowanej motorycznie lub zawodników z wysoką klasą sportową. Zakładając 12 stacji po 30 sekund pracy, otrzymujemy sumę czystej pracy 6 minut.

Czas i rodzaje pauzy pomiędzy pracą w kolejnych obwodach powinien obejmować od 4 do 6 minut biernego odpoczynku. Istotny z uwagi na intensyfikację obciążeń w pracy, ma sposób przejścia (zmiany ćwiczenia) do następnego stanowiska stacji w obwodzie. Należy przejście i przyjęcie pozycji wyjściowej tak zorganizować, by ćwiczący jak najmniej tracili czasu na rozpoczęcie kolejnego ćwiczenia (do 30s - minimalny czas na przejście i przyjęcie pozycji wyjściowej). Jednak dla podniesienia skuteczności zajęć w zakresie wytrzymałości ogólnej, jak również dla rozluźnienia organizmu proponuję wypraktykowany sposób zmiany następnego stanowiska przez obiegnięcie całego obwodu. Zaaplikowany sposób ćwiczenia na obwodzie zmusza organizm do długotrwałej, ciągłej pracy. W prawidłowo przeprowadzonym treningu organizm reaguje nagromadzeniem kwasu mlekowego i długim tlenowym, zaś skutkiem zjawiska superkompensacji wzrostem zapasów energetycznych. Dlatego ten rodzaj zajęć fizycznych, w którym nie tracimy szybkości i koordynacji

⁵ Mała Encyklopedia..., op. cit., s. 575

ruchowej, ale podnosimy wytrzymałość (model wytrzymałościowo-siłowy) polecany jest szczególnie - choć nie tylko - biegaczom na dystansie 400m, średniakom i wieloboistom⁶.

Organizacja zajęć

Należy postawić pytanie o okres treningowy, w jakim zastosujemy omawianą formę kształcenia fundamentów sprawności fizycznej ogólnej, zwanej kondycją. Trening stacyjny należy stosować na etapie przygotowania wszechstronnego i ukierunkowanego, ale w makrocyklu przygotowania ogólnego. Zalecany jest w pierwszych tygodniach (8-12) okresu przygotowawczego. Proponuję w okresie wieku 14-18 lat poświęcić jeden do dwóch jednostek treningowych w mikrocyklu tygodniowym. Osobiście, ze względu na zasadę wszechstronności radziłbym tylko jedną taką formę kształcenia, zaś drugą w mikrocyklu przeznaczyć na ćwiczenia z pikami lekarskimi w parach.

Przed przystąpieniem do realizacji formy stacyjnej należy na wstępnym zajęciach uświadomić zasadność zajęć stacyjnych, przećwiczyć z młodzieżą technikę ćwiczeń i - co najważniejsze - zapoznać z organizacją zajęć. Brak właściwej organizacji zajęć rozmontuje założony szczegółowy cel treningu, tym bardziej zważywszy na wątpliwość, jaka różni fizjologiczne oddziaływanie zajęć pomiędzy ćwiczeniami wytrzymałościowo-szybkościowym, a wytrzymałościowo-skocznościowymi czy wytrzymałościowo-siłowymi.

Forma właściwa, bynajmniej na etapie wszechstronnego przygotowania - trening stacyjny w obwodzie - nie powinna wypełniać całkowitego, przeznaczonego na zajęcia sportowe, czasu. Stanowić winna fragment, czyli serce jednostki treningowej, zaś z grupą zaawansowaną jedynie formę rozgrzewki, lecz w okrojonej wersji. Na podstawie osobistych doświadczeń proponuję korzystać z niej również w okresie startowym (młodzicy) w dwóch mikrocyklach zamiast treningu wytrzymałości specjalnej, jako elementu odbudowy kondycji. Odbudowa kondycji (ważnych cech fizycznych-motoryki) stanowi pośrednie zabezpieczenie poprawy formy sportowej. Kolejne bowiem treningi tempowe w późnym okresie startowym z zawodnikami w kategorii młodzików, przyczynić się mogą do wypalenia organizmu, czyli zakłócenia w rezerwach energetycznych młodych organizmów.

Ustawiając ćwiczenia w obwodzie treningu stacyjnego pamiętać należy o jego charakterze: siłowym, szybkościowym, czy skocznościowym. Stąd stosowne do pożądanej sprawności, dobierać należy zadania. Pamiętać o tym, by ćwiczenia na kolejnych stacjach obwodu zmieniały, i strukturę ruchu, i stopień trudności względem energetyki. Nie mogą powtarzać się w strumieniu ćwiczebnym kolejno po sobie zadania intensywne, a należy je przeplatać ćwiczeniami prostymi, nie angażującymi energetycznie. Np. po wyskokach z półprzysiadu, nie należy wstawiać innego trudnego ćwiczenia nóg, ale mogą być pompki, czy nawet ćwiczenie gibkościowe.

