

L I D E R

PROMOCJA ZDROWIA, KULTURA ZDROWOTNA I FIZYCZNA

Numer 4. 2015 /292/

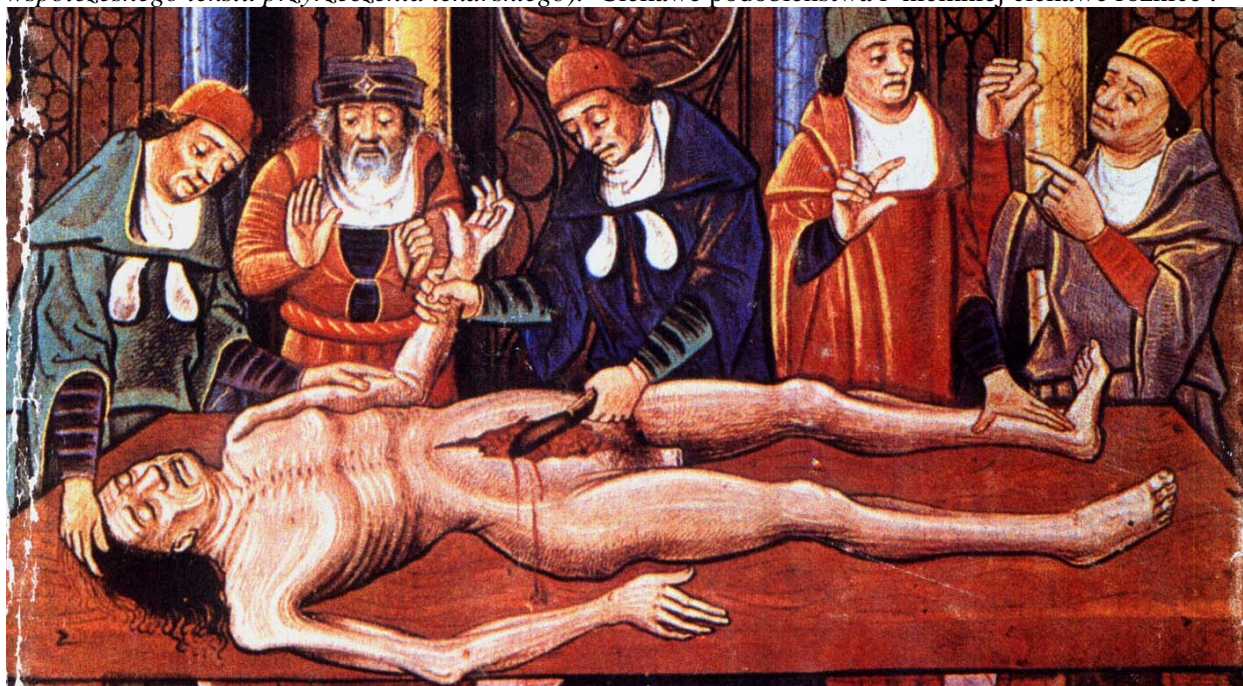


SZKOLNY
ZWIĄZEK
SPORTOWY



INSTYTUT
KARDIOLOGII

Zdrowy tryb życia i sposób odżywiania się zalecał będę wedle swoich sił i osądu, mając na względzie pożytek cierpiących, chroniąc ich zaś przed szkodą i krzywdą. (Z przysięgi Hipokratesa)
Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom. (Ze współczesnego tekstu przyrzeczenia lekarskiego). Ciekawe podobieństwa i niemniej ciekawe różnice .



Najpierw wiedzieć (foto z okładki książki Historia medycyny)

Ten numer Lidera poświęcony jest w całości problemom zdrowia publicznego. W dużym tempie przygotowywane są podstawowe dokumenty : **projekt ustawy o zdrowiu publicznym i NPZ**. Tekst projektu ustawy wraz z wykazem podmiotów zaproszonych formalnie do konsultacji i uzgodnień w formacie pdf opublikowaliśmy na portalu www.lider.szs.pl). Tu zamieszczamy obszernie fragmenty projektu ustawy z hasłem – **szukamy w niej kultury fizycznej**. Projekt ten opatrzyliśmy różnymi uwagami zebranymi podczas wstępnej wymiany poglądów i ocen na jej temat. Publikujemy też inne interesujące materiały dotyczące problemu zdrowia publicznego jakie powstały w ostatnich latach. Porównamy wtedy czy i w jakim zakresie zapowiedzi te znalazły się w projekcie ustawy. Trwają też prace nad Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016 – 2020. Opublikujemy go i skomentujemy jak tylko ukaże się oficjalnie. Cieszy nas ogromnie zapowiedź pana prof. dr. hab. Marka Woźniewskiego, Przewodniczącego Komitetu Rehabilitacji Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, intensywnego włączenia się środowiska naukowego kultury fizycznej do debaty o zdrowiu publicznym.

Zbigniew Cendrowski

Drodzy czytelnicy



Fakt, że podjęto, i to tak intensywnie, prace nad uregulowaniem problemów zdrowia publicznego wymaga **wielkiego uznania i pochwały**. Wydaje się, że w projektach (tak w ustawie jak i NPZ) podjęto niemały trud rozwiązania bardzo trudnych i pilnych spraw. **Witamy podjęte prace z szacunkiem i nadzieją, co nie oznacza, że bezkrytycznie**. W ostatnich kilku latach zarysowały się istotne i nowoczesne trendy sugerujące i trafnie postulujące konieczność i kierunki zmian. Szukamy ich w zaprezentowanych projektach i niestety nie zawsze znajdujemy.

Planuje się aby Ustawa weszła w życie w styczniu 2016 roku i to wraz z kluczowym dokumentem wykonawczym jakim będzie NPZ. Tu przypomnę, że projekt ustawy o ZP powstał już w 2011 roku i potem przez kilka lat było o niej cicho, aż nagle, po powołaniu specjalnej pełnomocniczki w randze Sekretarza Stanu w MZ Pani poseł Beaty Małeckiej-Libery zawrzało. Szybko, jak na nasze zwyczaje, przygotowano i ogłoszono projekt ustawy o zdrowiu publicznym, który już opublikowaliśmy w całości w formacie pdf wraz z wykazami podmiotów zaproszonych do konsultacji i uzgodnień na naszym portalu www.lider.szs.pl. Wiem też, że **gotowy jest wstępny projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020**. Niestety ten drugi, moim zdaniem bardzo ważny dokument, jest na razie dostępny tylko dla „wtajemniczonych”. To dziwna praktyka bo racjonalnie można dyskutować o zdrowiu publicznym tylko znając obie propozycje, wiem to dobrze bo przestudiowałem dokładnie projekty ustawy i NPZ (dodam, że NPZ zdobyłem nielegalnie – dziękuję za przeciek, ale źródła nie ujawniam)

Nie będę wyliczał tego co mi się podoba, bo tego jest sporo i obroni się samo, skoncentruję natomiast uwagę nad tym czego w tych projektach nie ma lub co zostało zapisane źle. Piszę to wykorzystując liczne opinie i propozycje jakie na ten temat: zdrowia publicznego, promocji zdrowia, profilaktyki, kultury zdrowotnej i zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia systematycznej aktywności fizycznej zebraliśmy, skomentowaliśmy i opublikowaliśmy w Liderze podczas prac nad Pomarańczową Księgą Promocji Zdrowia, Kultury Zdrowotnej i Fizycznej. Część z nich przypominam w tym numerze.

Najważniejsza krytyczna uwaga to ta, że przedstawiciele najważniejszej dziedziny jaką jest w polityce zdrowotnej kultura fizyczna nie zostali zaproszeni do stołu obrad – co może oznaczać, że (i to jest daleko poważniejszy problem) wszelkie działania w tym zakresie nie są uważane za ważne przez pozostałych interesariuszy oraz tych, którzy te działania zaprojektowali i zdecydowali o głównych celach strategicznych i składzie autorskim. Wyobraźmy sobie, że o żywieniu mówi się bez żywieniowców, a o uzależnieniach bez specjalistów z tego zakresu. To wydaje się absurdalne. **Ale już o kulturze fizycznej i aktywności fizycznej społeczeństwa można decydować bez przedstawicieli tej dziedziny.** Skutek tego jest taki, że **projektowanie działań w zakresie aktywizacji fizycznej społeczeństwa w ustawie i NPZ jest wątle, nieadekwatne do potrzeb i nieskompatybilizowane z innymi dziedzinami.** Pominięcie tej grupy w postępowaniu propedeutycznym i strategicznym stanowieniu celów powoduje, że czuje się ona zlekceważona i wyeliminowana z procesu projektowania i proponowania strategii. Zgodnie z logiką psychologii społecznej środowisko to, nie będzie się czuło następczo zobowiązane do uczestnictwa w realizacji programu, w którego tworzeniu nie brało aktywnego udziału. Mało tego (a dobrze wiem o czym mówię, bo dobrze znam te osoby i ich poglądy) takie wykluczenie i izolacja **pogłębi wewnętrzne słabości środowiska spowodowane m.in.**

niedawnym naruszeniem systemu wartości spowodowanego likwidacją ustawy o kulturze fizycznej i uchwaleniem ustawy o sporcie.

Pozbawienie ich głosu w sprawach, na których znają się najlepiej powoduje dalsze wykluczenia i tworzy opinię, że przedstawiciele kultury fizycznej już zupełnie nie mają nic do powiedzenia w sprawach ogólniejszych dotyczących promocji zdrowia, profilaktyki, ogólnych problemów polityki zdrowotnej. Podkreślić należy, że przy redagowaniu wszystkich kluczowych dokumentów strategicznych dotyczących rozwoju państwa (w których brało łącznie około 2000 osób), a na które powołują się także autorzy projektów obecnie procedowanej ustawy i NPZ nie znajdujemy żadnych przedstawicieli środowiska naukowego kultury fizycznej.

W dotychczasowych NPZ-ach problemy kultury fizycznej (systematycznej aktywności fizycznej) były co prawda dobrze wyeksponowane i zgodne z poglądem, że jest ona (aktywność fizyczna) - podstawą budowania wszelkiej strategii zdrowego stylu życia. Tak się stało dzięki wielkiej aktywności Pani profesor Woynarowskiej, którą uznawaliśmy za swego przedstawiciela i która starannie konsultowała się z nami. Jako ciekawostkę dodać należy, że to żywieniowcy (Instytut Żywności i Żywienia) interesująco rozbudowali tzw. piramidę żywienia, umieszczając na samym jej dole (mówię o graficznej prezentacji) jako podstawę prawidłowego systemu odżywiania się systematyczną aktywność fizyczną. Inna sprawa, że różne trafne zapisy w tych NPZ były jednak pozbawione stosownych gwarancji realizacyjnych.

Wydało mi się, że najstosowniejszą formą prezentacji podstawowych dokumentów projektu ustawy i uzasadnienia) będzie ich opublikowanie wraz z naniesionymi wprost na tekstach uwagami jakie nagromadziły się w toku licznych korespondencji i rozmów z wieloma osobami z naszego środowiska. Po raz kolejny pokreślę, że są to opinie i uwagi wielu osób – ja wykonuję tylko funkcję naczelnego skryby.

Poza głównymi dokumentami dotyczącymi procedowanej ustawy wydało się celowe równoległe zamieszczenie kilku innych dokumentów, które poprzedziły obecne projekty lub są wypowiedziami „na temat”. Ich uważna analiza może dostarczyć bowiem ciekawych informacji o tym jak rozwijały się i zmieniały poglądy dotyczące materii zdrowia publicznego. Niestety nie mogliśmy w tym numerze opublikować projektu NPZ zrobimy to później kiedy on się ukaze.

Obawialiśmy się tego, a praktyka przygotowywania ustawy i ogłoszony jej projekt to w pełni potwierdza, **że utrzymany a nawet wzmocniony zostaje trend medykalizacji** rozwiązań, mających służyć zdrowiu publicznemu. Zapowiadane w różnych opiniach i zapowiedziach zmiany mające służyć wzmocnieniu nurtów promocji zdrowia i profilaktyki są w przedstawionym projekcie mało stanowcze, niedość sprawcze i nie zapowiadają zmian jakich oczekujemy. Słusznie i konkretnie mówi się w projektach o problemach wczesnego wykrywania chorób i potrzebie skuteczniejszego leczenia, ale już niedostatecznie i z małą wyobraźnią formułuje się zadania stworzenia takiego systemu edukacji i motywowania społeczeństwa, który w dostatecznie wyobrażalnej i przewidywalnej przyszłości zacznie zasadniczo wpływać na to, że znacznie mniej ludzi za przyczyną zdrowego stylu życia będzie nie tylko zapadać na różne choroby ile, że będąc po prostu zdrowi, aż do późnej starości nie będą w tak masowej skali klientami służby zdrowia. **Duże uznanie należy się autorom zmian za dostrzeganie potrzeby integracji działań różnych podmiotów i próbę stworzenia jednolitego systemu zdrowia publicznego,** ale mając na uwadze wyżej wymienione uwagi dotyczące personaliów – składu zespołu pracującego nad projektem ustawy i nową wersją NPZ wątpliwości muszą budzić deklarowane zamiary integracyjne. Dobrze reprezentowane są bowiem w projektach liczne problemy medyczne, lecnictwo, prewencja, powszechna dostępność usług lekarskich, epidemiologia itp. Wymagają one ścisłej wiedzy medycznej i opinii doświadczonych ekspertów – tych i słusznie w zespołach nie brak. Skoro jednak wiemy, chyba że ktoś tego nie wie, że spośród czynników ryzyka najbardziej

skutkuje brak systematycznej aktywności fizycznej to dlaczego nie uznano za słuszne zaproszenia do współpracy ekspertów z tej dziedziny ?.

Dodam na koniec, że w związku z tym, iż ten numer (kwiecień 2015) (292) w całości poświęcony jest ustawie i szeroko rozumianym problemom zdrowia publicznego inne interesujące artykuły i nadesłane teksty będą opublikowane w kolejnym majowym (293) numerze Lidera, a ponieważ są to materiały bardzo aktualne myślę, że numer ten będzie wydany wkrótce po numerze kwietniowym.

Niedawno skierowaliśmy list do państwa profesorów kultury fizycznej, w którym piszemy :

Szanowni państwo profesorowie kultury fizycznej i liderzy nasi :

Ogłoszony został projekt Ustawy o Zdrowiu Publicznym

Korzystając z państwa dotychczasowej życzliwości i słów wsparcia w zabiegach o mocne usytuowanie kultury fizycznej w programach i planach prozdrowotnych, ośmielam się zwrócić do Was - naszych liderów i przewodników po pięknej krainie kultury fizycznej, abyście państwo rozważyli możliwość wyrażenia swej opinii w sprawie projektu Ustawy i NPZ i dalszych prac nad nimi w kontekście miejsca w nich kultury fizycznej.

Nie jest to tylko moja inicjatywa. - takiej nie ośmieliłbym się samodzielnie podjąć. Ten list napisałem po konsultacjach z wieloma osobami z naszego środowiska i w wyniku uzyskanego w tym zakresie wsparcia a nawet wręcz zobowiązania do takiego kroku - zachęty do udziału w konsultacjach dot. projektu ustawy. Wydaje się, że wobec pilności sprawy (uwagi do projektu w trybie konsultacji można zgłaszać do 27 kwietnia - pozostały zatem tylko trzy tygodnie) powinniśmy, jak uważają i na co nalegają moi rozmówcy, skoncentrować naszą uwagę na dwu kwestiach :

-Zorganizowania środowiskowych konsultacji dot. projektu ustawy o ZP i zgłoszenia wynikających stąd uwag do zespołu (MZ) pracującego nad ustawą. Taki krok może być uzasadniony dotychczasowym doświadczeniem, że ośrodki naukowe KF nie były dotychczas zapraszane - w każdym razie w trybie oficjalnym - do takich konsultacji. W załączonych wykazach podmiotów zaproszonych formalnie do konsultacji wymienione zostało co prawda Ministerstwo Sportu i Turystyki i być może (?) należałoby oczekiwać, że to ono do takich konsultacji zaprosi szerokie grono przedstawicieli naszego środowiska.

-Domagania się bezpośredniego udziału naszych przedstawicieli w zespołach pracujących nad Ustawą a szczególnie nad kolejną wersją Narodowego Programu Zdrowia a następnie w gremiach, które mają być w wyniku prac organizacyjnych powołane. Moi rozmówcy uważają, że kluczowa w tej kwestii może być inicjatywa Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej. (Zbigniew Cendrowski)

I wiadomość z ostatniej chwili : Otrzymaliśmy bardzo ważny list od Pana profesora Marka Woźniewskiego, Przewodniczącego ww. Komitetu Polskiej Akademii Nauk, który pisze między innymi :

„Oczywiście nasz Komitet także będzie aktywnie działał w tej sprawie. Pierwszym krokiem musi być włączenie przedstawicieli kultury fizycznej do zespołów pracujących nad ustawą oraz projektem Narodowego Programu Zdrowia, jak również dołączenia do listy konsultacyjnej Polskiej Akademii Nauk. W trybie pilnym przeprowadzę także konsultacje na forum Komitetu oraz na ich podstawie przygotuję stanowisko w sprawie obecności kultury fizycznej we wszystkich aktach prawnych oraz programach dotyczących zdrowia....

Serdecznie dziękujemy panie profesorze

Przepraszam za ewentualne niedostatki tego pakietu tekstów co przypisać należy niezbędnej szybkości prac, rozległości tematycznej i malejącej niestety ze względu na wiek sprawności redaktora naczelnego (oby żył wiecznie). I to było na tyle..

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

Zbigniew Cendrowski
Redaktor Naczelny

Spis treści Lider 292

Zbigniew Cendrowski

Drodzy czytelnicy

Jest projekt ustawy o zdrowiu publicznym

Tekst projektu ustawy z dnia 17. 03.2015 z komentarzem

Tekst uzasadnienia do ustawy z dnia 17. 03.2015 z komentarzem,

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym z roku 2011

Teksty redakcyjne nt. zdrowie publiczne a kultura fizyczna

-gdzie się podziały turystyka i rekreacja fizyczna (styczeń 2015)

-Think Tank Lidera czeka na dobrą ustawę o zdrowiu publicznym (luty 2015)

Potrzebna jest ustawa o zdrowiu publicznym.

Fragment dyskusji z narady w Kancelarii Prezydenta (rok 2012).

**Założenia do projektu ustawy o zdrowiu publicznym
Kancelaria Prezesa Rady Ministrów (rok 2012)**

**Odpowiedzi na interpelacje, w których wypowiedane są ciekawe opinie resortowe na temat zdrowia publicznego (rok 2014)
Min. Zdrowia i Min.Sportu i Turystyki**

Pani Beata Małecka -Libera Sekretarz Stanu w MZ , Pełnomocniczka Premiera ds. ustawy o zdrowiu publicznym

Pan prof. dr hab. Mirosław Wysocki krajowy konsultant ds. zdrowia publicznego

Zbigniew Cendrowski

Kultura fizyczna jest częścią kultury narodowej

Z książki podręcznika psychologii społecznej (E. Aronson, T.D.Wilson, R.M.Akert. Wyd. Zysk i Ska 1994

„Niezwykle korzystne byłoby skłonienie ludzi do zmiany nawyków związanych ze zdrowiem, jak rzucenie palenia, pozbycie się nadwagi, stosowanie zdrowszej diety i tak dalej... Amerykanie uczynili postęp w doskonaleniu nawyków służących zdrowiu.....osiągnęli niekwestionowany sukces, doskonaląc niektóre ze swych nawyków związanych ze zdrowiem... ..Ludzie są dziś bardziej niż jeszcze kilka lat temu skłonni unikać żywności zawierającej dużo cholesterolu, a także więcej kobiet aniżeli dawniej poddaje się obecnie badaniom w celu wykrycia raka. Jednakże w wielu innych ważnych obszarach związanych ze zdrowiem działanie to nie jest tak skuteczne... 66% Amerykanów ma nadwagę — więcej niż kiedykolwiek wcześniej. Inne badania ujawniły, że ludzie piją więcej alkoholu, mniej ćwiczą i mniej czasu poświęcają na sen niż pięć lat temu...