Niżej zaprezentowałem niektóre z wielu ćwiczeń, z jakich w roli trenera korzystałem. Ćwiczenia, które skryte w zakamarkach świadomości stosują zapewne na zajęciach sportowych i lekcjach w-f czytelnicy czasopisma. Należą one do standardowych zadań ćwiczebnych, klasycznych, jednak nie wyczerpują skarbnicy środków trenera i nauczyciela zarazem. Do setek podobnych i innych pragnę czytelników skierować choćby do pozycji znanego trenera Andrzeja Lasockiego, wychowawcy mistrza świata w trójskoku, Zdzisława Hofmana⁷. Osobiście miałem chęć podzielić się z czytelnikami jedną, ale jakże ważną, metodą rozwijania kondycji fizycznej w pracy z moją „pierwszą kadrową”, czyli grupą młodzieży, która przyniosła mi wiele satysfakcji sportowych i wychowawczych, kiedy zaczynałem pracę trenerską. Z tej grupy, po trzech latach wstępnego szkolenia, między innymi „wyfrunęła” przyszła polska maratonka Małgorzata Birbach. Na podobnym treningu i

⁶ Ważny Zenon., Trening siły mięśniowej, Wydawnictwo „Sport i Turystyka”, Warszawa 1977, s. 93-98

⁷ Lasocki Andrzej, Atlas ćwiczeń lekkoatletycznych, Wydawnictwo Sportpress, Warszawa 2000

<http://sportpress-al.webpark.pl/>

„zachowawczo śmiesznej pracy na wytrzymałością biegową - może 10km tygodniowo”, przysłała olimpijka z Barcelony, Małgorzata (drugi trener), po pierwszym roku treningu zaliczyła bieg na dystansie 3km wynikiem klasy pierwszej. Jan Mulak miał rację!

WYKAZ ĆWICZEŃ TRENINGU STACYJNEGO NA OBWODZIE	
Ćwiczenia o charakterze skocznościowym i szybkościowym	
1.	podskoki ze skakanką;
2.	wyskoki z półprzysiadu, trzymając w rekach hantle lub na barkach worki z piaskiem lub gryf;
3.	zmiany nóg podskokiem w wypadzie trzymając w rękach hantelki;
4.	stojąc przodem do drabinki gimnastycznej chwyt za szczebel - wykonać podskoki w górę z uderzeniem piętami o pośladki;
5.	przeskoki boczne obunóż przez ławeczkę odwróconą deską w dół (bezpieczniej), bez lub z obciążeniem (piłka lekarska trzymana oburącz z przodu, hantle, woreczki z piaskiem na barkach);
6.	skip A bez obciążenia lub gryfem albo workiem z piaskiem;
7.	w pozycji stojąc, gryf lub hantle trzymamy na wysokości barków - podrzuty do wyprostu ramion z podskokami zmiennymi (inaczej - „pajacyk”);
Ćwiczenia o charakterze siłowym	
8.	z ustawienia stopy na wysokości jednej lub dwóch części skrzyni z obciążeniem na barkach gryfem(10-15kg) lub trzymając w rękach hantle(1-4kg) - wejścia na przemian zmienne z wyskokiem
9.	z leżenia tyłem, RR wzdłuż tułowia - przyjmowanie pozycji siedzącej równoważnej złączeniem dłoni i stóp w „scyzoryk” i powrót do leżenia;
10.	z leżenia tyłem, RR wzdłuż tułowia - siady skulne z powrotem do leżenia;
11.	pełne przysiady z obciążeniem hantlami, gryfem(10-20kg) lub innym przyborem
12.	w podporze leżąc przodem lub z podporu na kolanach - uginanie ramion („pompki”);
13.	ćwiczenie wytrzymałościowe według testu Burpiego ⁸ . Z pozycji stając - 1) przysiad podparty, 2) wyrzut nóg w tył do podporu przodem, 3) powrót do przysiadu podpartego i, 4) powstać do postawy stojąc z klaśnięciem rąk nad głową ⁹ ;
14.	podpór leżąc przodem - wyrzuty nóg;
15.	bieg w miejscu na uprząży z gumy umocowanej do drabinki;
16.	w leżeniu tyłem, nogi ugięte w kolanach zaczepione o drabinki, obciążenie na wysokości piersi lub za głową (piłka lekarska, hantel) - powtarzane skłony w przód (ćwiczenie mięśni brzucha);
17.	w leżeniu przodem, nogi zaczepione o drabinki, obciążenie (piłka lekarska, hantel) trzymane RR prostymi lub ugiętymi przed głową - powtarzane skłony w tył(ćwiczenie mięśni grzbietu);
18.	w siadzie płaskim w rozkroku na materacu, trzymając z boku oburącz piłkę lekarską lub inne obciążenie (najwygodniej hantel atletyczny ze specjalnym kabłąkowym uchwytem 8-10 do 17kg) - przenoszenie ciężarka (skręty boczne) w prawo i w lewo;
Ćwiczenia o charakterze gibkościowym	
19.	z przysiadu zwieszzonego tyłem na drabinkach, stopy wysunięte w przód na odległość 40-60cm od drabinek - wyrzuty bioder łukiem w przód;

⁸ Wolański Napoleon, Pariżkova Jana, Sprawność fizyczna a rozwój człowieka, Sport i Turystyka, Warszawa 1976r, s.413

⁹ Talaga Jerzy, Sprawność fizyczna ogólna. Testy, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 19-20

20. w leżeniu przewrotnym „rowerek”;
21. zmiany pozycji siadu płotkarskiego przez podparcie rękami z prawej na lewą nogę;
22. w pozycji stojąc w lekkim rozkroku - krążenie tułowia (lub z piłką lekarską nad głową);
23. z siadu prostego, nogi w rozkroku - wykonywać leżenie przewrotne i powrót do skłonu z ramionami w przód
24. stojąc w lekkim rozkroku - krążenie lub odmachy ramion z hantlami;
25. w ustawieniu przodem do drabinki z uchwytem oburącz za szczebel - krążenia płotowe na przemian lewej i prawej nogi.

Ewa Rydzyńska
Warszawa
Fosforanów nie będzie

Dr Ewa Rydzyńska

Warszawa

26.02.2013

Pan Zbigniew Cendrowski

Redaktor naczelny „Lidera”

Zarząd Główny SZS

Chcę Was zawiadomić z wielką radością, że jedna ze spraw, o które walczyłam 12 lat, m. in. w artykule opublikowanym w Liderze (*nr z grudnia 2011*) kończy się pomyślnie za sprawą ustawy Parlamentu Europejskiego. Od czerwca będą w Unii już tylko dobre detergenty, o czym zawiadomienie Panu załączam. Walczyłam o to od mojego wstrząsu anafilaktycznego w szpitalu prawdopodobnie od proszku do prania w 2001r. 10 lat pisałam po polskich sądach i urzędach, i nikt nie chciał się tym zająć, ale nabierałam skrzynie odpowiedzi odmownych i dużo zwalających na Unie Europejską, które wysłałam do Europejskiego Rzecznika Praw Obywatelskich. Ten skierował mnie do polskiego Rzecznika Praw Obywatelskich, który oczywiście stwierdził, że to nie jego sprawa, także do polskiej Federacji Praw Konsumentów, która również uważała jednak, że to nie ich sprawa, oraz do Parlamentu Europejskiego, który poddał sprawę normalnej procedurze i sprawdzał jej dopuszczalność. Po pół roku doczekałam się odpowiedzi, że sprawa jest dopuszczalna i zostanie skierowana do odpowiedniej komisji Parlamentu Europejskiego, zaś komisja w ciągu roku doprowadziła do uchwalenia przez Parlament ustawy zakazującej handlu złymi detergentami w całej Unii. I od czerwca ani ja nie będę zagrożona śmiercią w szpitalu od proszku do prania sąsiadki, ani nie będą się niepotrzebnie rodziły dzieci z alergią zamiast zdrowe. Strasznie się cieszę z tego i dzielę się radością z Panem Redaktorem.

Załączam kopię listu do mnie w tej sprawie

Z poważaniem :

Ewa Rydzyńska

Biuro do spraw Substancji Chemicznych

BSiPCH-DSN.051-1/EL/11-2

Łódź 5.11.2012

Szanowna Pani

Doktor Ewa Rydzyńska

Warszawa

Szanowna Pani,

Bardzo dziękujemy za list w sprawie detergentów.

Pani uwagi w sprawie wycofania fosforanów ze składu detergentów są całkowicie zasadne. Pragniemy poinformować, że od czerwca przyszłego roku wejdą w życie przepisy wspólnotowe praktycznie zakazujące sprzedaży na całym terytorium Wspólnoty Europejskiej detergentów przeznaczonych do prania, które zawierają fosforany. Na polskim rynku jest już teraz coraz mniej tego rodzaju produktów, ponieważ producenci stopniowo wycofują je ze swojej oferty.

Równocześnie chcielibyśmy wyjaśnić, że zeolity są substancjami, które producenci zaczęli stosować w miejsce wycofywanych fosforanów. Nie są nam znane jakiegokolwiek informacje o ich niekorzystnym oddziaływaniu na zdrowie człowieka, również w zakresie powodowania reakcji alergicznych

**Dyrektor Departamentu
do spraw Substancji i Mieszanin Chemicznych**
/-/ **Andrzej Kalski**

Paweł Woźny

Poznań

Czy można odrzucić aktywność fizyczną?

Aktywność fizyczna towarzyszyła człowiekowi od początków istnienia świata. W nieskażonym środowisku ludy pierwotne prowadziły zbieracko-łowiecki tryb życia. Tubylcy przemieszczali się permanentnie zmieniając swoje miejsce czasowego postoju. Kobiety zbierały rośliny, zioła, niezbędne do przetrwania drobne przedmioty. Mężczyźni natomiast wychodzili na polowania, przemierzając ogromne odległości, aby znaleźć upragnioną zdobycz. Czas im płynął równym rytmem: wschodu i zachodu słońca, pory suchej i deszczowej. Jakże odmienne i dalekie od naszych przodków umiejętności życiowe prezentują dziś współcześni nam ludzie. Jakie doświadczenia pozostały nam po przodkach?

Dzisiaj poruszamy się jedynie po naszych mieszkaniach, biurach, galeriach handlowych, urzędach, chodnikach, pokonując przeciętnie niezbyt duże odległości. Wszystko robimy szybko, aby zdążyć zrealizować codziennie po brzegi wypełniony grafik obowiązków. Pomagają nam w tym nowoczesne urządzenia, aby nie zmęczyć się zbytnio, między innymi: bramy na pilota, windy na dotknięcie, piloty do telewizora, wieży, kina domowego, opuszczane rolety okienne itp. Dzisiaj nie musimy już nawet często wychodzić z domu, aby załatwić wiele niezbędnych spraw. Przykładowo zakupy, jedzenie, wczasy, przelewy bankowe, codzienną gazetę, korespondencję zrealizujemy przy pomocy komputera, telefonu komórkowego. Kurier terminowo dostarczy nam potrzebne towary bezpośrednio do domu. Wiele nowych profesji wymaga tylko i wyłącznie dostępu do Internetu, tak, więc pracujemy przy biurku w domu. Aby zarezerwować bilet lotniczy, pokój w hotelu wystarczy jedynie kliknięcie myszką komputerową. Operatorzy telewizji kablowych, cyfrowych oferują nam setki nowych i starych tytułów filmów, tak, aby nie trzeba było już wychodzić do kina. Jeśli natomiast już musimy wyjść poza dom, to czekają nas kolejne udogodnienia: motory, samochody, tramwaje, autobusy, metro, ruchome schody, samoczynnie otwierane drzwi, windy, itp.

Jaka więc rysuje się przed nami przyszłość?