...W jaki sposób przekonać ludzi do zmiany nawyków związanych ze zdrowiem?...

...Jednym ze sposobów zmiany postaw jest próba zastraszenia, by zostały przyswojone nawyki służące zdrowiu... apele nastawione na wzbudzenie strachu mogą działać, przynajmniej w pewnym zakresie, jeśli towarzyszy im ubezpieczająca informacja o tym, jak najlepiej poradzić sobie z danym problemem.....

....Kiedy jednak przychodzi zmienić odporne, silnie zakorzenione nawyki związane ze zdrowiem, wtedy apele wywołujące strach mogą odnieść ograniczony efekt....w przypadku wielu problemów zdrowotnych trzeba radykalnie zniszczyć potężne bariery.... Co można zrobić, by zmienić tę potencjalnie śmiertelną postawę?

...Jedną z najważniejszych wskazówek, którą daje psychologia społeczna, jest, że aby zmienić czyjeś zachowanie, trzeba

zmienić jego samoocenę w taki sposób, by działała na jego korzyść...

Jest projekt ustawy o zdrowiu publicznym – szukajmy w nim zapisów o kulturze fizycznej

Wiemy też, że w MZ pracuje intensywnie zespół przygotowujący projekt (na lata 2016-2020) Narodowego Programu Zdrowia stanowiącego rozwinięcie ustaleń Ustawy o ZP . Jak tylko uda nam się ten projekt zdobyć opublikujemy go.

Publikując w Liderze fragmenty projektu ustawy o zdrowiu publicznym chcemy zachęcić naszych czytelników i inne osoby i podmioty uczestniczące w różnym zakresie w rozwijaniu kondycji fizycznej społeczeństwa, do skonfrontowania własnych doświadczeń i oczekiwań z zapisami w projekcie ustawy i dokonania oceny, czy zapisy te we właściwy i dostatecznie wyrazisty sposób znajdują stosowne miejsce dla kultury fizycznej (we wszystkich jej formach : wychowanie fizyczne, sport, rekreacja fizyczna, rehabilitacja ruchowa, turystyka) jako ważnego czynnika wzmacniania i pomnażania zdrowia. Jako członkowie społeczeństwa obywatelskiego powinniśmy w szerszym zakresie współuczestniczyć w stanowieniu prawa co w naszym wypadku oznacza aby to co robimy i do czego zobowiązuje nas nasza wiedza i doświadczenie oraz pozycja zawodowa i społeczna miały stosowne do znaczenia możliwości skutecznego działania. Zachęcamy zatem aby wszyscy zainteresowani wyrażeniem swej opinii w tym zakresie wzięli udział w debacie na temat miejsca i roli kultury fizycznej w ustawie o zdrowiu publicznym a swe uwagi i wnioski kierowali do właściwych podmiotów uczestniczących w procesie konsultacji projektu ustawy.

Projekt ustawy wraz z uzasadnieniem to bardzo obszerny dokument, publikujemy zatem jedynie wybrane jej fragmenty odsyłając zainteresowanych do lektury pełnych projektów. Znaleźć je można na stronach Centrum Legislacyjnego Rządu oraz na portalu Lidera na stronie www.lider.sz.s.pl Publikowane tu fragmenty są dla ułatwienia lektury i zachęty do studiowania oryginałów sporządzone w formie word - pominęliśmy w nim liczne przypisy i odsyłacze podkreślając te fragmenty (wyłuszczonej czcionką) w których wspomina się o interesujących nas środowisko sprawach.

Opinie wszystkich, którzy chcieliby wypowiedzieć się w sprawie projektu ustawy a następnie Narodowego Programu Zdrowia, nad którym z tego co wiemy pracuje się bardzo intensywnie, chętnie na łamach Lidera opublikujemy. Czytajcie, oceniajcie, proponujcie, nadsyłajcie. Tekst ten ogłoszono równolegle w Magazynie nr 2 Animatora Sportu Dzieci i Młodzieży.

USTAWA z dnia 2015 r. o zdrowiu publicznym (projekt z dnia 17 marca 2015 r) Wybrane fragmenty.

Rozdział 1 Przepisy ogólne

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

Art. 2. Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia, jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;

2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w tym zwłaszcza dzieci i młodzieży;

3) opracowywanie, wdrażanie i ewaluację programów promocji zdrowia, aktywizujących obywateli i społeczności do dbałości o zdrowie;

4) opracowywanie, wdrażanie i ewaluację programów profilaktyki chorób, uwzględniających rozpoznane indywidualne i zbiorowe potrzeby zdrowotne w tym zakresie;

5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;

6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;

7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;

8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Art. 3. 1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują organy władzy publicznej w ramach swoich kompetencji.

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

3. Jednostki samorządu terytorialnego, w ramach realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, mogą podejmować i finansować działania promujące zadania realizowane przez inne organy lub podmioty, w tym przede wszystkim zadania prowadzone w celu wczesnego wykrywania chorób.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, poprzez Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, koordynuje działania związane z ograniczaniem następstw zdrowotnych palenia tytoniu i wyrobów powiązanych, zapobieganiem otyłości oraz profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, poprzez Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, współpracuje z ministrem właściwym do spraw sportu i kultury fizycznej w zadaniach na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej społeczeństwa.

6. W realizacji zadań o których mowa w art. 2 pkt. 1 4 i 6, samorząd gminy oraz samorząd powiatu współpracuje z samorządem województwa.

7. Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Rozdział 2

Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego i Rada do Spraw Zdrowia Publicznego

Art. 4. 1. Zadania wynikające z ustawy koordynuje Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, będący Sekretarzem Stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia, zwany dalej „Pełnomocnikiem”.

2. Pełnomocnika powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów.

3. Do zadań Pełnomocnika należy:

1) przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1;

2) monitorowanie realizacji zadań, o których mowa w art. 2;

- 3) zapewnianie spójności zadań realizowanych przez organy i podmioty, o których mowa w art. 3;
 - 4) sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom, o których mowa w art. 3, potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego;
 - 5) gromadzenie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz ich udostępnianie, w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą;
 - 6) analizowanie informacji, o których mowa w art. 12;
 - 7) sporządzanie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych w danym roku na podstawie Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1.
4. Pełnomocnik wykonuje swoje zadania przy pomocy wyodrębnionej komórki organizacyjnej w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 5. 1. Pełnomocnik współpracuje z organami władzy publicznej, jednostkami podległymi lub nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładem Higieny, Głównym Inspektorem Sanitarnym i podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 2.

2. Organy władzy publicznej oraz państwowe jednostki organizacyjne są obowiązane do współpracy i udzielania pomocy Pełnomocnikowi, w szczególności przez bezpłatne udostępnianie mu informacji, dokumentów i danych niezbędnych do realizacji jego zadań w terminie określonym przez Pełnomocnika. Dane są udostępniane w postaci zbiorów danych jednostkowych, uniemożliwiających identyfikację osób, których dotyczą.

Art. 6. 1. Tworzy się Radę do Spraw Zdrowia Publicznego, zwaną dalej „Radą”, pełniącą funkcję opiniodawczo-doradczą Pełnomocnika.

2. Do zadań Rady należy:

- 1) opiniowanie rocznego planu finansowego Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ust. 1;
- 2) opiniowanie projektów i ewaluacja Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1;
- 3) przedstawianie Pełnomocnikowi propozycji zadań w zakresie zdrowia publicznego;
- 4) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Pełnomocnika.

3. Obsługę Rady zapewnia komórka organizacyjna, o której mowa w art. 4 ust. 4.

Art. 7. 1. Rada składa się z:

- 1) przedstawiciela Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) jednego przedstawiciela każdego z ministrów kierujących działem administracji rządowej;
- 3) konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 4) nie więcej niż sześciu przedstawicieli ogólnopolskich organizacji jednostek samorządu terytorialnego;
- 5) przedstawiciela Polskiej Akademii Nauk;
- 6) przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 7) przedstawiciela Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 8) przedstawiciela Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny;
- 9) przedstawiciela Głównego Inspektora Sanitarnego,
- 10) przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 11) przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. Członków Rady powołuje Pełnomocnik na wniosek właściwego organu lub podmiotu. Pełnomocnik odwołuje członka Rady z własnej inicjatywy albo na wniosek właściwego organu lub podmiotu. W przypadku odwołania członka Rady z własnej inicjatywy Pełnomocnik niezwłocznie powiadamia o tym właściwy organ lub podmiot.

3. Przewodniczącym Rady wyznacza Pełnomocnik.

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

4. W posiedzeniach Rady mogą brać udział osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady. Osoby te nie mają prawa głosu.

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

6. Szczegółowy tryb pracy Rady określa regulamin pracy Rady uchwalony przez Radę i zatwierdzony przez Pełnomocnika.

Art. 8. 1. Członkom Rady, w związku z wykonywanymi czynnościami, przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 i 1662). Zwrot kosztów przejazdu jest finansowany z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Pracodawca jest obowiązany zwolnić pracownika od pracy w celu wzięcia udziału w posiedzeniach Rady. Za czas zwolnienia pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia wypłacanego przez podmiot, o którym mowa w art. 7 ust. 1, ustalonego według zasad obowiązujących przy obliczaniu ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy.

Rozdział 3

Narodowy Program Zdrowia i Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia

Art. 9. 1. W celu realizacji polityki zdrowia publicznego i mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „NPZ”.

2. NPZ jest dokumentem strategicznym, opartym na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, a także społeczności lokalnych.

3. W NPZ określa się:

1) charakterystykę głównych zagrożeń zdrowia, ze wskazaniem obszarów priorytetowych dla zdrowia publicznego, uwzględniających determinanty zdrowia, w tym czynniki środowiskowe, biologiczne, społeczne i ekonomiczne;

2) cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu;

3) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejszenie obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi stanowiącymi największe zagrożenie dla zdrowia publicznego;

4) zadania służące realizacji celów operacyjnych, dotyczące rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia zagrożeń dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji, poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego, tworzenia warunków ułatwiających prowadzenie prozdrowotnego stylu życia, w tym racjonalnego żywienia i regularnej aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem redukcji nierówności społecznych w zdrowiu;

5) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań;

6) realizatorów zadań;

7) sposób i tryb finansowania zadań;

8) wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ.

4. NPZ przyjmuje się na okres nie krótszy niż 5 lat.

5. Do przygotowania NPZ, a także do monitorowania i ewaluacji jego wdrażania Pełnomocnik może powoływać zespoły opiniotawczo-doradcze, w skład których wchodzi

przedstawiciele organów władzy publicznej oraz przedstawiciele jednostek i towarzystw naukowych.

Art. 10. 1. Tworzy się Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, zwany dalej „Komitetem”.

2. Do zadań Komitetu należy:

- 1) określanie sposobów realizacji celów operacyjnych NPZ;
- 2) bieżąca koordynacja działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ.

3. Komitet składa się z przedstawicieli ministrów wskazanych w NPZ, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu oraz z Pełnomocnika.

4. Członków Komitetu powołuje i odwołuje Pełnomocnik, na wniosek właściwych ministrów.

5. Przewodniczącym Komitetu jest Pełnomocnik.

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

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

8. Obsługę Komitetu zapewnia komórka organizacyjna, o której mowa w art. 4 ust. 4.

9. Koszt funkcjonowania Komitetu jest pokrywany z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

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

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

2. Podmiot wskazany jako odpowiedzialny za realizację zadań z zakresu spraw wskazanych w NPZ, dla osiągnięcia celów określonych w tym programie, jest obowiązany współpracować z Pełnomocnikiem.

Art. 12. 1. Organy administracji rządowej i państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji NPZ, przekazują Pełnomocnikowi, do dnia 30 kwietnia każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

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

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

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

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

5. Wojewoda na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. Informację zbiorczą oraz opinię, o których mowa w ust. 5, wojewoda przekazuje Pełnomocnikowi do dnia 30 września każdego roku.

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

- 1) określenie odpowiednio organu sporządzającego informację lub ją przekazującego;
- 2) wskazanie realizowanego celu NPZ;
- 3) opis zadań podjętych w ubiegłym roku;
- 4) wskazanie źródeł finansowania zadań podjętych w ubiegłym roku;
- 5) inne informacje uznane przez dany organ za istotne w zakresie zadań podjętych w ubiegłym roku.

8. Na podstawie informacji oraz opinii, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, Pełnomocnik sporządza, co dwa lata informację o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 7, zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pełnomocnik przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

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

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób przekazywania informacji, o której mowa w ust. 1 i 2, oraz wzór dokumentu zawierającego taką informację, uwzględniając zakres spraw, o których mowa w ust. 7, możliwość sprawnego przeprowadzenia analizy uzyskanych informacji i ich przetworzenia w celu sporządzenia informacji, o której mowa w ust. 5.

Rozdział 4

Zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego

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

1) pozostających w dyspozycji:

- a) ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - b) innych ministrów, organów, agencji i jednostek państwowych realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego,
 - c) jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ust. 1.

Art. 14. 1. W celu finansowania lub dofinansowania zadań przewidzianych ustawą tworzy się Fundusz Zdrowia Publicznego, zwany dalej „Funduszem”.

2. Fundusz jest państwowym funduszem celowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.¹⁾).

3. Dysponentem Funduszu jest minister właściwy do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może upoważnić do dysponowania środkami Funduszu w jego imieniu Pełnomocnika lub kierownika jednostki podległej lub nadzorowanej.

5. Środki z Funduszu są przekazywane podmiotom odpowiedzialnym za realizację zadań określonych w NPZ przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo Pełnomocnika na podstawie porozumienia.

6. Nie mniej niż 10% środków Funduszu rocznie przeznaczają się na realizację zadań polegających na:

- 1) monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa;
- 2) identyfikacji i analizie rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie dla stanu zdrowia społeczeństwa;
- 3) identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 4) inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, w tym badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności, oraz badań dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego.

Art. 15. Przychodami Funduszu są:

- 1) 1% wpływów z tytułu akcyzy od napojów alkoholowych;
- 2) 0,5% wpływów z tytułu akcyzy od wyrobów tytoniowych i suszu tytoniowego;
- 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, z późn. zm.);
- 4) odsetki od kwot zgromadzonych na rachunku bankowym Funduszu;
- 5) dotacje z budżetu państwa;
- 6) darowizny i zapisy;
- 7) wpływy z innych tytułów.

Art. 16. 1. Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta.

2. Konkursu ofert na powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego nie przeprowadza się w przypadku, jeżeli w NPZ realizatorami tych zadań określone zostały wszystkie podmioty właściwe do ich realizacji. Powierzenie tych zadań następuje na wniosek realizatorów wskazanych w NPZ, składany do odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13.

3. Na realizację powierzonego zadania odpowiedni dysponent środków, o których mowa w art. 13, udziela dotacji celowej, zwanej dalej „dotacją”, na podstawie umowy zawartej z realizatorem zadania.

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

Art. 17. 1. W ogłoszeniu o konkursie ofert określa się: *(pominięto szczegółowe zasady)*

Art. 18. Do wniosku, o którym mowa w art. 16 ust. 2, wnioskodawca jest obowiązany dołączyć dokumenty określone w art. 17 ust. 5 pkt 1-5 i 8, oraz ust. 6.

Art. 19. 1. Realizatorzy zadań, z którymi została zawarta umowa, o której mowa w art. 16 ust. 3, są obowiązani do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej otrzymanych środków oraz dokonywanych z tych środków wydatków. *(pominięto dalsze szczegóły)*

Rozdział 5

Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe i końcowe

/Pominięto artykuły 20-.30 o zmianach w innych ustawach /

Art. 31. 1. W latach 2016-2025 maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy wynosi dla budżetu państwa w roku:

- 1) 2016- 61 mln zł;
- 2) 2017- 62 mln zł;
- 3) 2018-64 mln zł;
- 4) 2019-65 mln zł;
- 5) 2020-67 mln zł;
- 6) 2021-68 mln zł;
- 7) 2022-70 mln zł;
- 8) 2023 - 72 mln zł;
- 9) 2024-74 mln zł;
- 10) 2025 - 75 mln zł.

2. W latach 2016-2025 maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy wynosi dla Funduszu w roku: 1) 2016- 214 mln zł;

- 2) 2017-227 mln zł;
- 3) 2018-240 mln zł;
- 4) 2019-255 mln zł;
- 5) 2020-271 mln zł;
- 6) 2021- 288 mln zł;
- 7) 2022-305 mln zł;
- 8) 2023 - 325 mln zł;
- 9) 2024-345 mln zł;
- 10) 2025-367 mln zł.

3. W przypadku gdy wielkość wydatków, o których mowa w ust. 1 i 2, po pierwszym półroczu danego roku budżetowego wyniesie więcej niż 65% limitu wydatków przewidzianych na dany rok, wielkość przyznanych środków przeznaczonych na wydatki obniża się w drugim półroczu o kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wielkością tego limitu a kwotą przekroczenia wydatków.

4. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitów wydatków, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 3, jest minister właściwy do spraw zdrowia, a w przypadku o którym mowa w art. 14 ust 4, odpowiedni dysponent środków Funduszu.

Art. 32. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r

(podpisy)

Uzasadnienie do projektu ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 17.03.2015

Szkoda, że nie można poddać analizie obu dokumentów łącznie tj. projektu Ustawy o Zdrowiu Publicznym i projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 –2020. Wydaje się też, że wielki pośpiech i krótki okres konsultacyjny nie sprzyja jakości. Dotyczy to też, za co przepraszam naszych uwag. Chcemy też podkreślić, że wykluczenie środowiska naukowego kultury fizycznej z dotychczasowych prac nad tymi dokumentami (co ma różne przyczyny)jest niepokojące. Mamy nadzieję, że to się zmieni.

(Publikujemy całość uzasadnienia jedynie z wyłączeniem licznych przypisów i odniesień - zainteresowani mogą je znaleźć w pełnej wersji (pdf)) projektu ustawy opublikowanej na stronie www.lider.szs.pl) Wydało mi się to bardzo celowe, ponieważ w uzasadnieniu

odnaleźć można pełniejszą informację ewaluacyjną co do dotychczasowej realizacji zadań w zakresie zdrowia publicznego jak też zarys obecnie przygotowywanego głównego dokumentu merytorycznego jakim będzie jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2016 – 2020). W tekście podkreślone zostały (wytluszczoną czcionką) fragmenty odnoszące się bezpośrednio do interesującego nas zakresu regulacji tj. spraw kultury fizycznej oraz uwagi „na gorąco” poczynione niebieską czcionką.)

1. Uzasadnienie podjęcia prac

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

(brak odniesienia do innego ważnego czynnika jakim jest „długość życia w zdrowiu”

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

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

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

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

(wypadałoby wskazać na podstawowy warunek osiągania tego stanu rzeczy to kształcenie wysokokwalifikowanych kadr zajmujących się promocją zdrowia, edukacją zdrowotną i krzewieniem kultury zdrowotnej i fizycznej)

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

Niektóre z obowiązujących regulacji, w szczególności ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), czy też ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.) posługują się terminem zdrowie publiczne, bądź też regulują wybrane kwestie z tego zakresu (przykładowo przeciwdziałanie uzależnieniom), niemniej jednak **nie tworzą spójnego systemu** i ograniczają się w dużym stopniu do problemów zdrowotnych mających coraz mniejsze znaczenie dla zdrowia publicznego (np. higiena komunalna). Nie odpowiadają zatem wyzwaniom, jakim kraj rozwinięty musi sprostać w XXI wieku.

Sektorowa polityka zdrowotna jest realizowana przez szereg programów polityki zdrowotnej prowadzonych przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również inne działania, jak np. Program szczepień ochronnych. Wśród programów polityki zdrowotnej na pewno trzeba wymienić Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006-2015, Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016, Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018, Program profilaktyki raka piersi, czy Program profilaktyki raka szyjki macicy. Wspomniane programy łączą elementy promocji zdrowia z działaniami profilaktycznymi różnej fazy.

(zauważyć należy, że wśród programów prozdrowotnych nie wymienia się żadnego dotyczącego kultury fizycznej. Ze względów oczywistych nie jest takim programem rozwoju sportu, który zajmuje się przede wszystkim sprawami sportu wyczynowego, nieliczne i niszowe projekty dotyczące systematycznej aktywności fizycznej mają nikle możliwości sprawcze. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest niefortunna likwidacja ustawy o kulturze fizycznej, zastąpionej przez ustawę o sporcie. W ustawie tej (w uzasadnieniu) rozbudowana została teza o tym, że sprawy zdrowia i sprawności należą do sfery prywatnej i nie należą do obowiązków państwa, błędnie też powoływano się w tej sprawie na rzekomo obowiązujące prawo europejskie. Wydaje się na szczęście, że autorzy ustawy o ZP odchodzą od takiej uproszczonej interpretacji, choć naszym zdaniem niedość stanowczo)

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

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

wszystkim na zapobieganie chorobom przewlekłym, poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz profilaktykę alkoholizmu.

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

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

Zmiany dla zdrowia publicznego są możliwe nie tylko poprzez programy polityki zdrowotnej i programy zdrowotne oraz kampanie społeczne. Konieczne jest także kształtowanie środowiska pracy, nauki i odpoczynku, aby możliwe było prowadzenie prozdrowotnego stylu życia. Ponadto istotne jest zachęcanie do zachowań poprawiających stan zdrowia i zmniejszanie narażenia na szkodliwe czynniki.

(Takie bardzo istotne założenia powinny znaleźć konkretniejsze rozwinięcia w projekcie ustawy i NPZ)

Oprócz prowadzonych działań polegających na edukacji i promocji zdrowia istnieją znacznie większe możliwości oddziaływania na czynniki warunkujące zdrowie. Przede wszystkim są to działania o charakterze regulacyjnym -wprowadzające zakazy (np. palenia), nakazy (np. obowiązek zapinania pasów bezpieczeństwa w samochodzie), a także cała gama rozwiązań o charakterze fiskalnym (zmiana struktury opodatkowania żywności zalecanej do spożycia lub używek). Narzędziem służącym do realizacji tych celów jest też dokonywanie stosownych zmian legislacyjnych przez ministrów innych niż Minister Zdrowia, a także działania podejmowane przez władze lokalne. Koszt finansowy związany z ich wprowadzeniem jest niewielki, a relacja do efektów znacznie bardziej korzystna w porównaniu do programów interwencyjnych. Jednakże uzyskanie konsensusu różnych środowisk i interesariuszy w procesie uzgadniania realizowanej polityki wymaga najczęściej prowadzenia intensywnego dialogu i szukania trudnych kompromisów. Aby zapewnić bliską współpracę resortów i budować koalicję na rzecz zdrowia niezbędne jest utworzenie forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego, w skład którego będą wchodzić przedstawiciele administracji rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych i jednostek naukowych. Instytucjonalizacja funkcjonalna i operacyjna zdrowia publicznego umożliwi współpracę międzysektorową na rzecz zdrowia publicznego na szczeblu strategicznym oraz wykonawczym. Podstawowym założeniem projektowanej ustawy jest praktyczna implementacja generalnej zasady polityki Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia stanowiącej, że **zdrowie powinno być obecne we wszystkich politykach, a nie stanowić wyłącznie wyodrębniony element polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia.**

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

pozarządowymi, kościołami i związkami wyznaniowymi oraz wszelkimi podmiotami przyczyniającymi się do zmian w stanie zdrowia społeczeństwa.

(Wydaje się celowe spowodowanie większego wykorzystania znaczącej pozycji Kościoła (kościół) i wielkiej armii jego funkcjonariuszy, którzy mogliby skutecznie przyczynić się do krzewienia zdrowego stylu życia. Może zamiast trwonienia sił po obu stronach na licznych płaszczyznach ideologicznych i jałowych sporów światopoglądowych powinna powstać jakaś platforma porozumienia władz i kościoła w sprawie zdrowia, ściślej krzewienia zdrowego stylu życia. Tu nasuwa się uwaga aby poza formalnymi dokumentami tj ustawa i NPZ i w wyniku prac nad nimi powstał jakiś katalog rekomendacji dla różnych działań pozaprawnych ale mających ważne znaczenie inspirujące i inicjujące)

2. Podstawowe cele regulacji

Celem projektowanej ustawy jest utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitorowanie działalności władz publicznych wpływających na zmianę stanu zdrowia populacji, a także zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania. Ten cel można osiągnąć poprzez usystematyzowanie działań w obszarze zdrowia publicznego, zapewnienie ich ciągłości, adekwatności i kompleksowości. Miernikami wykorzystywanymi do monitorowania efektów projektowanej regulacji będą: powołanie Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, utworzenie Rady do Spraw Zdrowia Publicznego, Komitetu Sterującego i Funduszu Zdrowia Publicznego oraz przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia. *(Słysz się liczne opinie, że projektuje się nazbyt rozbudowany system instytucji dla sterowania procesami ZP – takie rozwiązania muszą znaleźć zatem solidne uzasadnienie aby społeczna opinia skierowana przeciwko takim propozycjom nie osłabiała ich pozycji i możliwości sprawczych)*

Funkcje zdrowia publicznego realizowane dzięki przyjęciu ustawy będą odpowiadały celom z zakresu zdrowia publicznego wynikającym z dokumentów regionu europejskiego WHO - „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek” i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka” oraz w „Wieloletnim programie działań w dziedzinie zdrowia Unii Europejskiej na lata 2014-2020” tj. przede wszystkim takim celom jak:

- 1) promocja zdrowia i zapobieganie chorobom;
- 2) poprawa zdrowia całego społeczeństwa i niwelowanie nierówności zdrowotnych;
- 3) wspieranie innowacyjności i stabilności systemu opieki zdrowotnej;
- 4) wspieranie przywództwa w aktywnym współuczestnictwie instytucji i społeczności lokalnych w dążeniu do umacniania zdrowia

(użyte tu pojęcie przywództwa jest niejasne. Wydaje się, że chodzi tu – co bardzo popieramy o wdrażanie zasady aby funkcjonariusze różnych służb publicznych (liderzy): nauczyciele, lekarze, księża, urzędnicy wspierali system zdrowia publicznego własnym przykładem)

Dzięki realizacji zadań przewidzianych projektowaną ustawą możliwa będzie znacząca poprawa sytuacji zdrowotnej i zbliżenie się przynajmniej do poziomu średniej wartości analizowanych wskaźników dla państw członkowskich Unii Europejskiej. Długość życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej była w 2012 r. krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej - kobiet o 2,1 lat, a mężczyzn o 4,8 lat. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa i tempo wzrostu długości trwania życia ludności kraju będzie nadal takie jak w ostatnich latach, to obecną średnią długość życia dla krajów Unii Europejskiej osiągniemy w przypadku kobiet w latach 2021-2022, a w przypadku mężczyzn dopiero 10 lat później - tj. w latach 2031-2032..

(tu znów mówi się o bezwzględnej długości życia jako wartości podstawowej, wydaje się stosowniejsze i bardziej odpowiadające wyzwaniom użycie określenia tego celu jako długość życia w tym szczególnie „długość życia w zdrowiu”)

3. Operacjonalizacja zadań przewidzianych ustawą

Wykonanie projektowanej ustawy będzie możliwe poprzez:

- powołanie Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego oraz Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia,

- utworzenie Rady do Spraw Zdrowia Publicznego, w ramach której będzie prowadzone planowanie, monitorowanie i ewaluacja zadań prowadzonych w zdrowiu publicznym,

- przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia - rozporządzenia Rady Ministrów, będącego dokumentem strategiczno-wykonawczym. Do zadań z zakresu zdrowia publicznego, które będą realizowane na podstawie projektowanej ustawy należą w szczególności:

1) systematyczne monitorowanie stanu zdrowia i jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem ludności w celu identyfikacji priorytetów dla polityki zdrowotnej państwa oraz wskazywanie skutecznych programów prewencji i promocji zdrowia;

2) prowadzenie edukacji zdrowotnej dostosowanej do potrzeb różnych grup społeczeństwa, a zwłaszcza dzieci i młodzieży, z wykorzystaniem programów o dobrej jakości i sprawdzonej skuteczności; (*W tym zakresie prowadzone są liczne, okolicznościowe incydentalne akcje i kampanie, które choć są bardzo cenne, mają niewielkie znaczenie sprawcze, Tu chodziłoby raczej o trwały system edukacji zdrowotnej prowadzony wg najlepszych wzorów światowych i przez wysokokwalifikowane kadry. Wyszukanie tych kadr jest najpilniejszym zadaniem*)

3) wdrażanie w różnych środowiskach programów promocji zdrowia, aktywizujących obywateli i społeczności do dbałości o zdrowie oraz tworzenie warunków ułatwiających prowadzenie prozdrowotnego stylu życia, w tym szczególnie racjonalne żywienie i regularną aktywność fizyczną;

4) prowadzenie działań w celu redukcji nierówności w zdrowiu ;

5) podejmowanie działań w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia zagrożeń dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;

6) **kształcenie i racjonalne wykorzystanie kadr w zakresie zdrowia publicznego** oraz włączenie zagadnień dotyczących profilaktyki chorób i promocji zdrowia do programów edukacyjnych różnych grup zawodowych, zwłaszcza lekarzy, pielęgniarek i **nauczycieli** oraz administracji publicznej;

(W jakiś bardziej konkretny sposób należałoby podkreślić, że najważniejszymi w kształceniu nauczycieli jest pilne doksztalcenie nauczycieli nauczania początkowego w zakresie realizacji programu edukacji zdrowotnej oraz w związku z włączeniem edukacji zdrowotnej do wychowania fizycznego na wyższych etapach nauczania pilne i gruntowne doksztalcenie nauczycieli tego przedmiotu w zakresie edukacji zdrowotnej. Bez rozwiązania tego zadania (kształcenia nauczycieli) wszelkie oczekiwania co do możliwości poprawy stanu zdrowia przez zmianę stylu życia osób dorosłych oraz planowanie w tym zakresie znaczących zmian jest mało realne. Problemy te mogłyby znaleźć też solidne miejsce w ewentualnym katalogu rekomendacji w odniesieniu do systemu edukacji, szkolnictwa wyższego i nauki)

7) stwarzanie warunków do prowadzenia badań naukowych i współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego.

Zadania te w dużym stopniu są zgodne z priorytetami zdrowotnymi określonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie priorytetów zdrowotnych wydanym na podstawie 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.).

W Narodowym Programie Zdrowia określi się:

1) charakterystykę głównych zagrożeń zdrowia, ze wskazaniem obszarów priorytetowych dla zdrowia publicznego, uwzględniających determinanty zdrowia, w tym czynniki biologiczne, społeczne i ekonomiczne;

2) cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu; („długości życia w zdrowiu”)

3) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejszenie obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi stanowiącymi największe zagrożenie dla zdrowia publicznego;

4) zadania służące realizacji celów operacyjnych, dotyczące rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia zagrożeń dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji, poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego, **tworzenia warunków ułatwiających prowadzenie prozdrowotnego stylu życia, w tym racjonalnego żywienia i regularnej aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem redukcji nierówności społecznych w zdrowiu;**

(w różnych dyskusjach ich uczestnicy wskazywali, że owe nierówności mają też miejsce w szkolnym wychowaniu fizycznym, w którym preferowane są często (na ogół w najlepszej wierze) wskaźniki i mierniki wysokiej sprawności i wyniku sportowego, co promując i zachęcając część młodzieży innych zniechęca do uczestnictwa w zajęciach wf, w których skazani są na porażkę. Stąd, między innymi, bierze się duża liczba zwolnień z wf. Po części źródłem tych zjawisk są preferencje zapisane w decyzjach i programach najwyższych władz: (ministerstwo sportu a nie kultury fizycznej, ustawa o sporcie a nie ustawa o kulturze fizycznej, program rozwoju sportu a nie rozwoju kultury fizycznej, nieuzasadnione forsowanie zmian: sport zamiast kultura fizyczna, rugowanie metodami administracyjnymi (z pominięciem opinii naukowych) z obszaru kultury fizycznej kolejno turystyki a potem rekreacji fizycznej.)Pochwalić należy natomiast działania MEN dotyczące zmian systemu oceniania z wf o czym bardzo interesująco mówiła w TVN Pani Joanna Kluzik - Rostkowska Minister Edukacji Narodowej)

5) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań;

6) realizatorów zadań;

7) sposób finansowania zadań;

8) wskaźniki służące monitorowaniu i ewaluacji NPZ.

Narodowy Program Zdrowia będzie ustanawiany na czas nie krótszy niż okresy pięcioletnie i będzie wpisywał się w Strategię Rozwoju Kraju 2020 oraz Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego, oraz pozostanie komplementarny z przyjętym w 2014 r. przez Ministra Zdrowia dokumentem „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 ” i wspomnianym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych.

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

(zwraca uwagę brak aktywności fizycznej co przypisać należy niewątpliwie lekceważeniu tej dziedziny i jej podstawowego znaczenia dla zdrowia. Wydaje się też, że współcześni lekarze i epidemiolodzy, którzy tworzą takie wykazy form działań są trochę bezradni w odniesieniu do aktywności fizycznej, a nie chcą lub nie potrafią porozumieć się ze specjalistami z tej dziedziny) przy określaniu zadań w tym zakresie.

1) kampanie edukacyjne mające na celu kształtowanie nawyków oraz postaw prozdrowotnych; *(bardziej potrzebny jest trwały system edukacji zdrowotnej niż kampanie)*

2) promowanie spożycia zdrowych produktów, ograniczenie spożycia soli i tłuszczów nasyconych oraz trans, a także powszechne poradnictwo dietetyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb;

3) oferowanie pomocy w leczeniu z uzależnienia od tytoniu, informowanie i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu;

4) pomoc w ograniczaniu spożycia alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych oraz prowadzenie skutecznych działań z zakresu leczenia uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych;

- 5) wspieranie osób z problemami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja, zaburzenia nerwicowe czy lękowe;
- 6) poprawa warunków panujących w szkołach i miejscu pracy;
- 7) wczesna diagnostyka chorób, a przez to ich skuteczniejsze i szybsze leczenie;
- 8) rozwój badań naukowych;
- 9) stałe monitorowanie stanu zdrowia, rozpowszechnienia chorób i czynników ryzyka;
- 10) stałe monitorowanie mających wpływ na zdrowie postaw i zachowań różnych populacji;
- 11) monitorowanie skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji.

4. Koordynacja realizacji NPZ

Do koordynacji, inicjowania i monitorowania realizacji przepisów przewidzianych projektowaną ustawą zostanie powołany Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego w randze sekretarza stanu, którego obsługę zapewniac będzie urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia. Planuje się również utworzenie Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia, w którego skład będą wchodzić oprócz Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego - podsekretarze lub sekretarze stanu z ministerstw wyznaczonych do realizacji NPZ. Istnieje wiele obszarów pozostających w kompetencjach tych ministrów przyczyniających się do poprawy zdrowia populacji. Przykładowo można wymienić poniższe:

- 1) minister właściwy do spraw finansów publicznych - prowadzenie elementów prozdrowotnej polityki fiskalnej ukierunkowanej na zwiększanie dostępności do żywności i innych produktów zalecanych do spożycia oraz redukcję konsumpcji produktów negatywnie wpływających na zdrowie populacji (w tym używki);
- 2) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego - prowadzenie prozdrowotnej polityki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem społecznych uwarunkowań nierówności zdrowotnych, dbałość o prozdrowotne warunki w miejscu pracy;
- 3) minister właściwy do spraw oświaty i wychowania - wzmacnianie roli edukacji zdrowotnej mającej na celu podnoszenie świadomości zdrowotnej i umiejętności dokonywania wyborów prozdrowotnych, zapewnianie warunków prozdrowotnych w szkole; **(w szczególności poprzez systematyczne podnoszenie kwalifikacji nauczycieli prowadzących edukację zdrowotną)**
- 4) minister właściwy do spraw środowiska - ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka wynikające z zanieczyszczenia gleby, powietrza, wody, promieniowania czy hałasu,
- 5) minister właściwy do spraw transportu - poprawa bezpieczeństwa w ruchu drogowym,
- 6) minister właściwy do spraw nauki oraz do spraw szkolnictwa wyższego - prowadzenie polityki w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych w obszarze zdrowia publicznego, w tym zapewnienie w programach naukowych środków finansowych na badania i rozwój w zakresie zapobiegania chorobom przewlekłym będącym głównymi czynnikami przedwczesnej umieralności, chorobowości i niepełnosprawności; **(tu także sprawa kształcenia kadr dla edukacji zdrowotnej)**
- 7) minister właściwy do spraw kultury fizycznej oraz do spraw turystyki - prowadzenie działań mających na celu popularyzację aktywności fizycznej, sportu masowego, rekreacji i zdrowego stylu życia;
- 8) minister właściwy do spraw rolnictwa - prowadzenie polityki prozdrowotnej w odniesieniu do produkcji żywności.

Dla prowadzenia międzysektorowej polityki zdrowia publicznego się utworzona zostanie Rada do Spraw Zdrowia Publicznego, pełniąca funkcję opiniotawczo-doradczą Pełnomocnika i stanowiącą forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego. W jej skład będą wchodzić przedstawiciele administracji publicznej, a także najważniejszych podmiotów biorących udział w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym jednostki naukowe, przedstawiciele pracodawców, organizacje pozarządowe.

Planowanie prac Rady, a także wytyczanie sposobów realizacji celów NPZ i wdrażanie zadań, będzie zadaniem przewodniczącego Rady, wyznaczanego przez Pełnomocnika. Rada zastąpi funkcjonujący obecnie Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia. Działania z zakresu zdrowia publicznego będą wdrażane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej, dzięki zaangażowaniu przedstawicieli jednostek i towarzystw naukowych.

Zmiany w przepisach obowiązujących obejmują ujednoczenie formy prawnej programów profilaktyki uzależnień, poprzez nadanie rangi rozporządzenia Rady Ministrów Programowi Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zmiany umożliwią również dofinansowanie już obowiązujących programów ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego. Wspieranie oddolnych inicjatyw społeczeństwa obywatelskiego stanowi niezbędny element przekazywania kompetencji w zakresie kreowania i pomnażania zdrowia obywateli z systemu medycyny naprawczej w kierunku świadomie podejmowanych wysiłków dla budowania kapitału zdrowotnego ludzi.

Ustawa wprowadzi również możliwość współuczestniczenia jednostek samorządu terytorialnego w programach finansowanych np. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, poprzez promowanie korzystania ze świadczeń gwarantowanych w postaci badań przesiewowych lub zwiększanie ich dostępności. **(Zasadne wydaje się stopniowe wprowadzanie systemu premiowania i wyróżniania osób, szczególnie pełniących funkcje publiczne, za prowadzenie zdrowego stylu życia – np. inicjatywa podobna amerykańskiej nagrody prezydenta za aktywność fizyczną. Zapisy takie mogłyby znaleźć się w pakiecie rekomendacji)**

Z uwagi na problemy związane ze sprawozdawaniem działań na rzecz zdrowia publicznego planuje się ujednoczenie sprawozdawczości obejmującej zadania związane z profilaktyką uzależnień (od alkoholu, narkotyków, tytoniu), realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Narodowego Programu Zdrowia. Z uwagi na fakt, że realizatorami większości programów są te same podmioty, ujednoczenie kanału informacyjnego będzie stanowić odciążenie dla jednostek samorządu terytorialnego i ministerstw i przyczyni się do zwiększenia poprawności gromadzonych danych, które w chwili obecnej są wykazywane w kilku sprawozdaniach.