Czas poza nauką i pracą zawodową będziemy w większości spędzali w domu, bowiem multimedialne symulatory gry w tenisa, golfa, badmintonu, tańca itp. pozwolą nam miło wypocząć. Zakupy będziemy robili tylko przy pomocy Internetu, bowiem tradycyjne sklepy zbankrutują. Jeśli znajdziemy czas na wakacje, / co wydaje się wątpliwe / to polecimy do ciepłych krajów by poleżeć na leżaku w hotelowym pokoju z klimatyzacją, gdyż wyjście na zewnątrz będzie niemożliwe. „Sztuczna” żywność będzie jeszcze bardziej zmodyfikowana genetycznie, aby maksymalnie obniżyć koszty produkcji. Nadmierna eksploatacja złóż naturalnych / węgla kamiennego, brunatnego, ropy naftowej, gazu ziemnego / doprowadzi do ich

całkowitego wyczerpania. Globalizacja i rabunkowa polityka kontynentów sprawi, iż naturalne „płuca” świata / lasy Amazonki / zostaną znacznie ograniczone. Temperatura ziemi będzie się systematycznie podnosić doprowadzając do wzrostu liczby anormalnych zjawisk atmosferycznych / burze, tornada, huragany, trąby powietrzne, powodzie, erupcje wulkanów, topnienie lodowców /. Pogłębi się zanieczyszczenie powietrza, gleby, wody i żywności. Wzrostowi ulegnie liczba chorób cywilizacyjnych / nadciśnienie, otyłość, cukrzyca, zawał serca, udar mózgu, wylew, osteoporoza, nowotwory/. Na skutek wyżej wymienionych zjawisk pojawią się zapewne nowe trudno uleczalne choroby ogólnoswiatowe. Średnia długość życia człowieka ulegnie skróceniu, bowiem postępy w medycynie nie skompensują nawarstwiających się trudności ze zdrowiem. Zwiększy się liczba wad postawy u dzieci jak i dorosłych, nawracających bólów kręgosłupa odcinków: szyjnego i lędźwiowego / długotrwałe przebywanie przy komputerze /. Będą powstawały nowe szpitale, ośrodki zdrowia, przychodnie lekarskie, domy pomocy społecznej, gdyż niezbędnie koniecznej pomocy będą potrzebowali ludzie. Zwiększy się liczba chorych psychicznie / nerwice, frustracja, depresja, otępienie, chwiejność emocjonalna, nadpobudliwość psychoruchowa, demencja w średnim wieku itp./. Ludzie będą zmuszeni stosować więcej używek / kawa, alkohol, papierosy /, substancji psychotropowych / amfetamina /, aby dać im więcej sił do sprostania codziennym obowiązkom, oraz poprawić swoje kiepskie samopoczucie. Istniejące środki przestaną już działać, więc człowiek będzie szukał ciągle nowych doznań i przyjemności. Dzięki temu obniży się efektywność pracy, gdyż będziemy coraz bardziej zmęczeni. Stawianie przed nami wciąż nowych wymagań do spełnienia doprowadzi do zaburzenia równowagi organizmu. Skróceniu ulegnie sen, szybkie jedzenie, praca w ciągłym stresie, pod presją czasu sprawi, iż nasza jakość życia ulegnie obniżeniu. Siły obronne organizmu zostaną postawione w stan permanentnej walki, zmniejszy się więc odporność organizmu. Człowiek zacznie zapadać częściej na choroby zakaźne. Upośledzeniu ulegnie narząd ruchu, słuchu, wzroku i smaku. Nastąpi drastyczne obniżenie poziomu ogólnej sprawności fizycznej / wytrzymałości, siły, koordynacji /. Ciągłe przebywanie w pomieszczeniach zamkniętych ograniczy nam dostęp do zjawiska naturalnego hartowania organizmu / latem i zimą /.

Ten proces ludzkiej degradacji będzie trwał pokolenia, aż w konsekwencji człowiek doprowadzi do samoistnego unicestwienia.

Czy ten narysowany przeze mnie czarny scenariusz przyszłości może się spełnić? To zależy tylko od nas, jaką drogą pójdziemy.

Czy łatwą, prostą, przyjemną, nastawioną na wygodę i „luksus”, czyli „z górki”?

Czy też wymagającą planowania, odwagi, zaangażowania, konsekwencji, wyrzeczeń, wysiłku, niepopularną, czyli pod „prąd”?

Aktywność fizyczna jest lekiem uniwersalnym, który przez wieki był nieodłącznym elementem życia człowieka. Współczesność przepelniona nowymi komputerami, multimediami, tabletami, gramami wirtualnymi, iphonami, ipadami, odebrała człowiekowi czas wolny, który do tej pory spędzał aktywnie grając w piłkę, jeżdżąc na rowerze czy spacerując. Tendencja, którą obserwujemy współcześnie zmierza do wyeliminowania pojęcia aktywności w czasie wolnym. Młodzi ludzie poza nauką w szkole, samodoskonaleniem w domu, sprawdzaniem portali społecznościowych, poczty nie znajdują już czasu na spontaniczną zabawę. Żyją więc w przekonaniu, iż taki styl życia jest słuszny i pożądany. W przyszłości będzie to praca zawodowa wyczerpująca do granic możliwości organizm, / czyli ciągła dyspozycyjność /, w domu przyjemność w surfowaniu po Internecie. Ale czy na pewno taki scenariusz jest dla nas optymalny z punktu widzenia zdrowotności jednostki.

A oczekiwania społeczeństwa wobec pracownika są takie:

- poszukiwany: innowacyjny, przedsiębiorczy, kreatywny, dyspozycyjny.