Ustawa wprowadzi obowiązek weryfikacji przez wojewodów sprawozdań przesyłanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Będą oni również oceniać zgodność działań podejmowanych przez samorządy z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej, określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodne z celem projektu ustawy zmiany wprowadzane w ustawie o radiofonii i telewizji wynikają z konieczności zapewnienia pełnej ochrony dzieci przed wpływem działań marketingowych dotyczących środków spożywczych, których spożycie w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazane, oraz mają na celu dostosowanie słownictwa stosowanego w krajowych i wspólnotowych przepisach z zakresu bezpieczeństwa żywności i żywienia. **(Zapewne możliwa byłaby silniejsza zachęta mediów do propagowania prozdrowotnych zachowań i wspierania programów w tym zakresie)**

5. Finansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego

Projekt ustawy zakłada utworzenie Funduszu Zdrowia Publicznego, którego dysponentem będzie minister właściwy do spraw zdrowia. Minister Zdrowia będzie mógł upoważnić do dysponowania środkami tego Funduszu w jego imieniu Pełnomocnika lub kierownika jednostki podległej lub nadzorowanej.

Przychodami Funduszu będą:

- 1) 1% wpływów z tytułu akcyzy od napojów alkoholowych;
- 2) 0,5% wpływów z tytułu akcyzy od wyrobów tytoniowych i suszu tytoniowego;

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, z późn. zm.);

4) odsetki od kwot zgromadzonych na rachunku bankowym Funduszu;

5) dotacje z budżetu państwa;

6) darowizny i zapisy;

7) wpływy z innych tytułów.

Planuje się połączenie zadań związanych z profilaktyką uzależnień behawioralnych z działaniami objętymi ustawami związanymi z profilaktyką uzależnień od substancji psychoaktywnych, a także przekazanie środków finansowych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych do tworzonego Funduszu Zdrowia Publicznego.

Finansowanie zadań przewidzianych ustawą będzie pochodzić:

1) ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz innych ministrów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego;

2) ze środków pozostających w dyspozycji jednostek samorządu terytorialnego;

3) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia;

4) ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego.

Dzięki projektowanej ustawie możliwe będzie precyzyjne określenie i zwiększenie wydatków na ten cel. Projekt ustawy zakłada wskazanie w strukturze wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia środków przeznaczanych na zadania z zakresu zdrowia publicznego. Planuje się przeznaczanie kwoty 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób. Środki te pozostają w dyspozycji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ich wydatkowanie będzie się odbywać zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej gwarantowanych ze środków publicznych, tj. poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty, które zawarły z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia będą polegać na prowadzeniu programów wczesnego wykrywania nowotworów i profilaktyki chorób odtytoniowych. Będą obejmować również:

1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;

2) wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;

3) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;

4) **promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia; (myślę, że w NPZ należałoby rozdzielić promocję zdrowia i profilaktykę stomatologiczną dokładniej formułując zadania w tych sferach)**

5) **prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej;**

6) **profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;**

7) **wykonywanie szczepień ochronnych;**

8) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej, obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu.

(wydaje się, że nie chodzi tylko o badania z zakresu medycyny sportowej /choć to ważne zadanie/ ale w ogóle o sformułowanie bardziej wyrazistych i konkretnych zadań w zakresie profilaktycznych badań stanu zdrowia młodzieży szkolnej. System tej opieki, na co wskazują liczni rozmówcy ma liczne braki, których usunięcie powinno być zapisane jako zadanie NPZ).

Wydaje się też celowe silniejsze zobowiązanie lekarzy szkolnej służby zdrowia ?do uczestniczenia w realizacji programu edukacji zdrowotnej) W chwili obecnej istnieje duży potencjał do zwiększenia zaangażowania świadczeniodawców w zadania dotyczące zapobiegania chorobom (w tym wczesne wykrywanie), edukacji zdrowotnej oraz promowania zachowań prozdrowotnych.

Minister Zdrowia finansuje w chwili obecnej wiele wspomnianych wcześniej programów ukierunkowanych na promocję zdrowia, wczesne wykrywanie chorób i zapobieganie konsekwencjom i powikłaniom wybranych schorzeń. Programy te są ukierunkowane na rozwiązywanie problemów związanych z ograniczaniem konsekwencji chorób cywilizacyjnych i powinny być kontynuowane w najbliższych latach, wpisując się w Narodowy Program Zdrowia.

Projektowana ustawa umożliwi realizację zadań związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości. Ich celem będzie poprawa stanu zdrowia publicznego poprzez zahamowanie wzrostu odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz przewlekłymi chorobami niezakaźnymi poprzez kształtowanie **prozdrowotnych zachowań w zakresie diety i aktywności fizycznej** oraz tworzenie warunków ułatwiających dokonywanie właściwych wyborów żywieniowych. Na realizację programu konieczne będzie zapewnienie dodatkowych środków w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości 60 mln zł rocznie (przy uwzględnieniu wskaźnika wzrostu cen).

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

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

2) regularny monitoring sposobu żywienia, stanu odżywienia;

3) promocję zdrowia i edukację przy zastosowaniu nowoczesnych systemów interaktywnych i technologii informacyjno-komunikacyjnych, w tym prowadzenie powszechnej edukacji zdrowotnej skierowanej do kobiet w ciąży i karmiących (w tym promocja karmienia piersią z uwzględnieniem problemów z laktacją), dzieci, młodzieży, osób dorosłych, osób starszych; (eksponować należałoby najskuteczniejszą metodę – gruntownej edukacji zdrowotnej najmłodszych)

4) zapobieganie nadwadze i otyłości, w tym poprzez wspieranie poprawy żywienia zbiorowego w szkołach; (ograniczenie dostępu dzieci i młodzieży do niewłaściwych z punktu widzenia celów żywieniowych produktów)

5) ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług profilaktycznych i leczniczych, w tym zachęcanie do tworzenia i prowadzenia grup wsparcia dla osób z otyłością, jako skutecznego modelu leczenia otyłości.

Umocowanie programu profilaktyki otyłości w projektowanej ustawie pozwoli na ujednoczenie formy prawnej tego programu z innymi programami profilaktycznymi (zapobieganie alkoholizmowi, narkomanii i paleniu tytoniu) utworzonymi na mocy innych ustaw. Finansowanie zadań będzie odbywać się w trybie konkursu ofert ogłaszanego na podstawie NPZ, lub na wniosek podmiotów wskazanych w NPZ, spełniających kryteria formalne. Tryb wnioskowy będzie dopuszczalny jedynie w sytuacji, w której zadanie powinno być realizowane przez wszystkie podmioty wskazane jako realizatorzy/beneficjenci (np. wszystkie szkoły).

Interwencje z zakresu zdrowia publicznego muszą być wdrażane w oparciu o aktualny stan wiedzy naukowej. W chwili obecnej istotnym problemem jest źródło finansowania regularnych badań epidemiologicznych dotyczących skali występowania chorób i czynników ryzyka. Z uwagi na konieczność prowadzenia prozdrowotnej polityki publicznej w oparciu o obiektywne, rzetelne i wiarygodne dane nie mniej niż 10% środków Funduszu rocznie będzie przeznaczane na realizację zadań polegających na:

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

6. Rozwiązania międzynarodowe

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

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

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

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

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

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

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

Jaki problem jest rozwiązywany?

W chwili obecnej można wskazać na bardzo wiele działań wpisujących się w mniejszym lub większym stopniu w obszar zdrowia publicznego. Niektóre z obowiązujących regulacji, w szczególności ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947), czy też ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.) posługują się terminem zdrowie publiczne, bądź też regulują wybrane kwestie z tego zakresu (przykładowo przeciwdziałanie uzależnieniom), niemniej jednak nie tworzą spójnego systemu i ograniczają się w dużym stopniu do problemów zdrowotnych mających coraz mniejsze znaczenie dla zdrowia publicznego (np. higiena komunalna). Nie odpowiadają zatem wyzwaniom, jakim kraj rozwinięty musi sprostać w XXI wieku.

Polityka zdrowotna jest realizowana przez szereg programów polityki zdrowotnej prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Wiele innych ministerstw inicjuje i podejmuje programy przyczyniające się do kreowania środowisk prozdrowotnych, w różnych wymiarach istotnych dla ich funkcjonowania do zmniejszenia nierówności pomiędzy wskaźnikami zdrowotnymi w poszczególnych regionach kraju i w różnych grupach społecznych. Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego przyczyni się do zwiększenia liczby lat przeżywanych w zdrowiu, poprawy jego jakości związanej ze zdrowiem i zmniejszenia liczby chorób, urazów i wypadków, możliwych do uniknięcia.

Projektowana ustawa przyczyni się do poprawy efektywności (w tym alokacyjnej) programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych poprzez ich lepszą koordynację i możliwość wsparcia finansowego ze strony Funduszu Zdrowia Publicznego. W momencie wejścia w życie ustawy istniejące programy nie ulegną modyfikacji.

Najważniejsze z istniejących programów objętą nową regulacją, a które będą kontynuowane w przyszłości to:

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

- programy profilaktyki uzależnień, w tym od substancji psychoaktywnych,
programy polegające na prowadzeniu badań przesiewowych mające na celu ograniczenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci, spowodowanej wadami metabolizmu

Zakłada się, że wszystkie wskazane powyżej programy wymagają kontynuacji — nie ma uzasadnienia dla ich ograniczenia lub zaprzestania realizacji. Zakłada się, że w dłuższej perspektywie — podczas opracowywania i realizacji Narodowego Programu Zdrowia - będzie istniała możliwość ich łącznej ewaluacji i rozważenia ich połączenia lub modyfikacji dotychczasowego sposobu realizacji.

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

Regulacja korzystnie wpłynie również na programy zdrowotne opracowywane i realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego - dzięki działaniom na rzecz zwiększenia dostępności danych dotyczących skuteczności i efektywności interwencji w zdrowiu publicznym i danych o chorobowości i umieralności.

Dzięki przyjęciu Narodowego Programu Zdrowia będzie możliwe zapewnienie spójności zadań z zakresu zdrowia publicznego i uniknięcie dublowania lub pominięcia poszczególnych obszarów. NPZ będzie dokumentem kompleksowo opisującym rozwiązania przyjmowane na rzecz ograniczenia występowania poszczególnych problemów zdrowotnych, skali występowania czynników ryzyka zdrowotnego. Program ustali zakres odpowiedzialności poszczególnych ministrów, zgodnie z przypisanymi kompetencjami, wskaże rolę Narodowego Funduszu Zdrowia jako instytucji uczestniczącej już obecnie w rozwiązywaniu niektórych problemów zdrowia publicznego. Wskaże również rekomendowane zadania wspierające realizację Narodowego Programu Zdrowia jednostkom samorządu terytorialnego, pozostawiając jednak (z uwagi na ich samorządność) do ich autonomicznej decyzji zakres i formę zadań związanych z ochroną lub promocją zdrowia. Na podstawie zadań przewidzianych do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia będzie możliwe odpowiednie ukierunkowanie finansowania ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego, co również będzie istotnym narzędziem ułatwiającym koordynację działań - np. poprzez wspólne realizowanie programów przez dwóch lub więcej ministrów.

Ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego będą finansowane w pierwszej kolejności zadania związane z profilaktyką uzależnień - w tym uzależnień od substancji psychoaktywnych (nikotyna, alkohol, narkotyki, środki zastępcze „tzw. dopalacze”) a także uzależnień behawioralnych - uzależnienia od zakupów, pracy, internetu czy gier losowych. Planuje się, że znacząca większość środków Funduszu będzie przeznaczona na tego rodzaju działania.

W projektowanej ustawie przyjęto rezygnację przy stosowaniu wspomnianej powyżej procedury konkursowej z przepisów dotyczących zamówień publicznych, w celu zachowania spójności z innymi przepisami dotyczącymi zlecania zadań dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej i programów polityki zdrowotnej - określonych w dwóch podstawowych aktach prawnych z tego obszaru - w ustawie z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. Ust. nr 210 poz. 2135) oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr **112, poz. 654**). **Ustawy te przewidują odrębny tryb wyłaniania realizatorów, w oparciu o przepisy materialne w nich ujęte.**

Projektowana ustawa zmodyfikuje funkcjonujący od lat sposób gromadzenia informacji o zadaniach związanych ze zdrowiem publicznym - tj. ochroną i promocją zdrowia (czyli zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego). W chwili obecnej ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa sposób uzyskiwania tych informacji, natomiast uzasadnione jest przyznanie kompetencji wojewodzie do wystąpienia do jednostki samorządu terytorialnego w przypadku wątpliwości dotyczących przekazanych informacji - np. braku wskazania liczby osób objętych daną interwencją lub określenia celu działania lub wysokości wydatkowanych środków. Uzasadnione jest również dokonanie przez wojewodę oceny, czy jednostki samorządu terytorialnego swoimi działaniami wpisują się w obszary określone w Narodowym Programie Zdrowia i czy są zgodne z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej (o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

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

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia publicznego. Rozwiązania stosowane w krajach Unii Europejskiej są bardzo zróżnicowane pod względem organizacji i finansowania. Ponadto zakres przedmiotowy w sposób istotny różni się pomiędzy krajami. Państwa członkowskie UE regulują zdrowie publiczne ustawowo już od wielu lat. Przykładowo Wielka Brytania przyjęła pierwszą ustawę o zdrowiu publicznym już w 1848 r. Jej celem była przede wszystkim walka z epidemią cholery, ale również poprawa warunków sanitarnych w miastach. W chwili obecnej odpowiedzialność za regulacje i wykonywanie zadań z zakresu zdrowia publicznego (w tym sprawy dotyczące bezpieczeństwa żywności oraz środowiska) w Anglii ponosi Departament Zdrowia (utworzony w 1988 r.), współpracujący z narodowej strategii zdrowotnej, jednakże z uwagi na uwarunkowania systemu zdrowotnego opartego o przynależność świadczeniodawców do Systemu Narodowej Służby Zdrowia Ministerstwo Zdrowia ma kompetencje do ustalania ramowego działania uczestników systemu zdrowotnego i kluczowych zadań dla poszczególnych podmiotów. Każdy ze świadczeniodawców i płatników jest zobowiązany do tworzenia własnych planów, które podobnie jak plany strategiczne agencji rządowych uczestniczących w systemie zdrowia publicznego są zatwierdzane przez Ministerstwo Zdrowia.

W Niemczech kompetencje zdrowia publicznego są przypisane władzom poszczególnych landów i obejmują monitorowanie chorób zakaźnych (w tym w szpitalach), promocję i edukację zdrowotną, badania przesiewowe u dzieci i innych szczególnych grup czy działania w obszarze prewencji chorób przenoszonych drogą płciową. Pomimo próby władz federalnych podjętej w 2005 r. nie udało się przyjąć kompleksowej regulacji dotyczącej zdrowia publicznego, która konstytuowałaby struktury na szczeblu centralnym i ustanawiała narodową strategię zdrowotną. We Francji celem uporządkowania bardzo licznych i rozproszonych działań w obszarze zdrowia publicznego w 2004 r. uchwalono ustawę o zdrowiu publicznym. W tym akcie określono podział odpowiedzialności władz publicznych za określone zadania z zakresu zdrowia publicznego a także dokonano instytucjonalizacji odpowiednich struktur. Ustawa nałożyła również obowiązek przygotowywania planów pięcioletnich dotyczących profilaktyki onkologicznej, zapobiegania przemocy i uzależnieniom, poprawy warunków środowiskowych, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz dostarczanie opieki pacjentom z chorobami rzadkimi. Rozwiązania francuskie obejmują również Narodowy Program Zdrowego Żywienia, opierają się również na Regionalnych Agencjach Zdrowia, które są odpowiedzialne za opracowywanie i wdrażanie regionalnych strategii zdrowotnych. Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy, obszaru zdrowia publicznego przejęcie wprost rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest możliwe. Rozproszenie funkcji zdrowia publicznego, sposób przypisania ich poszczególnym podmiotom publicznym a także różnorodność definiowania zakresu zdrowia publicznego pomiędzy poszczególnymi państwami nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących europejskiego modelu zdrowia publicznego i jest podstawą do przyjęcia

w projektowanych przepisach rozwiązań dostosowanych do istniejących realiów organizacyjnych, finansowych oraz kompetencji instytucji publicznych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Populacja polska	38 461 750	„Prognoza ludności na lata 2014-2050”, Główny Urząd Statystyczny, http://stat.gov.pl/download/____gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata_2014_-_2050.pdf , data akcesji 18.02.2015 r. str. 111.	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności, zwiększenie produktywności, obniżenie absencji chorobowej, odsetka osób niepełnosprawnych.
Ministerstwo Zdrowia	10 osób dodatkowo zatrudnionych w Ministerstwie Zdrowia.		Realizacja zadań przewidzianych ustawą.
Wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego	16 wojewodów, 16 województw, 314 powiatów oraz 2.478 gmin	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji: https://administracja.m.gov.pl/adm/baza-jst/843,Samorzad-terytorialny-w-Polsce.html , data akcesji 15.03.2015 r.	Modyfikacja sposobu sprawozdawania informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego poprzez ujednoczenie formularza sprawozdawczego.

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

Projekt był przedmiotem prekonsultacji ze środowiskiem ekspertów z Polskiej Akademii Nauk, uniwersytetów medycznych, jednostkami podległymi i nadzorowanymi przez Ministra Zdrowia

Projekt ustawy otrzymają do konsultacji publicznych następujące podmioty: Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego, Krajowy Konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Instytut Kardiologii, Centrum Onkologii - Instytut, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Marszałkowie Województw, wojewodowie, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Rządowa Rada Ludnościowa, Związek Województw RP, Związek Powiatów Polskich, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Forum Związków Zawodowych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Konfederacja Lewiatan, Federacja Pacjentów Polskich, z terminem zgłaszania uwag w ciągu 30 dni. Wyniki konsultacji zostaną omówione w niniejszej ocenie po ich zakończeniu.

Projekt ustawy z chwilą jego przekazania do uzgodnień, zostanie zamieszczony w

Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2013 r. poz. 979). *(Zwraca uwagę pominięcie w tym wykazie podmiotów zajmujących się kulturą fizyczną jak np. Polskiego Towarzystwa Naukowego Kultury Fizycznej – co prawda bardzo podupadłego w ostatnich latach, co jest odrębnym problemem środowiska naukowego kultury fizycznej. Być może, co postulujemy, że Ministerstwo Sportu i Turystyki rozszerzy zakres tych konsultacji na różne podmioty działające w sferze KF) Poważnym błędem jest moim zdaniem poddanie konsultacji projekt ustawy bez NPZ. Oba dokumenty powinny być analizowane łącznie) Należałoby unikać sytuacji kiedy np. ustawa o sporcie nie była konsultowana ze środowiskiem naukowym kultury fizycznej a wielu jej wybitnych przedstawicieli, dowiedziało się o jej uchwaleniu po fakcie. Jeżeli zatem mówimy o wykluczeniach to tu właśnie mamy do czynienia ze specyficzną odmianą takiego zjawisk.*

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

Nie przewiduje się w chwili obecnej przychodów Funduszu Zdrowia Publicznego w postaci dotacji, niemniej jednak uzasadnione wydaje się pozostawienie takiej możliwości.

Przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia, obowiązującego od 2016 r., nie spowoduje zmian w poziomie wydatków przeznaczanych obecnie ze własnych środków na realizację innych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej i działań o charakterze profilaktyki problemów zdrowotnych i promocji zdrowia przez Ministra Zdrowia, jednostki podległe lub nadzorowane oraz jednostki samorządu terytorialnego.

Likwidacja Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (FRPH) z tworzonym Funduszem Zdrowia Publicznego (FZP) będzie się wiązało z koniecznością przekazania środków pozostających na koncie FRPH na konto FZP. Dotychczasowe wpływy do FRPH będą nadal przeznaczane na profilaktykę uzależnień, w tym behawioralnych.

Dzięki ustawie umożliwiona zostanie realizacja ogólnopolskiego programu profilaktyki nadwagi i otyłości poprzez zapewnienie finansowania na poziomie 60 mln zł w pierwszym roku obowiązywania ustawy, co będzie wiązało się z koniecznością zwiększenia wydatków w ramach części budżetowej 46 -zdrowie.

Rada do Spraw Zdrowia Publicznego zastąpi funkcjonujący obecnie Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia, zatem jej funkcjonowanie nie zwiększy kosztów po stronie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia. Utworzenie Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia nie spowoduje zwiększenia wydatków po stronie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

Projektowana regulacja nie zwiększy wydatków po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, jednakże spowoduje zmianę ich struktury - udział świadczeń ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i promocję zdrowia zostanie określony na poziomie 1,5%. Narodowy Fundusz Zdrowia, jako istotny uczestnik systemu zdrowia publicznego, będzie zobowiązany do określenia w strukturze udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej zadań z zakresu zdrowia publicznego będących w całości lub w części działaniem o charakterze profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej lub promocji zdrowia. Projektowana ustawa nie wpłynie na zwiększenie wysokości środków przeznaczanych przez NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej. Z analiz danych dotyczących wydatkowania tych środków przez **Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że NFZ w chwili obecnej przeznacza kwotę zbliżoną do tej wartości, niemniej jednak w pierwszym roku funkcjonowania ustawy będzie on zobowiązany do przeprowadzenia szczegółowej analizy w perspektywie zdrowia publicznego. Wyraźne wskazanie obszarów opieki, w których występują działania profilaktyczne pozwoli na wyciągnięcie wniosków dotyczących ewentualnych potrzeb wzmocnienia ich w poszczególnych formach opieki lub lepsze zaadresowanie ich zgodnie z potrzebami zdrowotnymi - a zatem na bardziej racjonalne planowanie i realizację działań profilaktycznych.**

(W końcowej części pominięto parę fragmentów szczegółowych)

Zbigniew Cendrowski

Portal :Lider Promocja Zdrowia Kultura Zdrowotna i Fizyczna

(10.02.2015)

Gdzie się podziały turystyka i rekreacja fizyczna

W wyniku postępującej deprecjacji kultury fizycznej tak znacząco osłabiono jej pozycję, że możliwość uczestnictwa jej przedstawicieli w pracach nad Ustawą o Zdrowiu Publicznym została zredukowana do minimum.

Uchwalenie ustawy o sporcie, likwidacja ustawy o kulturze fizycznej i skreślenie z jej obszaru rekreacji fizycznej to szczególnie przypadek lekceważenia kultury fizycznej jako ważnej części kultury narodowej.

Wszyscy albo może większość zainteresowanych pracami nad Ustawą o Zdrowiu Publicznym twierdzi, że niezbędne jest zasadnicze wzmocnienie nurtów **promocji zdrowia i profilaktyki** prozdrowotnej i dla tego celu **skoordynowanie i zintegrowanie** działań wszystkich podmiotów.

Ustawa powinna stworzyć dla takiej polityki solidną bazę prawną i organizacyjną zapewniającą większą skuteczność realizacji zakładanych celów. Wydaje się, że w Ustawie należałoby położyć nacisk na **edukację zdrowotną** wdrażająca do zdrowego stylu życia od najmłodszych lat, koncentracji polityki zdrowotnej na najskuteczniejszych środkach krzewienia kultury zdrowotnej, oraz **intensywne kształcenie nowoczesnych kadr promotorów zdrowia**. Wyróżniającym tę politykę celem powinno być „**długość życia w zdrowiu**”.

Znawcy problemu uważają, że najskuteczniejszym środkiem wspierania i pomnażania zdrowia jest zdrowy styl życia z ekspozycją w nim systematycznej aktywności fizycznej.

Intuicyjnie i intencyjnie w świadomości teoretyków i organizatorów kultury fizycznej składają się na nią : **wychowanie fizyczne, rekreacja fizyczna, sport, rehabilitacja fizyczna i turystyka**. Tak było ale już nie jest.

Najpierw zniknęła **turystyka**, którą zaliczono do sfery gospodarki potem próbowano skreślić **rehabilitację** i na końcu wyrzucono **rekreację fizyczną**. Za to sport przesunięto na pierwsze miejsce by wreszcie oznajmić, że to właściwie on jest najważniejszy a nawet, że kultura fizyczna to właściwie sport. I o to chodziło.

Jeszcze w Ustawie o KF z 1996 r. zapisano :

Cele...KF.. realizowane są w szczególności poprzez: **wychowanie fizyczne, sport, rekreację ruchową, rehabilitację ruchową.**

Niezmordowani „urzędnicy – teoretycy” najszybciej uporali się z turystyką, potem przeszkadzała im. rehabilitacja więc w projekcie Ustawy o Sporcie z 5.03.2009 zapisano :

Sport wraz z rekreacją ruchową i wychowaniem fizycznym składa się na kulturę fizyczną, która jest wspierana przez władze publiczne.

Potem coś się komuś odwidziało i z kolei skreślono rekreację a w ostatecznej wersji Ustawy o Sporcie zapisano, że sport wraz z wychowaniem fizycznym i rehabilitacją ruchową składają się na kulturę fizyczną, a ponadto aby jeszcze wzmocnić pozycję sportu dodano, że „**sportem są wszelkie formy aktywności fizycznej,** które przez uczestnictwo do-
rażne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach”.

Można przypuszczać, że jedynie przez niedopatrzenie nie zadekretowano jeszcze, że kultura fizyczna jest częścią sportu albo jeszcze lepiej, jest tylko sport, a kultura fizyczna to coś co było ale już nie jest.

Podczas debaty sejmowej jedynie poseł Kłopotek opowiedział się za szeroką definicją kultury fizycznej mówiąc:

„Jeżeli chodzi o szeroko rozumianą kulturę fizyczną, ta w obu projektach (Rządowym i SLD) zawarte są następujące elementy: sport i wychowanie fizyczne. Jednak w jednym projekcie jest rekreacja ruchowa, a w drugim - rehabilitacja ruchowa. Wprawdzie w uzasadnieniu rządu jest wyjaśnienie, że element rekreacji ruchowej zawiera się w pojęciu sportu, ale mimo wszystko uważam, że nic by się złego nie stało, gdyby te cztery elementy, dla bardziej precyzyjnego i jasnego określenia, ostały się w szeroko rozumianej kulturze fizycznej.

Wszystkie te manipulacje odbywały się bez udziału środowiska naukowego kultury fizycznej. Głównymi konsultantami były Polskie Związki Sportowe i Stowarzyszenia KF

Think Tank Lidera czeka na dobrą Ustawę o Zdrowiu Publicznym

Zbigniew Cendrowski 25. 02.2015

Pakiet podstawowych konstatacji odnoszących się do miejsca i roli kultury fizycznej w programach prozdrowotnych a w szczególności Ustawy o Zdrowiu Publicznym.

1. Wiemy, że lada moment ukaże się projekt tej ustawy przygotowywany intensywnie pod kierunkiem Pani Wiceminister Zdrowia Beaty Małeckiej-Libery. **W Liderze – miesięczniku zajmującym się już od ponad 25 lat problematyką promocji zdrowia, kultury zdrowotnej i fizycznej, wielokrotnie podkreślaliśmy, że kultura fizyczna z jej podstawowymi formami : wychowaniem fizycznym, rekreacją fizyczną, rehabilitacją, turystyką i sportem, odgrywają zbyt małą rolę w profilaktyce zdrowotnej i kształtowaniu zdrowia.** Jest to przede wszystkim wynikiem osobistej, niedostatecznej wiedzy, motywacji i nawyków każdego z nas. Ale nie tylko. Znaczącą i niestety wsteczną rolę w tym zakresie odegrały działania niektórych decydentów, którzy z różnych powodów deprecjonują te dziedziny kultury fizycznej, które dla powszechnej aktywności fizycznej mają znaczenie podstawowe. **Eksponując sport wyczynowy, relegując turystykę i rekreację fizyczną, niedostatecznie działając na rzecz powszechnego wychowania fizycznego i edukacji zdrowotnej obniżono**

rangę kultury fizycznej i ograniczono wpływ jej przedstawicieli na stanowienie planów i programów prozdrowotnych będących częścią kultury narodowej.

Podczas wieloletnich kontaktów na płaszczyźnie Lidera z udziałem wielu osób i instytucji a szczególnie w ostatnich kilku latach, podczas prac nad Pomarańczową Księgą Promocji Zdrowia Kultury Zdrowotnej i Fizycznej zgromadzono wielką dokumentację na ten temat. Wybrane fragmenty tych dokumentów wraz z komentarzami i opiniami wybitnych przedstawicieli środowisk promocji zdrowia i kultury fizycznej zostaną w marcowym numerze przedstawione.

Po ukazaniu się Ustawy o ZP i skonfrontowaniem tego dzieła z oczekiwaniami i zapowiedziami, na miarę naszych możliwości podkreślimy propozycje udane i odniesiemy się do tego czego w Ustawie nie znajdziemy.

Nie wiemy jaka będzie ta ustawa. **Zakładamy, że wiedza, silna wola i determinacja autorów da nam projekt sumujący dotychczasowe oczekiwania, potrzebę poprawy obrazu zdrowia społeczeństwa i silne podstawy dla jego rozwoju.** Upředzając ogłoszenie projektu przedstawiamy pakiet podstawowych konstatacji, oczekiwań i propozycji. **Pakiet nie jest moim autorskim opracowaniem. Jest kwintesencją wieloletniej współpracy (Think Tank Lidera) z licznymi przedstawicielami nauk o zdrowiu, promocji zdrowia, kultury zdrowotnej i fizycznej. Ja w tym układzie – co zawsze podkreślam- wypełniam jedynie rolę naczelnego skryby.**

Aby uniknąć posądzenia o nadmierną pewność siebie, pakiet ten nie jest sporządzony w formie propozycji konkretnych zapisów ustawowych. Jest formą publicystyki na temat. Na konkrety przyjdzie czas po ogłoszeniu projektu Ustawy. Dodać jeszcze należy, że jak znam życie, uchwalenie Ustawy choćby najlepiej skrojonej nie skończy starań o wyższą rangę kultury fizycznej w prozdrowotnej strategii państwa.

2. Zdrowie to dobro narodowe, potencjał, podstawa, warunek, fundament. Zdrowie (fizyczne, psychiczne, społeczne), długość życia w zdrowiu, to podstawowe warunki powodzenia, stabilności, rozwoju i bezpieczeństwa : jednostki, rodziny, społeczności i państwa. W dotychczasowej praktyce nie udało się nam tak zespolić wysiłków wszystkich zainteresowanych, aby w ramach jednolitego planu stan zdrowia był systematycznie poprawiany.

Tak zarysowane cele trudno osiągnąć wobec licznych mikro i makro kryzysów systemu wartości, rozbujalego neoliberalizmu, komercyjności, konsumpcjonizmu, doraźności, zaniechań i zaniedbań, naporu spraw codziennych. Stare problemy jak bezrobocie, nierówności, wykluczenia, niestabilizacja społeczno-polityczna hamują postęp i rozwój. Niestabilna sytuacja międzynarodowa absorbuje uwagę rządzących, ogranicza i minimalizuje ich uwagę na sprawach krajowych. Szybko narastają trudności demograficzne spowodowane starzeniem się społeczeństwa, frustracją młodych i integracyjnymi problemami współczesnej Europy. Nawet to, że są to problemy dynamicznie rozwijającego się państwa, nie zmienia faktu, że trudności temu towarzyszące są dokuczliwe. Nie raz w historii państw i narodów wypowiedziano opinię, że wielkość narodów i społeczeństw poznajemy po tym jak sobie dają radę z kłopotami. W odniesieniu do tak ważnego problemu jakim jest zdrowie nie jest to zdanie nazbyt patetyczne. **To wyzwanie dla elit, które w znacznej swej części uwikłane w różne spory, skoncentrowane na własnych karierach często niekompetentne, nie potrafią skupić się na wykonywaniu ważnych zadań. Słabości te pozwalając na ujawnianie się niekorzystnych cech ludzkich charakterów : zawiści, agresji, egoizmu, nienawiści, nietolerancji pogarszają stan zdrowia psychicznego i społecznego (o czym skoncentrowani na zdrowiu fizycznym często zapominamy).**

3. Mimo znaczących osiągnięć medycyny jako dyscypliny naukowej służącej zdrowiu, to w zakresie powszechnej dostępności i skuteczności tej jej gałęzi, o której mówimy

„służba zdrowia” notujemy stan pogłębiającej się niewydolności. Powszechnie się o tym mówi, a skutków tych słabości doświadczamy codziennie. Czyni się wiele wysiłków dla poprawy sytuacji, ale wszelkie próby w tym zakresie koncentrują się na tych powinnościach i zadaniach medycyny klinicznej (służby zdrowia), dotyczących na ogół osób już chorych, oczekujących pomocy i wyleczenia z dolegliwości, które ich dotknęły - często wskutek doświadczeń losu ale najczęściej niewłaściwego stylu życia.

4. Z tego punktu widzenia pożądana byłaby zmiana orientacji i celów polityki zdrowotnej, która za cel nadrzędny powinna przyjąć zasadę principiis obsta – niszczyć zło w zarodku. Osamotniona medycyna i służba zdrowia nie poradzi sobie sama z tymi problemami, musi ją wspomóc cały potencjał wszystkich zainteresowanych podmiotów, których wysiłki zespolone pod egidą państwa, obwarowane skutecznym prawem, powinny znacząco zmniejszyć obciążenie służby zdrowia. Zmasowana krytyka Ministerstwa Zdrowia (medycyny jako działu administracji) za to, że nie zajmuje się dostatecznie sprawami promocji zdrowia i profilaktyki jest mało skuteczna, przekracza bowiem możliwości resortu zdrowia jako samodzielnego podmiotu odpowiedzialnego za stan działań w tym zakresie, jest też specyficzną formą asekuracji ze strony tych działów administracji państwa, które nie poczuwają się do obowiązku partycypowania w dziele budowania zdrowia publicznego.

5. Podstawowym problemem zdrowotnym, dodajmy najtrudniejszym i dotyczącym nie tylko medycyny i służby zdrowia (zdrowia publicznego), jest nie tylko poprawa istniejącego systemu pomocy i leczenia ludzi chorych, co jest głównym zadaniem medycyny i systemu służby zdrowia, a jego poprawa wymaga wielkiego wysiłku, ile prowadzenie takiej działalności zapobiegawczej (edukacja, promocja, profilaktyka) aby nie przybywało ludzi chorych, w szczególności tych u których choroba (dolegliwość, niewydolność, niesprawność) powstała wskutek niewłaściwego stylu życia. Wynika z tego, że zadania w zakresie zdrowia (zdrowia publicznego) dla wszystkich, muszą być gwarantowane systemem ponadresortowym pozostającym pod bezpośrednim nadzorem Premiera przy pomocy grona ekspertów, a dla jej realizacji powinny być zapewnione ustawowo skuteczne środki realizacji : jasny konkretny plan, obwarowania prawne, koordynacja, monitoring, zabezpieczenie finansowe.

6. W dotychczasowym systemie zadania z zakresu zdrowia publicznego adresowano rutynowo do Ministerstwa Zdrowia. Inne działy (resorty) jak Edukacja i Kultura Fizyczna dość skutecznie unikały wyraźnych zobowiązań w tym zakresie. W dziale edukacji i wychowania MEN uczyniło w ostatnich latach wiele wprowadzając nową podstawę programową z podkreśleniem roli edukacji zdrowotnej m.in. przez włączenie jej do wychowania fizycznego i uznając nauczycieli wf za odpowiedzialnych za prowadzenie zajęć w tym zakresie. Jednak na tym poprzestano, nie zrealizowano kluczowego dla pomyślnej realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej zadania gruntownego doksztalcenia nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli nauczania początkowego. Nie ma też stosownych planów w tym zakresie. Jeszcze gruntowniej odzębnił się od tych zadań dział kultura fizyczna tworząc Ministerstwo Sportu i w miejsce Ustawy o Kulturze Fizycznej forsując Ustawę o Sporcie a dodatkowo usuwając z obszaru kultury fizycznej dział rekreacja fizyczna (przedtem dokonano tego z działem turystyka). Proponowane przez MSiT niszowe i akcyjne programy prosportowe nie zmieniają faktu postępującej w polityce państwa deprecjacji kultury fizycznej pomniejszającej jej remedialne obowiązki i możliwości.

7. W strategii zdrowia publicznego obok klasycznych zadań medycznych dość dobrze rozpoznawanych i zapisywanych w różnych programach należałoby znacząco wyeksponować cele i zadania z zakresu promocji i profilaktyki w tym za kluczowe należałoby uznać zabiegi wokół wdrożenia społeczeństwa do kultury zdrowego

stylu życia z koncentracją uwagi na problemach systematycznej aktywności fizycznej, odżywiania się, eliminacji uzależnień oraz redukcji dystresu. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że systematyczna aktywność fizyczna najsilniej konverguje z pozostałymi czynnikami ryzyka i stanowi ośrodek, na którym najskuteczniej buduje się modele zdrowego stylu życia.

8. W projektowanej ustawie o ZP należałoby, przypisując stosowne znaczenie wolności każdego do podejmowania decyzji w sprawie swego stylu życia, podkreślić rolę odpowiedzialności osobistej za „niezdrowe” postępowanie, które przynosi nie tylko ujemne skutki dla zainteresowanego ale skutkuje także ujemnie na inne osoby i społeczność. Wolność musi oznaczać także odpowiedzialność i należy znaleźć środki dla prawnego egzekwowania tego związku. Wydaje się celowe stopniowe wprowadzanie konkretnych kryteriów i warunków odpowiedzialności osobistej za postępowanie i styl życia skutkujący ujemnie na osobiste zdrowie i zdrowie społeczności.

9. Problemów tych nie można jednak, jak to się robi hołdując neoliberalnym koncepcjom, pozostawić jedynie z sferze wolności osobistej jak to błędnie zadekretowano w ustawie o sporcie. Postawy prozdrowotne skutkujące poprawą w sferze zdrowia publicznego muszą stanowić sferę bezpośrednich zainteresowań i działań państwa i jego struktur co powinno być między innymi przedmiotem regulacji i gwarancji w Ustawie o Zdrowiu Publicznym i innych aktach prawnych i programach. Nietrudno sformułować katalog takich rozwiązań, które mogą służyć realizacji tej idei.

9. W pakiecie tym za kluczowe uznać należy problemy systematycznej aktywności fizycznej. Tu jednak w odniesieniu do Ustawy o ZP sytuacja jest najtrudniejsza, bowiem kultura fizyczna jako składowa zdrowego stylu życia i jeden z podstawowych czynników prozdrowotnych wskutek obniżenia jej rangi spowodowanej niefortunną ustawą o sporcie ma mniejsze szanse niż to by wynikało z jej potencjału. Trudno będzie „odrobić” straty wywołane nieodpowiedzialnymi decyzjami w zakresie lokowania roli kultury fizycznej w systemie zdrowia publicznego, sztuczne wyeksponowanie roli sportu wyczynowego, wyeliminowanie opinii przedstawicieli nauk o kulturze fizycznej z procesu tworzenia programów prozdrowotnych. W tym zakresie wydaje się konieczne podjęcie długofalowych prac zmierzających do przywrócenia kulturze fizycznej należnego jej miejsca i roli w kształtowaniu zdrowia społeczeństwa. Nie należy oczywiście eliminować sportu z życia społecznego i budować znaczenie systematycznej aktywności fizycznej przez negację i eliminację sportu ale nie wolno też dopuścić do uznania i utrwalenia się sztucznej na gruncie polskim definicji dotyczących tej dziedziny życia.

Potrzebna jest ustawa o zdrowiu publicznym. Pożyteczna narada w Kancelarii Prezydenta (wrzesień 2014)

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 najczęściej 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)

Założenia Ustawy o Zdrowiu Publicznym

Wykaz prac legislacyjnych i pozalegisłacyjnych (wrzesień 2014)

Numer projektu	ZD11
Tytuł	Założenia do projektu ustawy o zdrowiu publicznym
Rodzaj dokumentu	założenia do projektów ustaw
Informacje o przyczynach i wielu aktach prawnych, zarówno rangi ustawowej, jak i w potrzebie wprowadzenia przepisach wykonawczych.	Kwestie dotyczące zdrowia publicznego są uregulowane w
rozwiązań planowanych w projekcie	W wyniku przeprowadzonej analizy systemu prawnego sektora zdrowotnego oraz zgłaszanych postulatów środowisk medycznych i pacjentów, należy sformułować wnioski 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.

Istota rozwiązań ujętych w projekcie

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 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.