Nikt przecież nie wymaga silnych, odpornych, wydolnych, sprawnych, zdrowych pracowników. Bo pracodawca nie wiąże tych dwóch faktów. Wydaje mu się, że każdy młody człowiek musi cechować się wyżej wymienionymi zaletami. Ale aby sprostać wymaganiom rynku, trzeba systematycznie pracować nad sobą, aby posiadać w swoim cv takie umiejętności. Do tego niezbędna jest wszechstronna, właściwie zaplanowana, podtrzymywana i systematyczna aktywność fizyczna realizowana między innymi:

- w klubach sportowych
- młodzieżowych domach kultury
- osiedlowych domach kultury
- na pływalniach
- lodowiskach
- siłowniach
- w fitness klubach
- na kortach tenisowych
- polach golfowych
- ściankach wspinaczkowych
- kręgielniach itp.

Stąd konieczność kształtowania nowych, kompetentnych kadr trenersko-instruktorskich przez wyższe uczelnie wychowanie fizyczne, aby sprostać wymaganiom rynkowym.

Aktywność fizyczna powinna działać leczniczo dla każdego młodego i dorosłego. Kontakt z naturalnym środowiskiem / góry, jeziora, morze, rzeki, lasy / podczas wycieczek rowerowych, biegowych, wspinaczkowych czy spacerowych to nieoceniony dla zachowania zdrowia stały element życia. Ciągłe i systematyczne ładowanie naszych życiowych baterii za pomocą dobranej do wieku, sprawności fizycznej i płci aktywności ruchowej to powinność każdego człowieka.

Dla prawidłowo rozwijającego się organizmu młodego człowieka aktywność fizyczna realizowana podczas obowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego w szkole nie wystarczy dla niwelowania skutków hipokinezy. Niezbędna jest aktywność ruchowa realizowana wspólnie z rodzeństwem, kolegami, rodzicami, dziadkami, krewnymi czy znajomymi. Tworzenie właściwych wzorów postępowania do naśladowania przez młodych, wspólnie ze starszymi to szansa na zmianę istniejącego stanu rzeczy. Skandalicznie niskiego 10 - procentowego udziału dorosłych Polaków w systematycznej aktywności fizycznej. Te niepokojące przyzwyczajenie nie mogą zostać przeniesione na kolejne pokolenia Polaków.

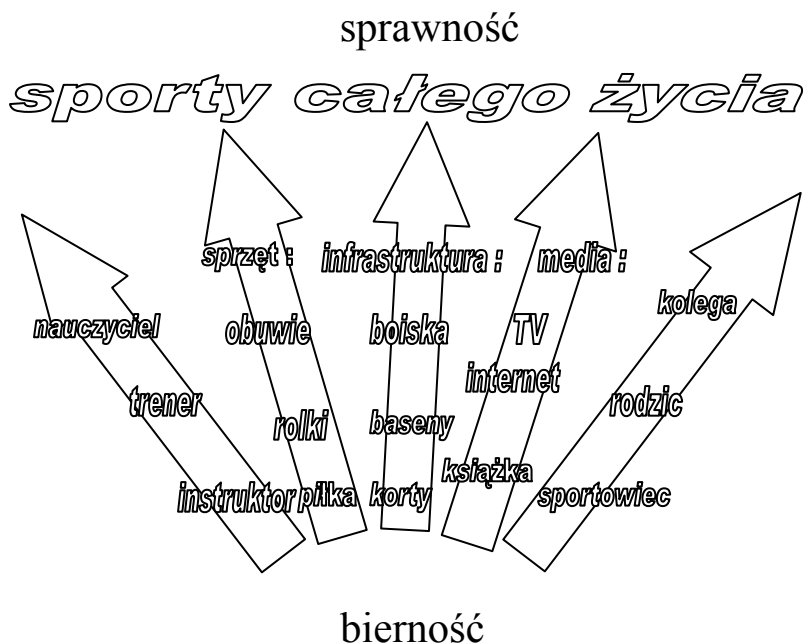
Czy można, więc powiedzieć aktywności fizycznej NIE?

Zmiana dotychczasowego, sedenteryjnego stylu życia na aktywny wybór spośród szerokiej listy sportów całego życia swojej ulubionej aktywności fizycznej, to jedyna szansa na osiągnięcia zamierzonego celu. Profilaktyka ruchowa służąca człowiekowi wymaga spełnienia tylko jednego warunku, tj. terminowego i stałego odejścia od telewizora, komputera, fotela, kanapy i konsekwentnego realizowania swojego treningu zdrowotnego. Zdaję sobie sprawę, że jeśli młodzi ludzie nie mają dobrych wzorców / wyniesionych chociażby z domu rodzinnego / na spędzanie czasu wolnego, to możliwość zmiany wydaje się być niemożliwa. W tej sytuacji nieoceniona i ważna wydaje się rola nauczyciela, trenera, instruktora, którzy swoją pasją powinni zarażać młodych ludzi. Kompetentny, zaangażowany nauczyciel, który pokaże, wyjaśni i doradzi, jaka aktywność ruchowa będzie dla mnie najodpowiedniejsza. Organizowanie obozów, kolonii, festynów, pikników to ważne miejsca, w których od najmłodszych lat będą oni rozwijać swoje sportowo-rekreacyjne umiejętności. Stopniowe poznawanie różnych form aktywności fizycznej, także przy pomocy relacji medialnych / Igrzyska Olimpijskie, Mistrzostwa Świata, Europy /, sprawi, iż wybór sportu na całe życie, stanie się naturalną prawidłowością, wynikającą z niepohamowanej chęci do jej

uprawiania. Produkowany w oparciu o nowoczesne materiały sprzęt sportowy zapewni odpowiedni komfort i bezpieczeństwo podczas uprawiania ulubionej aktywności fizycznej. Zachęcający impuls do aktywności pociągnie kolejnych, apatycznych, biernych kibiców sportowych wydarzeń, wywołując pozytywne reakcję ich organizmów. Znacznie poprawiająca się w ostatnich latach infrastruktura sportowa, uzupełni brakujący element w drodze do odnalezienia swojej aktywności fizycznej na całe życie.