Ministerstwo Zdrowia

Igor Radziejewicz-Winnicki Podsekretarz Stanu

Ministerstwo Zdrowia

Data modyfikacji : 29 października 2012, 08:24

Założenia do projektu ustawy o zdrowiu publicznym .

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.

Powinna 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.

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 20.07. 2011

(Pominięto przypisy i odniesienia)

Opublikowanie tego projektu sprzed kilku laty i porównanie go z obecnie ogłoszonym, może stanowić ciekawe studium zmian jakie w międzyczasie zaszły w sposobie myślenia o problemach zdrowia publicznego)

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 planów zdrowia publicznego;
- 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) cel strategiczny zdrowia publicznego - stan, który powinien zostać osiągnięty w wyniku realizacji priorytetów zdrowia publicznego
- 3) 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;
- 4) 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 określonych czynników ryzyka, w szczególności dzieci, kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, osoby w wieku podeszłym, osoby niesamodzielne, osoby niepełnosprawne, osoby cierpiące na choroby i zaburzenia psychiczne;
- 5) podstawowe czynniki warunkujące zdrowie - czynniki genetyczne, środowiskowe, społeczno-ekonomiczne, zachowania zdrowotne oraz dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) polityka zdrowotna państwa - działania władz publicznych mające na celu zachowanie lub poprawę stanu zdrowia społeczeństwa przez zaspokajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, udzielanie świadczeń zdrowotnych, profilaktykę chorób, edukację zdrowotną i promocję zdrowia;
- 7) potrzeby zdrowotne - indywidualne i społeczne oczekiwania dotyczące zdrowia;
- 8) priorytet zdrowia publicznego - potrzeba zdrowotna, której zaspokojenie ma znaczący wpływ na stan zdrowia społeczeństwa oraz której identyfikacja i analiza służy wyznaczeniu celów strategicznych zdrowia publicznego;
- 9) profilaktyka chorób - działania mające na celu zapobieganie chorobom lub innym zagrożeniom zdrowotnym;
- 10) 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;
- 11) 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);
- 12) zdrowie publiczne - skoordynowane działania mające na celu zachowanie lub poprawę stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa.

Art. 3.

Zdrowie publiczne obejmuje realizację zadań polegających na:

- 1) monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia społeczeństwa w celu identyfikacji jego zagrożeń zdrowotnych oraz określania potrzeb zdrowotnych,
- 2) analizie zagrożeń zdrowotnych społeczeństwa oraz przygotowywaniu, wdrażaniu i ocenie działań zmierzających do ich rozwiązania lub ograniczenia,
- 3) monitorowaniu, analizie i zapobieganiu zagrożeniom zdrowotnym wynikającym z procesów globalizacji,
- 4) profilaktyce chorób,
- 5) edukacji zdrowotnej,
- 6) promocji zdrowia,
- 7) ochronie zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i niewłaściwym sposobem jej wykonywania,
- 8) ochronie zdrowia przed skutkami niekorzystnych warunków społecznych,

9) ochronie zdrowia przed narażeniami biologicznymi, chemicznymi, fizycznymi oraz ograniczaniu ich skutków,
10) sprawowaniu nadzoru nad warunkami zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku,
11) zapobieganiu wypadkom i urazom oraz ograniczaniu ich skutków, 12) przeciwdziałaniu uzależnieniom oraz ochronie zdrowia przed ich następstwami, 13) ograniczaniu szkód zdrowotnych i społecznych, powstałych w wyniku używania lub nadużywania alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, których używanie lub nadużywanie jest szkodliwe, 14) tworzeniu warunków umożliwiających rozwój osób posiadających wykształcenie z zakresu zdrowia publicznego, realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego,
15) zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, w tym zapobieganiu rozprzestrzenianiu się chorób, 16) innych, niż określone w pkt 1-15, działaniach mających na celu zachowanie lub poprawę stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa - zwanych dalej „zadaniami z zakresu zdrowia publicznego”. 2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 4-6, są zgodne z priorytetami zdrowia publicznego, o których mowa w art. 6 ust. 4.

Art. 4.

1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, w zakresie swoich kompetencji:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia oraz organy i jednostki podległe lub nadzorowane przez tego ministra;
- 2) inni właściwi ministrowie, w szczególności do spraw: administracji publicznej, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, nauki i szkolnictwa wyższego, rodziny, pracy, zabezpieczenia społecznego, budżetu, finansów publicznych, środowiska i rolnictwa, oraz centralne organy administracji rządowej;
- 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 i Nr 112, poz. 654);
- 7) pracodawcy, związki zawodowe i samorządy zawodowe;
- 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 zawody medyczne, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. u. Nr 112, poz. 654);
- 10) uczelnie
- 11) przedszkola, szkoły i inne jednostki organizacyjne systemu oświaty
- 12) dawcy w rozumieniu ustawy z dnia 29 grudnia o radiofonii i telewizji

2. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego uczestniczą również organizacje pozarządowe i inne instytucje, których cele statutowe lub przedmiot działalności stanowią zagadnienia dotyczące zdrowia, lub których działalność ma lub może mieć wpływ na zdrowie.

Art. 5.

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

- 1) opracowywanie założeń polityki zdrowotnej państwa;
- 2) określanie priorytetów zdrowia publicznego oraz zapewnianie spójności działań podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego z tymi priorytetami;
- 3) opracowywanie rocznych raportów na temat stanu zdrowia społeczeństwa;
- 4) zlecanie i nadzorowanie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

2. Właściwi ministrowie, Prezes Funduszu, Główny Inspektor Sanitarny, Główny Inspektor Farmaceutyczny, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, wojewodowie, inne centralne organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego oraz organizacje pozarządowe i inne instytucje, których cele statutowe lub przedmiot działalności stanowią zagadnienia dotyczące zdrowia, lub których działalność ma lub może mieć wpływ na zdrowie, współpracują z ministrem właściwym do spraw zdrowia przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Art. 6.

1. Na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia Prezes Funduszu, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego oraz wojewodowie przekazują dane epidemiologiczne, statystyczne i inne dane określone we wniosku o przekazanie danych.

2. Na podstawie danych, o których mowa w ust. 1, oraz przekazanych przez wojewodów sprawozdań dotyczących przeprowadzonych na obszarze województwa w roku poprzednim działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, o których mowa w art. 15 ust. 4, minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje roczny raport na temat stanu zdrowia społeczeństwa.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić opracowanie rocznego raportu na temat stanu zdrowia społeczeństwa organowi lub jednostce podległej lub nadzorowanej.

4. W raporcie na temat stanu zdrowia społeczeństwa minister właściwy do spraw zdrowia określa priorytety zdrowia publicznego na najbliższy rok.

5. Raport na temat stanu zdrowia społeczeństwa minister właściwy do spraw zdrowia publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej i na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres danych, o których mowa w ust. 1, i termin ich przekazywania, mając na względzie konieczność uzyskania kompleksowych danych niezbędnych do opracowania raportu na temat stanu zdrowia społeczeństwa.

Rozdział 2 Rada do Spraw Zdrowia Publicznego

Art. 7.

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

Art. 8.

W skład Rady wchodzi 27 członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym:

- 1) przedstawiciel:
 - a) ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - b) Prezesa Funduszu,
 - c) Głównego Inspektora Sanitarnego,
 - d) Głównego Inspektora Farmaceutycznego,
 - e) Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych,
 - f) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego,
 - g) dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny,
 - h) dyrektora Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii,
 - i) dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
 - 2) konsultant krajowy do spraw zdrowia publicznego;
 - 3) przedstawiciel strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
 - 4) przedstawiciel każdego z wojewodów.
- 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.

Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady:

- 1) z własnej inicjatywy;
- 2) na umotywowany wniosek 2/3 członków Rady lub podmiotu, którego jest on 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. 9.

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. Pierwsze posiedzenie Rady zwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.
3. Rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków.
4. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Rady.
5. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.)).

6. 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. 10.

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.), 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) 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.),
 - 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.),
 - c) ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.);
- 4) opracowywanie oraz przekazywanie staroście rocznych sprawozdań dotyczących przeprowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku, i rocznych sprawozdań z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego.

Art. 11.

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.), 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 tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku;
- 4) opracowywanie oraz przekazywanie wojewodzie - za pośrednictwem marszałka województwa - rocznych sprawozdań z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego.

Art. 12.

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.), 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) współpraca z wojewodą przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zdrowia publicznego;
- 4) utworzenie i prowadzenie bazy zawierającej informacje dotyczące realizowanych na obszarze województwa programów zdrowotnych oraz działań profilaktycznych, promocyjnych i edukacyjnych wraz z wynikami ich ewaluacji oraz udzielanie informacji w tym zakresie osobom zainteresowanym;
- 5) 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;
- 6) opracowywanie oraz przekazywanie wojewodzie rocznych sprawozdań dotyczących prowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku;
- 7) przekazywanie wojewodzie otrzymanych od starostów rocznych sprawozdań z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego.

Art. 13.

1. Właściwi wójt [burmistrz, prezydent miasta), starosta i marszałek województwa współpracują przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.
2. Organy, o których mowa w ust. 1, przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego współpracują z właściwym wojewódzkim i powiatowym 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, a także z organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami, o których mowa w art. 4 ust. 2, działającymi odpowiednio na obszarze: gminy, powiatu albo województwa.

Art. 14.

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 danych epidemiologicznych, statystycznych i innych danych, o których mowa w art. 6 ust. 1;
- 4) 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 tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku;
- 5) monitorowanie Narodowego Programu Zdrowia Publicznego oraz przekazywanie organowi lub jednostce podległej lub nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia rocznych sprawozdań z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego;
- 6) opracowywanie wojewódzkiego planu zdrowia publicznego.

Art. 15.

1. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) opracowuje sprawozdanie z przeprowadzonych na obszarze gminy (miasta) w roku poprzednim działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku, i przekazuje je właściwemu staroście.
2. Starosta opracowuje sprawozdanie z 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, z uwzględnieniem sprawozdań opracowanych przez wójtów gmin, burmistrzów i prezydentów miast, położonych na obszarze powiatu, i przekazuje je właściwemu marszałkowi województwa.
3. Marszałek województwa opracowuje sprawozdanie z przeprowadzonych na obszarze województwa w roku poprzednim działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w - tym^J zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku, z uwzględnieniem sprawozdań opracowanych przez starostów powiatów położonych na obszarze województwa i przekazuje je właściwemu wojewodzie.
4. Wojewoda przekazuje 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, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór sprawozdania dotyczącego prowadzonych działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku, wraz z zakresem danych, oraz termin przekazywania tego sprawozdania, mając na względzie prawidłowy zakres sprawozdawanych informacji.

Rozdział 4 Narodowy Program Zdrowia Publicznego

Art. 16.

1. Narodowy Program Zdrowia Publicznego ustanawia się na okres 10 lat.
2. Narodowy Program Zdrowia Publicznego zawiera:
 - 1) zadania z zakresu zdrowia publicznego o charakterze ogólnokrajowym;
 - 2) okres jego obowiązywania;
 - 3) ocenę stanu zdrowia społeczeństwa;

- 4) analizę zagrożeń zdrowotnych społeczeństwa;
- 5) strategiczne cele zdrowia publicznego;
- 6) działania szczegółowe, realizowane w ramach strategicznych celów zdrowia publicznego, dotyczące wybranych grup społecznych szczególnie zagrożonych lub będących przedmiotem szczególnej troski oraz inne działania szczegółowe służące realizacji celów, o których mowa w pkt 5;
- 7) określenie podmiotów realizujących działania, o których mowa w pkt 6;
- 8) zakres współuczestnictwa społeczeństwa w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

3. Narodowy Program Zdrowia Publicznego określa, w drodze rozporządzenia, Rada Ministrów, uwzględniając:

- 1) roczne raporty ministra właściwego do spraw zdrowia na temat stanu zdrowia społeczeństwa,
- 2) roczne sprawozdania z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia Publicznego za okres poprzedni
- oraz mając na względzie konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa i politykę zdrowotną państwa.

4. Narodowy Program Zdrowia Publicznego ogłasza się w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej najpóźniej do dnia 1 stycznia roku poprzedzającego pierwszy rok jego obowiązywania.

Art. 17.

1. 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 szczegółowe określone w Narodowym Programie Zdrowia Publicznego oraz z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, odpowiednio do działań szczegółowych tych jednostek określonych w Narodowym Programie Zdrowia Publicznego.

2. Monitorowanie Narodowego Programu Zdrowia Publicznego prowadzą odpowiednio na swoim obszarze działania:

- 1) wójt (burmistrz, prezydent miasta);
- 2) starosta;
- 3) wojewoda.

3. Monitorowanie Narodowego Programu Zdrowia Publicznego na terenie kraju prowadzi organ lub jednostka podległa lub nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wyznaczone przez tego ministra.

Art. 18

1. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) opracowuje roczne sprawozdanie z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego na obszarze gminy (miasta) i przekazuje je właściwemu staroście..

2. Starosta opracowuje roczne sprawozdanie z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego na obszarze powiatu, z uwzględnieniem sprawozdań organów, o których mowa w ust. 1, i przekazuje je - za pośrednictwem marszałka województwa, na obszarze którego położona jest gmina - właściwemu wojewodzie.

3. Wojewoda opracowuje roczne sprawozdanie z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego na obszarze województwa, z uwzględnieniem sprawozdań organów, o

których mowa w ust. 2, i przekazuje je organowi lub jednostce podległej lub nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wyznaczonym przez tego ministra.

4. Organ lub jednostka podległa lub nadzorowana, o której mowa w ust. 3, opracowuje roczne sprawozdanie z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia Publicznego na obszarze kraju, uwzględniające sprawozdania z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego przekazane przez wojewodów, i przekazuje je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego:

- 1) zatwierdza sprawozdanie;
- 2) zaleca dokonanie zmian w sprawozdaniu.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 2, minister właściwy do spraw zdrowia odmawia zatwierdzenia sprawozdania i zaleca organowi lub jednostce podległej lub nadzorowanej, o której mowa w ust. 3, dokonanie zmian w sprawozdaniu, określając termin ich wprowadzenia nie dłuższy niż 7 dni.

7. Organ lub jednostka podległa lub nadzorowana, o której mowa w ust. 3, zmienia sprawozdanie zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia i przesyła je ministrowi w celu zatwierdzenia, chyba, że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia.

8. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje zgłoszone zastrzeżenia. W przypadku:

- 1) uwzględnienia zastrzeżeń - minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza sprawozdanie;
- 2) nieuwzględnienia zastrzeżeń - minister właściwy do spraw zdrowia zaleca organowi lub jednostce podległej lub nadzorowanej, o której mowa w ust. 3, wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni.

9. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 8 pkt 2, organ lub jednostka podległa lub nadzorowana, o której mowa w ust. 3, zmienia sprawozdanie zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. Zatwierdzone sprawozdanie z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego na obszarze kraju, minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada Radzie Ministrów. Przyjęte przez Radę Ministrów sprawozdanie minister właściwy do spraw zdrowia publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej i na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór formularza sprawozdania wraz z zakresem danych z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia Publicznego opracowywanego przez jednostki samorządu terytorialnego i wojewodę oraz termin przekazania tego formularza, mając na względzie konieczność zapewnienia kompleksowych informacji niezbędnych do opracowania sprawozdania, o którym mowa w ust. 4.

Rozdział 5 Wojewódzkie plany zdrowia publicznego

Art. 19.

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) krótkoterminowe i długoterminowe cele, które powinny zostać osiągnięte w wyniku realizacji działań, o których mowa w ust.1;

2) podmioty odpowiedzialne za realizację celów, o których mowa w pkt 1,

3) warunki zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa;

4) wysokość środków finansowych niezbędnych do osiągnięcia celów, o których mowa w pkt 1.

5) harmonogram działań.

3. Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu uwzględnia się w szczególności:

1) sprawozdania z przeprowadzonych na obszarze województwa działań realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zrealizowanych programów zdrowotnych oraz programów zdrowotnych planowanych w bieżącym roku;

3) sprawozdania z monitorowania Narodowego Programu Zdrowia Publicznego na obszarze województwa;

3) stan zdrowia mieszkańców województwa;

4) podstawowe czynniki warunkujące zdrowie oraz inne czynniki mające wpływ na stan zdrowia mieszkańców województwa;

5) potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa.

Art. 20.

1. Wojewódzki plan opracowuje wojewoda na kolejne 5 lat.

2. Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu wojewoda zasięga opinii wójtów [burmistrzów, prezydentów miast), starostów, jak również organów właściwych samorządów zawodów medycznych oraz innych podmiotów uczestniczących w realizacji lub finansowaniu tych planów.

3. Na wniosek wojewody, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny oraz inne organy i instytucje posiadające dane epidemiologiczne i inne dane statystyczne przekazują dane określone we wniosku o przekazanie danych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, wzór wojewódzkiego planu, mając na względzie poprawę stanu zdrowia mieszkańców województwa.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres danych, o których mowa w ust. 3, i termin ich przekazywania, mając na względzie zapewnienie kompleksowości danych niezbędnych do opracowania wojewódzkiego planu.

Art. 21.

1. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu:

- 1) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zaopiniowania pod względem zgodności ze strategicznymi celami zdrowia publicznego określonymi w Narodowym Programie Zdrowia Publicznego oraz priorytetami zdrowia publicznego,
- 2) właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w celu zaopiniowania pod względem zabezpieczenia finansowania zadań, o których mowa w art. 118 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, - w terminie do dnia 10 czerwca roku poprzedzającego pierwszy rok objęty planem.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia oraz właściwy oddział wojewódzki Funduszu przekazują wojewodzie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu opinie, o których mowa w ust. 1
3. W przypadku uzyskania pozytywnych opinii, o których mowa w ust. 1, projekt wojewódzkiego planu podlega zatwierdzeniu przez sejmik województwa.
4. W przypadku uzyskania co najmniej jednej opinii negatywnej wojewoda zmienia projekt wojewódzkiego planu w sposób zgodny z otrzymaną opinią, chyba, że w terminie 3 dni od dnia otrzymania opinii zgłosi do niej zastrzeżenia.
5. W terminie 3 dni od dnia otrzymania opinii, podmiot, który przekazał opinię negatywną rozpatruje zastrzeżenia zgłoszone przez wojewodę. W przypadku:
 - 1) uwzględnienia zastrzeżeń - podmiot, który przekazał opinię negatywną, wydaje opinię pozytywną;
 - 2) nieuwzględnienia zastrzeżeń - podmiot, który przekazał opinię negatywną, zaleca wprowadzenie w projekcie wojewódzkiego planu zmian w terminie nie dłuższym niż 7 dni.
6. Po wprowadzeniu przez wojewodę zmian, o których mowa w ust. 5 pkt 2, wojewoda ponownie przesyła projekt wojewódzkiego planu podmiotom, o którym mowa w ust. 1.
7. W przypadku uzyskania opinii pozytywnych projekt wojewódzkiego planu podlega zatwierdzeniu przez sejmik województwa. W przypadku uzyskania opinii negatywnej stosuje się odpowiednio ust. 4-9.
8. Oddział wojewódzki Funduszu przekazuje projekt wojewódzkiego planu, wraz z opinią, o której mowa w ust. 1 pkt 2, Prezesowi Funduszu.
9. Wojewódzki plan, zatwierdzony przez sejmik województwa, stanowi podstawę zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu, w zakresie zadań, o których mowa w art. 118 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 22.

1. Wojewódzki plan jest finansowany ze środków podmiotów odpowiedzialnych za jego realizację.
2. Wojewódzki plan może być aktualizowany. Do aktualizacji wojewódzkiego planu stosuje się odpowiednio przepisy o jego opracowywaniu.
3. Zadania, o których mowa w art. 10-12 i 14, realizowane są w sposób zgodny z wojewódzkim planem.

Art. 23.

Wojewódzkie plany zdrowotne publikuje się w Biuletynie Informacji Publicznej - na stronach internetowych poszczególnych wojewodów.

Rozdział 6

Finansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego

Art. 24.

Zadania z zakresu zdrowia publicznego, z zastrzeżeniem art. 17 ust. 1, są finansowane ze środków:

- 1) Funduszu Profilaktyki Uzależnień, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie zadań, o których mowa w art. 3 pkt 12 i 13;
- 2) będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, w wysokości i w zakresie określonym w art. 118 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) własnych podmiotów określonych w art. 4 ust. 1 pkt 1-3 i 5-12 oraz ust. 2.

Art. 25.

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;
- 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, z 2010 r. Nr 127, poz. 857 oraz z 2011 r. Nr 106, poz. 622 i Nr 134, poz. 779).
- 4) „Odsetki od kwot zgromadzonych na rachunku bankowym Funduszu Profilaktyki Uzależnień”.

3. Wydatki Funduszu Profilaktyki Uzależnień są przeznaczone na realizację:

- 1) działań ministra właściwego do spraw zdrowia 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 ministra właściwego do spraw zdrowia 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 ministra właściwego do spraw zdrowia 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.

Wydatki Funduszu Profilaktyki Uzależnień mogą być przeznaczone na dofinansowanie zadań, o których mowa w ust. 3, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty.

Dofinansowanie zadań, o których mowa w ust. 4, odbywa się przez udzielenie jednostce samorządu terytorialnego lub innemu podmiotowi dotacji celowej. Udzielenie dotacji odbywa się na wniosek jednostki samorządu terytorialnego lub innego podmiotu na podstawie umowy zawartej z tą jednostką lub podmiotem. Wybór wniosków o udzielenie dotacji następuje, w drodze konkursu ogłaszanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Przy rozpatrywaniu wniosków o udzielenie dotacji, o których mowa w ust. 5, nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz/U. z 2000 Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.²). 7. Dochodzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia należności wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych z tytułu niewykorzystania lub wykorzystania niezgodnego z przeznaczeniem udzielonej dotacji następuje w trybie przepisów o finansach publicznych i przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Art. 26.

1. Koszty obsługi rachunku bankowego Funduszu Profilaktyki Uzależnień pokrywane są ze środków Funduszu.
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. 25 ust. 3 oraz uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań, o których mowa w art. 25 ust. 4, tryb składania wniosków o dofinansowanie oraz postępowania z wnioskami o dofinansowanie przekazywania i rozliczania środków finansowych oraz rodzaj dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku i rozliczenia dotacji, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia zgodności udzielonego dofinansowania z zasadami wydatkowania środków publicznych i zapewnienia ciągłości realizowanych zadań.

Art. 27.

Kwotę co najmniej 0,5% planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 2, przeznacza się na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących programów zdrowotnych i promocji zdrowia.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe i końcowe
(*pominięto*)

Art. 37.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

UZASADNIENIE

(*wybrany fragment*)

Celem projektu ustawy o zdrowiu publicznym jest stworzenie aktu prawnego porządkującego regulacje dotyczące ochrony zdrowia publicznego, zawarte obecnie w różnych aktach prawnych, określającego zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty odpowiedzialne za ich realizację oraz zasady współpracy między nimi.

Unormowane ustawowo kwestie dotyczące zdrowia publicznego mają służyć identyfikacji problemów zdrowia publicznego, ich sklasyfikowaniu oraz wskazaniu narzędzi służących rozwiązaniu tych problemów. Z kolei precyzyjne ustalenie kompetencji kluczowych podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym administracji publicznej - rządowej i samorządowej - oraz innych instytucji działających w ochronie zdrowia, ma zapewnić spójność, prowadzonej w skali ogólnokrajowej i lokalnej, polityki zdrowotnej.

Projektowana regulacja, obejmująca szerokie spektrum zagadnień dotyczących czynników warunkujących zdrowie społeczeństwa oraz sposobów oddziaływania na te czynniki, dokonuje usystematyzowania pojęć i zależności związanych z problematyką zdrowia publicznego, jak również określenia ról, jakie pełnią w niej poszczególne organy i instytucje, wskazując zależności pomiędzy administracją rządową, samorządową oraz innymi podmiotami odpowiedzialnymi za zdrowie publiczne.

Aktualne regulacje prawne dotyczące zdrowia publicznego nie odpowiadają ani znaczeniu zdrowia publicznego, ani też istotnemu wpływowi, jaki wywiera ono na kształtowanie bezpieczeństwa i perspektyw zdrowotnych współczesnych społeczeństw. Na przestrzeni ostatnich lat wyraźnie daje się zauważyć tendencja zmieniająca priorytety zdrowotne społeczeństw. Oblicze epidemiologiczne stanu zdrowia społeczeństwa ewoluuje z problematyki chorób zakaźnych w kierunku chorób niezakaźnych. Co prawda choroby zakaźne nadal stanowią ważny aspekt zainteresowania zdrowia publicznego, jednak - jak wskazują wyniki badań - aż 86% zgonów w Europie spowodowanych jest przewlekłymi chorobami niezakaźnymi. W znakomitej części schorzenia te spowodowane są czynnikami środowiskowymi, zmienionymi zwyczajami żywieniowymi oraz sposobem życia ludności (brak aktywności fizycznej, uzależnienia). Do tego dochodzi problem starzejącego się

społeczeństwa, będący efektem zmniejszenia liczby urodzeń oraz wydłużonego czasu trwania życia, co z kolei skutkuje nasileniem występowania chorób typowych dla tego przedziału wiekowego, tj. chorób układu krążenia, oddechowego, ośrodkowego układu nerwowego, narządu ruchu oraz inwalidztwa związanego z uszkodzeniem neurodegeneracyjnym mózgu. Nie ulega zatem wątpliwości potrzeba zmiany takiego stanu rzeczy. Jest również jasne, że wprowadzenie tej zmiany nie zależy od nauk klinicznych, lecz od polityki promującej zdrowie oraz od profilaktyki w tym zakresie, które stanowią podstawowe cele istnienia zdrowia publicznego i przesłanki dla kształtowania polityki zdrowotnej państwa, tym bardziej, iż zdrowie publiczne w takim wydaniu ma charakter wielo sektora, a więc polityka z nim związana znacznie wykracza poza obszar medycyny naprawczej.

Przyjęcie w przedmiotowym zakresie nowoczesnych rozwiązań jest obowiązkiem współczesnego państwa zarówno wobec jednostki, jak i całego społeczeństwa. Zarządzanie zdrowiem odbywać się powinno poprzez aktywną politykę państwa kształtującą świadomość i zachowania zdrowotne społeczeństwa. Z kolei narzędzia temu służące powinny obejmować przede wszystkim zapewnienie precyzyjnych i skutecznych rozwiązań prawnych, budowanie norm społecznych poprzez kampanie zdrowotne kształtujące świadomość społeczną oraz nadzór i monitoring zjawisk epidemicznych.

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym definiuje podstawowe terminy z tego zakresu, wskazuje katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego, podmioty obowiązane do ich realizacji oraz zasady współpracy między nimi, zasadnicze instrumenty służące realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz sposoby finansowania tych zadań.

Odpowiedź Ministra Sportu i Turystyki na interpelację nr 23614 w sprawie wyzwań dla polskiej polityki europejskiej w drugiej dekadzie członkostwa w Unii Europejskiej - z upoważnienia ministra - Podsekretarz stanu Tomasz Półgrabski Warszawa, dnia 3 lutego 2014 r.

Aktywność fizyczna pozytywnie wpływająca na zdrowie.

Korzyści płynące z aktywności fizycznej, w tym z regularnych zajęć sportowych i ruchu, są ogromne i obejmują między innymi zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia, niektórych nowotworów i cukrzycy, lepszą kontrolę masy ciała, jak również pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne i procesy poznawcze. **Aktywność fizyczna jest warunkiem wstępnym zdrowego trybu życia i dobrego stanu zdrowia. Brak wystarczającej aktywności fizycznej został uznany za główny czynnik ryzyka przedwczesnych zgonów i chorób w państwach o wysokim PKB na całym świecie. Powoduje on ok. 1 mln zgonów rocznie w samym regionie europejskim.**

Działania organów publicznych na rzecz propagowania prozdrowotnej aktywności fizycznej zostały w ostatnich latach zintensyfikowane w niektórych państwach członkowskich, jednak odsetek osób nieaktywnych fizycznie pozostaje w Unii Europejskiej niedopuszczalnie wysoki. Większość Europejczyków nie podejmuje wystarczającej aktywności fizycznej. Według zalecenia Rady UE z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie propagowania we wszystkich sektorach prozdrowotnej aktywności fizycznej 60% osób nigdy nie uprawia sportu ani nie wykonuje ćwiczeń ruchowych bądź robi to rzadko. Obecnie nie istnieją żadne przesłanki świadczące o tym, że negatywne tendencje ulegają odwróceniu w UE jako całości. **Negatywne skutki braku aktywności fizycznej są udokumentowane, podobnie jak istotne**

bezpośrednie i pośrednie koszty gospodarcze wynikające z braku aktywności fizycznej i wiążących się z tym problemów zdrowotnych.

Odpowiedź Ministra Zdrowia na interpelację nr 23614 w sprawie wyzwań dla polskiej polityki europejskiej w drugiej dekadzie członkostwa w Unii Europejskiej - z upoważnienia ministra Podsekretarz stanu Igor Radziejewicz-Winnicki Warszawa, dnia 3 lutego 2014 -

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia **rozpoczynają się prace nad opracowaniem nowego projektu "Narodowego programu zdrowia na lata 2016-2020"**. Zgodnie z założeniami projekt ten będzie nawiązywał do trzeciego wieloletniego programu działań Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia na lata 2014-2020 "Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego", który wspiera państwa członkowskie w wysiłkach mających na celu poprawę zdrowia obywateli oraz zapewnienie długotrwałości systemów zdrowotnych, co wpisuje się w strategię "Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu". Program "Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego" oparty jest na czterech celach szczegółowych - wspieranie innowacyjności i stabilności systemów opieki zdrowotnej, zwiększanie dostępu do lepszej i bezpieczniejszej opieki zdrowotnej dla obywateli Unii Europejskiej, ochrona obywateli przed transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia oraz **promocja i zapobieganie chorobom. Ostatni z powyżej wymienionych celów ma za zadanie przede wszystkim zapobieganie otyłości, uzależnieniom od tytoniu oraz nadużywania alkoholu, dodatkowo koncentruje się na działaniach w obszarze profilaktyki chorób przewlekłych, w tym nowotworowych.**

Należy wspomnieć, że prace nad projektem nowego "Narodowego programu zdrowia" oparte będą również na strategii "Health 2020" przyjętej we wrześniu 2012 r. podczas 62. sesji Europejskiego Komitetu Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia. W strategii tej przedstawione są kluczowe założenia europejskiej polityki, które mają wspomagać działania rządów i społeczeństw na rzecz znaczącej poprawy stanu zdrowia i dobrostanu ludności, zmniejszania nierówności w zdrowiu, wzmocnienia zdrowia publicznego oraz zapewnienia powszechnych, równych, trwałych i wysokich jakościowo systemów ochrony zdrowia zorientowanych na pacjenta. Z założenia strategia "Health 2020" powinna być traktowana jako komplementarna w stosunku do strategii "Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu".

Jednym z głównych wyzwań polskiej (również europejskiej) polityki w zakresie ochrony zdrowia jest starzejące się społeczeństwo. Zgodnie z prognozami demograficznymi dla Polski w najbliższych latach gwałtownie zmniejszy się liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym przy jednoczesnym systematycznym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Z powodu wzrostu oczekiwanej przeciętnej długości życia zwiększeniu ulegnie zapotrzebowanie na świadczenia profilaktyczne i jednocześnie niezbędne stanie się zapewnienie większego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zachodzące zmiany demograficzne mają istotny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, wzrost

populacji osób starszych spowoduje konieczność podjęcia działań ukierunkowanych na specyficzne potrzeby zdrowotne tej grupy pacjentów, a także wsparcie rodzin opiekujących się osobami zależnymi, w tym przede wszystkim osobami w wieku starszym, niesamodzielnymi i wymagającymi intensywnej opieki medycznej.

Innymi istotnymi problemami, które znajdują swoje odzwierciedlenie w przyszłym "Narodowym programie zdrowia", są stale pogłębiające się nierówności w zdrowiu, znaczne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym depresji, oraz wzrost zachorowań na przewlekłe choroby niezakaźne, które coraz częściej związane są ze stylem życia i stanowią wiodącą przyczynę umieralności na świecie. Zachowania antyzdrowotne, takie jak nałogi, niewłaściwa, nieodpowiednio zbilansowana dieta czy **brak aktywności fizycznej**, prowadzą do najczęstszych chorób przewlekłych - otyłości, chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów złośliwych, cukrzycy typu II, dyslipidemii, osteoporozy oraz chorób przewodu oddechowego.....

...pragnę przypomnieć, że granice działania Unii Europejskiej wyznacza zasada przyznania, zgodnie z którą Unia działa wyłącznie w granicach kompetencji przyznanych jej przez państwa członkowskie. Zgodnie z art. 6 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej Unia ma kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań państw członkowskich w dziedzinie ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego. **W związku z powyższym unifikacja systemów ochrony zdrowia państw członkowskich nie ma miejsca.**

Beata Małecka-Libera: robimy porządki, nie rewolucję Rynek Zdrowia 7 kwietnia 2015

Cały wywiad - w kwietniowym wydaniu miesięcznika Rynek Zdrowia (nr 4/2015).

Wiele samorządowych programów zdrowotnych nie przynosi oczekiwanych rezultatów, gdyż nie przeprowadza się ewaluacji. Nikt dokładnie nie sprawdza efektów wydawania pieniędzy na realizację takich projektów - zwraca uwagę Beata Małecka-Libera, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia i pełnomocnik rządu ds. projektu ustawy o zdrowiu publicznym, w wywiadzie dla Rynku Zdrowia.

Rynek Zdrowia: - Jesteśmy świadkami kolejnego podejścia do ustawy o zdrowiu publicznym. Był już gotowy projekt jesienią 2011 r., kiedy ówczesna minister zdrowia Ewa Kopacz odchodziła z resortu. Potem pojawiały się założenia do kolejnego projektu i zapowiedzi. Dlaczego mamy uwierzyć, że tym razem się uda i w 2016 r. ustawa wejdzie w życie?

Beata Małecka-Libera: - Jest wiele okoliczności, które dają naprawdę dużą szansę na przyjęcie tej ustawy. Przede wszystkim projekt ma ogromne poparcie ze strony pani premier. To bardzo ważne, ponieważ ustawa nie obejmuje swoim zakresem wyłącznie kompetencji Ministerstwa Zdrowia. Jest międzyresortowa, dotyczy praktycznie wszystkich ministerstw, co stanowi poważne wyzwanie. Dlatego tak istotne jest wsparcie projektu przez rząd i panią premier Kopacz.

Po drugie, doczekaliśmy czasów, w których zdrowie publiczne musi stać się najważniejszym elementem kształtowania całej polityki zdrowotnej. Powszechna jest już świadomość, że społeczeństwo się starzeje. Medycyna naprawcza pozwala nam żyć coraz dłużej, ale ten

sukces implikuje inne wyzwanie - kolejne lata chcemy i powinniśmy przeżyć w możliwie najlepszym zdrowiu.

Aby tak się stało, musimy zacząć inwestować właśnie w zdrowie, a nie tylko w leczenie chorób. Przypomnę, że już przy ustawie emerytalnej mówiliśmy, że trzeba przyjąć szereg ustaw wspierających.

Te czynniki sprawiają, że chyba już wszyscy znający się na polityce zdrowotnej w naszym kraju docenili z jednej strony rolę zdrowia publicznego w zakresie zapobiegania różnym schorzeniom, a z drugiej strony - konieczność podjęcia działań, które powstrzymają negatywne tendencje, m.in. związane z rozprzestrzenianiem się tzw. chorób cywilizacyjnych.

O tych niepokojących wskaźnikach i konieczności ich poprawiania mówi się od dawna, podobnie jako o ustawie o zdrowiu publicznym.

To prawda. Kilka lat pracowałam w podkomisji zdrowia publicznego. Na wielu konferencjach i kongresach słyszałam, jak niemal jednym głosem uczestnicy mówili, że ustawa o zdrowiu publicznym jest bardzo potrzebna. Między innymi dlatego, aby podnieść rangę wszelkich działań zapobiegawczych, profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej.

Sama, nawet na najwyższym poziomie medycyna naprawcza już nie wystarczy, by skutecznie mierzyć się ze wspomnianymi wyzwaniami. Być może trzeba było czasu, aby dojrzeć do podjęcia decyzji o ustawowym uregulowaniu zdrowia publicznego.

Największą trudnością może okazać się międzyresortowy charakter ustawy. Każde ministerstwo broni własnych interesów.

Problemy związane z wielosektorowością zdrowia publicznego zostaną pokonane właśnie pod warunkiem, że ta ustawa wejdzie w życie. Rozpoczęły się już konsultacje zewnętrzne projektu. Potrwają do końca kwietnia. Są dla nas bardzo ważne. Poznamy bowiem różne uwagi oraz opinie na temat projektu, w tym m.in. spojrzenie samorządowców, pracodawców, kadry menedżerskiej, medycznej, pielęgniarskiej. W przypadku dużych rozbieżności odbędzie się oczywiście konferencja uzgodnieniowa.

Projekt nie jest obszerny, liczy 17 stron. To ułatwi przebieg rozmów międzyresortowych?

- Na pewno czekają nas trudne rozmowy m.in. z resortem finansów i z ministrem gospodarki. Wierzę jednak w osiągnięcie kompromisu.

Co do objętości projektu - uważam, że nie chodzi o liczbę stron, ale o jakość projektowanych przepisów. Najważniejsze jest to, aby po raz pierwszy ustawa o zdrowiu publicznym miała szansę wejścia do naszego systemu, a po drugie - by wprowadzała do realizacji Narodowy Program Zdrowia. Tak naprawdę to właśnie NPZ stanowić będzie strategiczne wyzwanie określające najbardziej priorytetowe obszary.

W myśl projektu środki m.in. na profilaktykę zdrowotną miałyby pochodzić z subfunduszu utworzonego w NFZ (1% budżetu) oraz z Funduszu Zdrowia Publicznego zasilanego z podatku akcyzowego. Nie brakuje opinii, że do tworzenia takich funduszy i realizacji założeń Narodowego Programu Zdrowia nie jest potrzebna osobna ustawa.

Tak, można powiedzieć, że wszystko już mamy - na przykład wiele samorządowych programów zdrowotnych. Szkopuł w tym, że często brakuje dobrych wyników tego rodzaju przedsięwzięć, gdyż nie przeprowadza się ewaluacji. Nikt dokładnie nie sprawdza efektów wydawania pieniędzy na realizację takich projektów. Ponadto programy nierzadko się dublują lub nie są adresowane do najbardziej wskazanej grupy.

NPZ ma także pokazać, w jaki sposób należy realizować dany program zdrowotny. Jeśli jednak np. samorządowcy stwierdzą, że chcą realizować określony projekt z własnych środków, nie będziemy im tego zabraniać. Natomiast w przypadku, gdy zdecydują o przystąpieniu do określonego zadania w ramach Narodowego Programu Zdrowia, będą mogli liczyć na wsparcie merytoryczne i finansowe ze wskazanych w ustawie środków.

Za ewaluację programu, monitorowanie jego skutków po 5 latach będzie odpowiadał pełnomocnik rządu ds. zdrowia publicznego. Jednym z zadań pełnomocnika będzie też sporządzanie raportów zawierających rozliczenie pieniędzy przekazanych na realizację programu i ocenę jego skutków zdrowotnych.

Chcę podkreślić, że ustawa nie będzie żadną rewolucją. Wśród jej najważniejszych zadań jest porządkowanie i koordynacja działań w zakresie zdrowia publicznego. Nowe przepisy mają wskazywać źródła finansowania tych zadań oraz służyć do monitorowania ich realizacji, a także rezultatów.

Od czegoś trzeba zacząć. Dlatego nie tylko planujemy zgromadzić określone środki, ale też pokazać w Narodowym Programie Zdrowia, jakie są priorytety z punktu widzenia zdrowotności całego społeczeństwa.