Jestem przekonany, że, tak wytyczona droga od bierności do czynnego udziału jest możliwa do spełnienia (schemat 1.). Zmiany, jakie zachodzą w świecie są stopniowe, dlatego też nie oczekują natychmiastowych tłumów sportowo aktywnych ludzi.

Tak pojmowana koncepcja sportów całego życia wypełni swoje remedialne zadanie w profilaktyce chorób cywilizacyjnych. Zachęcam wszystkich nauczycieli, rodziców, uczniów do świadomego korzystania całymi garściami z dobrodziejstw aktywności fizycznej. To dzięki niej między innymi możemy cieszyć się długim zdrowiem, wysoką jakością życia, dużą efektywnością zawodową.



Schemat 1: Koncepcja aktywności fizycznej: od bierności do sprawności



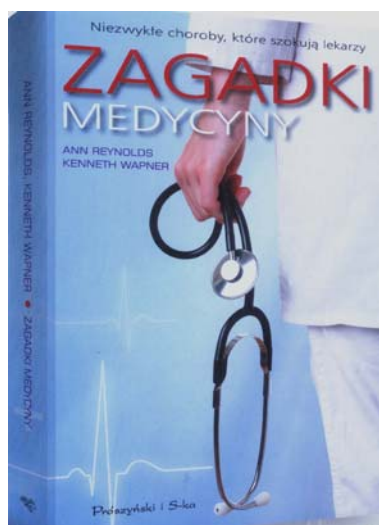
Włodzimierz Starosta

Trening sportowy młodzieży

Interdyscyplinarne uwarunkowania treningu sportowego dzieci i młodzieży (Nowa bardzo interesująca, obszerna książka profesora Włodzimierza Starosty)

Treść monografii, jak pisze autor, skierowano do osób aktywnie uczestniczących we wszechstronnym rozwoju dzieci i młodzieży.

W publikacjach krajowych nie było dotychczas pracy ujmującej tak liczne uwarunkowania treningu dzieci i młodzieży: pedagogiczne, społeczne, biologiczne, medyczne, fizjologiczne, psychologiczne i inne, dotyczące złożonego procesu. Takie interdyscyplinarne ujęcie pracy zapewnił zespół specjalistów różnych dyscyplin naukowych. W monografii podjęto wiele problemów niezwykle ważnych, pomijanych w teorii wychowania fizycznego i sportu, jak też w publikacjach dotyczących aktywności ruchowej dzieci i młodzieży



Ann Reynolds Kenneth Wapner, Zagadki Medycyny

Wyd. Prószyński i S-ka

W rekomendacji książki (cyt za Świat Nauki) napisano : „Czy ktoś mógłby podejrzewać istnienie napadów padaczkowych wywołanych wyłącznie przez muzykę? Kto by pomyślał, że ludzie wyglądający zupełnie normalnie i obdarzeni w pełni prawidłowym wzrokiem mogą być niezdolni do rozpoznawania ludzkich twarzy ? Inni rodzą się z narządami wewnętrznymi położonymi odwrotnie niż zazwyczaj, a jeszcze inni wydzielają trudne do zniesienia zapachy albo wyglądają jak pokryte korą drzewa.

Oparta na szokującym serialu telewizyjnym abc „zagadki medycyny” książka Ann Reynolds i Kennetha Wapnera przedstawia przypadki najbardziej niezwykłych chorób występujących na świecie.”



„Świat Nauki” polska wersja „Scientific American:” wiele miejsca poświęca najnowszym osiągnięciom medycyny. Z prezentowanego tu numeru majowego wynotowałem dwa fragmenty tekstów :

„Izolując niewyspecjalizowane komórki macierzyste z chorego serca, pomagając im rozmnożyć się w milionach kopii i wstrzykując je z powrotem do narządu, wspomagamy proces usuwania blizny pozawałowej i zastępowania jej nową tkanką mięśniową” (s. 36)

„W latach 90. zebrano już dość dowodów, by przekonać większość naukowców, że w dorosłym mózgu ukryte są poletka komórek macierzystych, które mogą przekształcać się w dojrzałe neurony...

....Część dowodów wskazuje, że macierzyste komórki w mózgu pozwalają narządowi na ograniczoną regenerację - na przykład odbudowa małej puli neuronów utraconej podczas niewielkiego niedokrwienia”. (s 41)

Czytając takie fascynujące doniesienia niesposób nie odnieść wrażenia, że znacznie bliżej i taniej nas leżą środki wspomaganie zdrowia – systematyczny wysiłek i aktywność fizyczna – to bowiem mam na myśli. Kiedy naukowcy kultury fizycznej dostarczą nam informacji o własnych badaniach na ten temat ?

Nagrody w ogólnopolskim konkursie "Żyj smacznie i zdrowo" przyznane

Znamy już zwycięzców ogólnopolskiego konkursu „Żyj smacznie i zdrowo”. Niełatwe zadanie mieli jurorzy konkursu, ponieważ ocenie poddanych zostało niemal 1 800 prac konkursowych gimnazjalistów z całej Polski. – *Cieężko było wybrać najlepsze prace, ponieważ otrzymaliśmy ich bardzo dużo. Cieszy natomiast zaangażowanie uczniów, dzięki ich plakatom, filmom i wydarzeniom, które przygotowali wiemy, że świetnie zrozumieli co znaczy żyć smacznie i zdrowo* – mówi Agnieszka Piskała, specjalistka ds. żywienia w programie i członkini jury.

Konkurs jest częścią programu edukacyjnego „Żyj smacznie i zdrowo”, którego nadrzędnym celem jest edukowanie młodzieży gimnazjalnej z zakresu prawidłowego i zdrowego odżywiania. Zadaniem konkursowym było przygotowanie pracy w jednej z trzech kategorii plakat, film lub wydarzenie społeczne. Jury konkursu przyznało łącznie 60 nagród. Do zwyciężskich szkół trafi 30 zestawów interaktywnych dla szkół (rzutnik, tablica, statyw) o wartości 7 000 zł każdy oraz 30 zestawów kulinarnych dla każdego ucznia zwyciężskiej klasy. Oficjalne wręczenie nagród, lekcja pokazowa z użyciem tablicy interaktywnej, spotkanie z dietetykiem oraz warsztaty taneczne z gwiazdami *You Can Dance* odbędą się na przełomie maja i czerwca w siedzibach zwyciężskich szkół. Zaproszeni zostaną przedstawiciele lokalnych władz i instytucji edukacyjnych, dziennikarze oraz władze szkoły.

Program edukacyjny "Żyj smacznie i zdrowo" cieszy się ogromnym powodzeniem wśród nauczycieli i gimnazjalistów w całej Polsce. Od 5 listopada, kiedy rozpoczęła się trzecia edycja projektu, do udziału w nim zgłosiło się już ponad 2 700 nauczycieli z blisko 1 950 szkół gimnazjalnych, docierając tym samym do 27% szkół gimnazjalnych z całego kraju.

Pomimo zakończenia konkursu nauczyciele w dalszym ciągu mogą zgłaszać się do programu edukacyjnego „Żyj smacznie i zdrowo” po zestaw dydaktyczny. Wystarczy wejść na stronę internetową www.zyjsmaczniezdrowo.pl i wypełnić zgłoszenie. III edycja programu edukacyjnego „Żyj smacznie i zdrowo” potrwa do 28 czerwca.

Organizatorem „Żyj smacznie i zdrowo” jest marka WINIARY. Partnerem społecznym programu jest Federacja Polskich Banków Żywności, patronat honorowy nad akcją objęło Polskie Towarzystwo Nauk Żywnościowych oraz Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego.

Dotarcie programu edukacyjnego „Żyj smacznie i zdrowo” do gimnazjów w podziale na województwa

Program „Żyj smacznie i zdrowo” jest akcją edukacyjną marki WINIARY prowadzoną we współpracy z Federacją Polskich Banków Żywności w polskich gimnazjach. Do tej pory odbyły się dwie edycje projektu, obie pod wcześniejszą nazwą „Jedz smacznie i zdrowo”. W związku z poszerzeniem zakresu projektu o informacje z dziedziny ekologii organizatorzy podjęli decyzję o zmianie nazwy na „Żyj smacznie i zdrowo” w III odsłonie akcji. Misją programu edukacyjnego „Żyj smacznie i zdrowo” jest nauka młodzieży zasad prawidłowego i zdrowego odżywiania oraz zachęcenie do wspólnego spożywania posiłków i podejmowania pierwszych samodzielnych prób gotowania.

Lp	Województwa	Liczba zgłoszonych szkół	Liczba zgłoszonych klas	Liczba zgłoszonych uczniów	Liczba zgłoszonych nauczycieli
1	dolnośląskie	125	244	5066	197
2	kujawsko-pomorskie	98	161	2657	136
3	lubelskie	149	271	5443	218
4	lubuskie	57	115	2292	85
5	łódzkie	146	293	6223	205
6	małopolskie	181	364	8000	254
7	mazowieckie	208	350	7465	264
8	opolskie	46	73	1402	54
9	podkarpackie	146	232	4607	181
10	podlaskie	70	130	2847	95
11	pomorskie	107	209	4516	166
12	śląskie	188	370	7740	292
13	świętokrzyskie	65	111	2386	89
14	warmińsko-mazurskie	81	172	3600	115
15	wielkopolskie	218	427	8745	310
16	zachodniopomorskie	85	171	3471	134
	Razem	1971	3693	76460	2795

W ramach projektu promuje się wśród gimnazjalistów postawę proekologiczną, a także ideę niemarnowania żywności. Program marki WINIARY jest częścią szerszej kampanii zatytułowanej „Jedz smacznie i zdrowo”. prowadzonej od czterech lat przez wiele marek z portfolio firmy Nestlé, której celem jest promowanie zdrowego odżywiania wśród konsumentów. Wiąże się on z przyjęciem przez Nestle strategii NHW (Nutrition, Health, Wellness) będącej strategią odpowiedzialnego biznesu firmy Nestlé, w imię której zobowiązuje się ona produkować wysokiej jakości produkty, będąc jednocześnie wiarygodnym partnerem w żywieniu oraz dbałości o zdrowie i dobre samopoczucie konsumentów.

Patroni honorowi

- **Polskie Towarzystwo Nauk Żywnościowych**
- **Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego**

Partner społeczny

- **Federacja Polskich Banków Żywności**

Zwycięzcy Konkursu programu „Żyj Smacznie i Zdrowo”!

Lista zwycięskich szkół w kategorii „Film”, na które czekają fantastyczne tablice multimedialne:

1. Gimnazjum nr 4 w Legionowie, klasa 3d,
2. Gimnazjum w Graboszycach, klasa 1,
3. Gimnazjum w Liczu, klasa 2b,
4. Zespół Szkół w Siedliskach, klasa 2a,
5. Gimnazjum nr 40 w Warszawie, klasa 1c,
6. Gimnazjum w Łobudzicach, klasa 2c,
7. Gimnazjum nr 5 w Słupsku, klasa 1b,
8. Gimnazjum nr 1 w Chorzowie, klasa 2b,
9. Gimnazjum nr 7 w Koszalinie, klasa 2a,
10. Gimnazjum nr 1 w Kołobrzegu, klasa 3d.

10 wyróżnionych prac w kategorii „Film”. Organizatorzy przygotowali atrakcyjne zestawy kulinarne. Poniżej prezentujemy listę wyróżnionych klas:

1. Gimnazjum nr 4 w Legionowie, klasa 3b,
2. Zespół Szkół w Łambinowicach, klasa 2c,
3. Gimnazjum w Rychnowach, klasa 2f,
4. Zespół Szkolno-Przedszkolny w Łukcie, klasa 2a,
5. Gimnazjum nr 5 w Bytomiu, klasa 1a,
6. Zespół Szkół w Moderówce, klasa 3,
7. Publiczne Gimnazjum w Jedlińsku, klasa 3c,
8. Gimnazjum w Dłużcu, klasa 2a,
9. Gimnazjum w Myśliborzu, klasa 3b,
10. Gimnazjum nr 6 w Jaworznie, klasa 3a.

Lista zwycięskich szkół w kategorii „Plakat”, na których czekają tablice multimedialne:

1. Gimnazjum nr 2 w Chojnowie, klasa 3c,
2. Zespół Szkół im. M. Kopernika w Męcince, klasa 2c,
3. Gimnazjum w Małomicach, klasa 3a,
4. Zespół Szkół w Byszewie, klasa 3a,
5. Gimnazjum nr 4 w Krośnie, klasa 2d,
6. Gimnazjum nr 16 w Gdyni, klasa 2a,
7. Zespół Szkół w Grzymałkowie, klasa 2a,
8. Gimnazjum im. M. Kopernika w Golinie, klasa 2c,
9. Gimnazjum nr 9 w Lesznie, klasa 3c,
10. Gimnazjum nr 102 w Poznaniu, klasa 1a.

10 wyróżnionych prac w kategorii „Plakat”. Organizatorzy przygotowali wspaniałe zestawy kulinarne. Poniżej prezentujemy listę wyróżnionych klas:

1. Gimnazjum Integracyjne w Inowrocławiu, klasa 3ag,
2. Gimnazjum nr 1 w Brzesku, klasa 3c,
3. Zespół Szkolno-Gimnazjalny nr 2 w Kętach, klasa 2c,
4. Gimnazjum nr 2 w Brzesku, klasa 3a,
5. Gimnazjum nr 5 w Słupsku, klasa 3e,
6. Publiczne Gimnazjum w Graczech, klasa 3a,
7. Publiczne Gimnazjum im. Ireny Sendler w Kramsku, klasa 3c,

8. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. Polskich Olimpijczyków w Jastrowiu, klasa 2d,
9. Zespół Szkół w Bogdańcu, klasa 3d,
10. Zespół Szkół nr 6 w Zamościu, klasa 2b.

Listę zwycięskich szkół w kategorii „Wydarzenie społeczne”, na których czekają tablice multimedialne:

1. Gimnazjum nr 16 we Wrocławiu, klasa 2d,
2. Gimnazjum w Korfantowie, klasa 3b,
3. Zespół Szkół w Brańsku, klasa 2b,
4. Zespół Szkół w Lubomi, klasa 3a,
5. Publiczne Gimnazjum w Pyrzycach, klasa 1a,
6. Zespół Szkół w Rudnej Wielkiej, klasa 2b,
7. Gimnazjum w Bezledach, klasa 1a,
8. Gimnazjum w Kołbaczu, klasa 1b,
9. Gimnazjum nr 2 w Luboniu, klasa 3d,
10. Publiczne Gimnazjum w Wolborzu, klasa 1b.

10 wyróżnionych prac w kategorii „Wydarzenie społeczne”. Organizatorzy przygotowali wspaniałe zestawy kulinarne. Lista wyróżnionych klas:

1. Gimnazjum nr 2 w Aleksandrowie Kujawskim, klasa 2,
2. Gimnazjum w Kałuszynie, klasa 2c,
3. Publiczne Gimnazjum w Gniewoszowie, klasa 3b,
4. Publiczne Gimnazjum w Szczepocicach, klasa 3,
5. Zespół Szkół nr 4 w Siemianowicach Śląskich, klasa 3a,
6. Zespół Szkół Publicznych nr 4 w Skarżysku-Kamiennej, klasa 1,
7. Zespół Szkół nr 2 w Choczni, klasa 2,
8. Zespół Szkół w Starogrodzie, klasa 1,
9. Zespół Szkół w Starych Polaszkach, klasa 3a,
10. Zespół Szkół w Zbicznie, klasa 1a.

Ponadto, partner programu „Żyj smacznie i zdrowo” – Federacja Polskich Banków Żywności przygotowała dwa fantastyczne zestawy „Gotuję – nie marnuję” dla:

1. Zespół Szkół w Byszewie, klasa 3a,
2. Zespół Szkół w Siedliskach, klasa 2a,
3. Publiczne Gimnazjum im. M. Skłodowskiej-Curie w Pyrzycach, klasa 1a

Wszystkim uczestnikom bardzo dziękujemy za zaangażowanie, a zwycięzcom gratulujemy wspaniałych pomysłów i nagród!