Pisząc Narodowy Program Zdrowia pracujemy już nad strategicznymi programami zdrowotnymi, oczywiście we współpracy z ekspertami zdrowia publicznego oraz specjalistami w poszczególnych dziedzinach medycyny. Trudno przecież przygotowywać np. program dotyczący profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych nie rozmawiając z kardiologami.

Będzie pełnomocnik rządu ds. zdrowia publicznego w randze sekretarza stanu w resorcie zdrowia, powstanie też Komitet Sterujący NPZ oraz Rada ds. Zdrowia Publicznego. Konieczne są takie dodatkowe gremia?

Sam sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia nie będzie w stanie koordynować licznych, międzyresortowych działań objętych Narodowym Programem Zdrowia. Dlatego projekt mówi o pełnomocniku rządu ds. zdrowia publicznego oraz o wspomnianych gremiach.

Nie będą się one wiązały z dodatkowymi kosztami administracyjno-organizacyjnymi. Rada ds. Zdrowia Publicznego to nic innego, jak już funkcjonujący zespół międzyresortowy.

Natomiast Komitet Sterujący składa się z sekretarzy i podsekretarzy stanu w poszczególnych ministerstwach, nie planuje się więc żadnej dodatkowej obsługi administracyjnej. Komitet jest bardzo ważny, ponieważ umożliwi - poprzez wiceministrów znających Narodowy Program Zdrowia - właściwe koordynowanie działań w ramach NPZ na poziomie każdego resortu.

Prof. Mirosław J. Wysocki o ustawie o zdrowiu publicznym

Jak krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego prof. dr hab. n.med. Mirosław J. Wysocki, ocenia projekt ustawy o zdrowiu publicznym?

Medexpress 9 kwietnia 2015 07:00

Iwona Schymalla: Kiedy ustawa o zdrowiu publicznym będzie przedstawiona opinii publicznej?

Projekt ustawy, który przeszedł uzgodnienia wewnętrzne i został zatwierdzony przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, można zobaczyć na stronie internetowej MZ. To jest ten tekst, który podlega procesowi konsultacji zewnętrznych. Myślę, że konsultacje zewnętrzne potrwać kilka tygodni. Potem, w maju, uzgodniony tekst ustawy o zdrowiu publicznym razem

z Narodowym Programem Zdrowia, który jest de facto narzędziem dla tej ustawy, będzie przedstawiony Radzie Ministrów.

Iwona Schymalla: Czyli, pod koniec maja ta procedura powinna się zakończyć?

Mamy taką nadzieję.

Iwona Schymalla: Emocje zawsze rozpała kwestia finansowania. Czy już wiadomo, jaki powinien być budżet, by ta ustawa mogła być realizowana skutecznie?

Pewna część pieniędzy idzie z akcyzy, czyli tego co państwo zarabia ze sprzedaży alkoholu, papierosów i gier hazardowych. Z tych pieniędzy tworzy się narodowy fundusz zdrowia publicznego, który na początek ma dwieście kilkanaście milionów, a po dziesięciu latach zwiększa się do trzystu sześćdziesięciu siedmiu milionów. W części uzasadniającej ustawy (sama ustawa ma 17 stron) mowa jest o tym, że w strukturze wydatków NFZ, środków przeznaczonych na zadania zdrowia publicznego, jest około półtora procent kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Nie chcę się wypowiadać na temat sumy, ale jest to konkretna kwota, niemała suma, która pozwoli realizować podstawowe zadania i funkcje zdrowia publicznego. Były one zdefiniowane przez Biuro Europejskie Światowej Organizacji Zdrowia w roku 2012 i zaakceptowane przez wszystkie państwa regionu europejskiego. Odpowiedniki ich są wymienione w artykule drugim tej ustawy.

Iwona Schymalla: Niektórzy twierdzą, że to kolejny papierowy zapis, kolejne wydatki na nowe posady i instytucje.

W żadnym wypadku. Nie tworzymy nowych struktur. Dziś jest Pełnomocnik Pani Premier ds. utworzenia tej ustawy, potem będzie ds. jej wdrażania. Pani Minister Beata Małecka-Libera jest sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia. Obecnie z Panią Minister współpracuje kilkanaście osób z i spoza M.Z. i tak będzie dalej. Jako Instytut będziemy ją wspierać, tak jak parę innych instytucji. Myślę, że w tym kluczową rolę ogrywa nasz Narodowy Instytut Zdrowia-PZH, który raczej swój personel obecnie redukuje, nie zwiększa. Mowy więc nie ma więc o tworzeniu nowych etatów czy struktur personalnych.

Iwona Schymalla: Jak Pan Profesor sądzi, w jakiej perspektywie będziemy mogli oceniać efektywność tej ustawy?

Jeżeli wszystko pójdzie dobrze, to ustawa wejdzie w życie 1 stycznia 2016 roku. Nowy Narodowy Program Zdrowia, koncentrujący się na kilku kluczowych w kontekście sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, grupach chorób, będzie jej głównym narzędziem. Jest on bardziej skoncentrowany niż poprzednie wersje i ma swoje finansowanie. Precyzyjniej będą sformułowane zadania, targety i wskaźniki. Funkcjonowanie tego Narodowego Programu Zdrowia planuje się na pięć lat, do końca roku 2020. My nie tylko będziemy patrzeć na jego realizację, sytuację zdrowotną, ale będziemy także monitorować wdrażanie tego programu. Myślę, że będziemy patrzeć na te zmiany w perspektywie rocznej, czyli od wdrożenia w roku 2016, przez różnego rodzaju wskaźniki i obserwować co się zmienia i w jakim kierunku.

Iwona Schymalla: Z jakich wzorów europejskich korzystali twórcy ustawy?

Chciałbym się powołać na doświadczenia fińskie. W sytuacji bardzo wysokiej umieralności z powodu chorób układu krążenia Finowie, wiele dziesiątek lat temu przeprowadzili epidemiologiczne badania prospektywne w północnej Karelii i od tego momentu kładą nacisk na prewencję. Badania te wykazały bowiem, że największe znaczenia w zwalczaniu chorób układu krążenia ma właśnie prewencja, czyli zapobieganie przez promocję zdrowego stylu życia. Okazało się to niesłychanie skuteczne i dało początek działaniom na rzecz zdrowia publicznego w Europie. Z kolei w Norwegii jest ustawa o zdrowiu publicznym, która zaczęła funkcjonować na początku roku 2012. My się na niej trochę wzorowaliśmy. To też jest ten sam kierunek. W krajach bogatszych od naszego zdrowie publiczne ma duże tradycje, to pewien wzorzec do naśladowania dla nas. Negowanie tego typu działań świadczy o

nieznajomości czy braku zrozumienia istoty zdrowia, gdzie oczywiście medycyna naprawcza jest bardzo ważna, ale główną siłą sprawczą poprawy stanu zdrowia ludności i przedłużenia lat życia w zdrowiu jest zapobieganie chorobom i promocja sprzyjających zdrowiu stylów życia.

Zbigniew Cendrowski

Warszawa

Kultura fizyczna jest częścią kultury narodowej

(Referat na posiedzeniu Komisji Senatu RP)

Moi znakomici przedmówcy wszechstronnie naświetlili podstawowe problemy szkolnej kultury fizycznej. Myślę, że na podstawie tego co powiedzieli można ustalić, że podstawowym zadaniem szkolnej kultury fizycznej jest zapewnienie wszystkim uczniom możliwości uczestnictwa w różnych wartościowych i atrakcyjnych formach aktywności ruchowej, wkomponowanej w szerszy kontekst edukacji prozdrowotnej, propagującej frapujący model zdrowego stylu życia i przygotowanie do całozyciowej troski o zdrowie i sprawność fizyczną, jako ważnych warunków sukcesu życiowego i potężnych środków zapobiegania, eliminowania i ograniczania wszelkich zagrożeń zdrowotnych i zachowań patologicznych.

Nowa podstawa programowa wychowania fizycznego i edukacji zdrowotnej tworzy dla tak pomyślanych zadań dobrą perspektywę. Trzeba tu teraz mało słów i dużo cierpliwej i uporczywej pracy.

Szkoła musi też realizować swe zadania w sprzyjającym otoczeniu. Musi mieć jasne, czytelne sygnały, że tak pomyślane zadania wynikają z ogólniejszego systemu wartości, i że to co robi, będzie przydatne wychowankom, nowoczesnemu społeczeństwu i pomocne w sprostaniu wyzwaniom cywilizacyjnym.

Nie mam pewności czy te sygnały i wzorce na jakich szkoła powinna się opierać i z nich czerpać są właściwe.

Mamy obecnie do czynienia z niezrozumiałym z żadnego punktu widzenia, intelektualnie nieodpowiedzialnym, zamysłem uchylecia ustawy o kulturze fizycznej, co miałyby być zadekretowane, w nowej ustawie o sporcie. Zamysł z gruntu sprzeczny z konstytucyjnym zapisem : "Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży". (art. 68 ust. 5). Przedmiotem tej dekretacji konstytucyjnej jest kultura fizyczna jako całość i nie mówi ona, że tę jej część, jaką jest sport, należy traktować szczególnie czy oddzielnie.

Zamysł ten sprzeniewierza się też innej konstytucyjnej zasadzie nadrzędności i bezpośredniego stosowania

Środowisko naukowe kultury fizycznej wyraziło w tej sprawie swoją opinię

reprezentatywnym stanowiskiem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk, w którym apeluje ono o wstrzymanie procedury legislacyjnej projektu ustawy o sporcie, podkreślając m.in. że *"Zastąpienie dotychczas obowiązującej ustawy o kulturze fizycznej ustawą o sporcie jest nieuprawnioną próbą zatarcia różnic między tymi formami aktywności ludzkiej i odpowiadającymi im pojęciami, ze wszystkimi negatywnymi tego konsekwencjami"*.

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

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

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

Podstawą kultury jest tradycja. Tradycja jest cechą wyróżniającą człowieka ze świata żywych istot. W naszym przypadku mówimy o tradycji kultury fizycznej rozpoczynającej swój bieg w postanowieniach Komisji Edukacji Narodowej, a następnie rozwijanej przez wspaniałą poczet lekarzy polskich jak : Wojciech Oczko, Henryk Jordan, Jędrzej Śniadecki, Marcin Kacprzak a po wojnie Maciej Demel. To Oni, a wraz z nimi wielcy pedagodzy i przedstawiciele innych nauk jak Florian Znaniecki, Władysław Tatarkiewicz, Bogdan Suchodolski, Stefan Wołoszyn czy Ryszard Wroczyński utworzyli wielki edukacyjno – wychowawczy i prozdrowotny wzorzec aktywności człowieka. W poczet ten wspaniałe wpisuje się Liceum Krzemienieckie a w II RP Józef Piłsudski.

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

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

Dyskusja o wzajemnych relacjach i znaczeniach teoretycznych i praktycznych pojęć : kultura fizyczna i sport, jest tak długa jak długa jest historia nauk o aktywności fizycznej człowieka. Kultura fizyczna zawsze traktowała sport jako swoje dziecko, prawda, że czasem krnąbrne, i podatne na patologie, ale własne. Sport zasadzony na takich wrażliwych relacjach jak selekcja, rywalizacja i współzawodnictwo, wiele jednak do kultury fizycznej wnosił, tworzył dla ambitnych transgresyjne możliwości awansu, pokonywania własnych słabości, dostarczał innym barwnych i emocjonujących widowisk. Uważna analiza wykazuje jednak, że niemal wszystko co złego zdarza się w obszarze kultury fizycznej, jest generowane przez sport. Mimo surowych ocen i napomnień, nikt nigdy nie wpadł na pomysł, aby sport z kultury fizycznej relegować, bo bez sportu kultura fizyczna byłaby niepełna i jakoś uboga. Ale oto, od pewnego czasu to wyrastające dziecko - sport, zaczyna w poczuciu nadmiernych skrzepowań, odzęgnywać się od swej matki - kultury fizycznej i uważa, że może nie tylko żyć

samodzielnie, ale do tej samodzielności potrzebne jest nie tylko wyzwolenie, ale przejęcie władzy całkowitej, co miałyby się dokonać przez skreślenie w prawnych i systemowych umocowaniach, gwarantowanych przez państwo, pojęcia kultura fizyczna i zastąpienie jej słowem sport.

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

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

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

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

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

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

"Tradycje wychowania fizycznego w Polsce sięgają czasów odległych a nieprzerwana ciągłość rozwojowa kultury fizycznej obejmuje parowiekowy czasokres doby nowożytnej od epoki odrodzenia po czasy współczesne" ..."Polską kulturę fizyczną cechuje szerokie widzenie jej zadań i funkcji. Tak wyrażana ona była w koncepcjach i wskazaniach najwybitniejszych ideologów i badaczy od okresu humanizmu poczynając. Najdobitniej tę zasadę ujmowania istoty kultury fizycznej w naszym kraju wyraża aksjomat Komisji Edukacji Narodowej o jedności psychofizycznego rozwoju człowieka, fizycznego i moralnego. Ta idea kształtowała humanistyczny styl naszej kultury fizycznej we wszystkich jej rozwojowych okresach. Po wtóre, wychowanie fizyczne, wszystkie jego płaszczyzny, od rekreacji, po systematyczną uprawę sprawności ruchowych, nie wyłączając najbardziej wyspecjalizowanych, traktowane jest jako czynnik ochrony i wzmagania potencjału biologicznego narodu" (Z wyboru pism, przygotowanego na obchody 100- lecia urodzin profesora)

Profesor Drabik odnosząc się do debaty sejmowej (I czytanie projektów ustaw o sporcie) pisze : *"Podczas debaty sejmowej padło również inne interesujące sformułowanie: „sport jako najbardziej istotny i ważny element kultury fizycznej” . Zostało ono już wcześniej odpowiednio skwitowane przez prof. H. Grabowskiego (Lider 2009...).* Powtórzę tylko, że sport to element

kultury fizycznej zupełnie marginalny, nieporównywalny pod względem istotności i znaczenia z wychowaniem fizycznym. To ostatnie, dobrze przez lata szkolne prowadzone, stwarza bowiem podstawę do całościowej AF człowieka, a ta ma ścisły i pozytywny związek z jego zdrowiem. Zdrowie zaś to nie tylko wartość pozwalająca realizować różne aspiracje życiowe oraz środek ku lepszej jakości życia, co już wystarczy aby o nie zabiegać, ale także zasób, bogactwo dla społeczeństwa. Tylko zdrowe społeczeństwo może się rozwijać gospodarczo i pod każdym innym względem. Prawo do zdrowia gwarantowane jest naszemu obywatelowi konstytucyjnie. Zatem kultura fizyczna, w tym rekreacja ruchowa nie może być tylko „domeną wolności obywatelskiej”. Jej wspieranie jest obowiązkiem państwa, ponieważ poprawa zdrowia należy do jego obowiązków. Świadome działania zwalniające państwo od tego obowiązku godzą w rozwój jego narodu.”(Pełny tekst tej opinii będzie opublikowany w Liderze nr 2.2010)

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

Uważam za konieczne, aby sprawa rangi i pozycji kultury fizycznej, w gronie innych nauk, w stanowieniu prawa, urządzeniach organizacyjnych, formułowaniu zrębów teoretycznych i praktycznych, niezależnie od losów wspomnianego projektu ustawy, była poddana powszechnej i gruntownej, ale niespiesznej debacie całego środowiska naukowego kultury fizycznej, co spełniałoby marzenie - życzenie profesora Macieja Demela, który w swej wydanej niedawno książeczce "Repetycje" pisze :

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

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

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

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

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

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

Interesująca byłaby odpowiedź na pytanie : Jakie to autorytety naukowe były autorami tej konstatacji ? Oczywiście takie pytanie staje się bezprzedmiotowe, jeżeli założymy, że tak odpowiedzialne konstrukcje o naukowym rodowodzie, jak te dotyczące teorii kultury fizycznej, mają tworzyć urzędnicy, a nie ludzie nauki.

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

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

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

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

fizyczną jako tę formę działalności, która nic im nie daje i w której nie znajdują satysfakcji. Pomocna w zrozumieniu takiego punktu widzenia, może być lektura dzieła wybitnego pedagoga i psychologa Stefana Szumana : "Pochwała dyletantyzmu". Odnosi się ona do innej dziedziny kultury i innego obszaru zainteresowań, ale jej konstatacje doskonale się odnoszą do sfery fizycznej.

Co znaczy uczestniczyć w kulturze fizycznej ?

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

Unikając związków z kulturą fizyczną sportowi zostaje już tylko podium

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

Gwoli sprawiedliwości dodać należy, że zamysł legislacyjny, aby znowelizować przepisy dotyczące uprawiania sportu jest dobry, dotyczy ważnej, choć nie najważniejszej dziedziny kultury fizycznej. Autorzy projektu ustawy trafnie, choć moim zdaniem z przesadną szczegółowością, opisują świat rywalizacji i współzawodnictwa sportowego, ale robią to tak zapamiętale, że nie starcza im już oddechu i pomysłu na całą resztę kultury fizycznej. Ta reszta to wychowanie fizyczne, rekreacja, korektywa i rehabilitacja, które wagą, potrzebą i znaczeniem społecznym o całe niebo przewyższają wartości jakie niesie rywalizacja sportowa. Autorzy ustawy o sporcie nie zajmują się rozwinięciem konstytucyjnego zadania, które stanowią, że "Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej....." i idą drogą najłatwiejszą - utożsamiają kulturę fizyczna ze sportem, bo nie czują się na siłach, by takiej dekretacji konstytucyjnej podołać, po prostu jest to dla nich za trudne, nie wiedzą jak to zrobić. Nie jest to zresztą tylko polski przypadek niedowład. W wielu dziedzinach i we wszystkich systemach, decydenci wybierają rozwiązania najłatwiejsze, takie które mogą

przynieść szybkie spektakularne efekty, aby jednak nie być posądzonym o brak woli, czy nieuctwo rozwijają bogaty arsenał pseudoargumentów, w których udowadniają, że to małe jest największe.

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

Myślę, że mamy do czynienia z pewną bezradnością i niewiedzą, nie tylko elit politycznych, jak tego typu zadania jak : promocja, profilaktyka, prewencja (PPP) należy zapisywać i realizować w strategii państwa. To na tle tej bezradności kwitną neoliberalne tendencje odsyłania tych problemów do sfery wolności człowieka, jego zachowań indywidualnych i potrzeb prywatnych. Taki pogląd nie znajduje strategicznych racji. Państwo nie może oczywiście wprost dekretować jak mamy się zachowywać, ale może i powinno planować różne działania, które takie zachowania wywołują, umożliwiają i do nich zachęcają przez system edukacji, uprawnień, możliwości, premiowanie.

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

Zupełnie niezrozumiałe jest dlaczego nie wybrano tak logicznego rozwiązania, aby projektowane i konieczne regulacje dotyczące sportu stanowiły część znowelizowanej ustawy o kulturze fizycznej ?

Nie warta natomiast większej wagi przywiązywać do propozycji sformułowanej w wersji poselskiej projektu ustawy o sporcie (SLD), że Akademie Wychowania Fizycznego zostaną przekształcone w uczelnie sportowe. Słusznie odcięli się od tej propozycji autorzy rządowego projektu ustawy.

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

Zmiany w stylu życia na bardziej prozdrowotny to jeden z najtrudniejszych procesów życiowych. Ich wielki sens musi być zaakceptowany i intelektualnie i emocjonalnie. Proces ten można i trzeba planować, inicjować i organizować. . Jest to konstytucyjnie zadekretowany obowiązek władzy. Czynimy wielki błąd strategiczny odsyłając te problemy do sfery powinności osobistych i prywatnych.

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

Potrzebna jest stałe doskonalenie teorii kultury fizycznej, prowadzenie badań i wzbogacanie metod z zakresu powszechnego sportowania, wychowania fizycznego, rekreacji i rehabilitacji, Aktywność fizyczna jest osią na jakiej budować można fundamenty zdrowego stylu życia to zaś jest najlepszym sposobem na zmniejszenie obciążeń coraz bardziej niewydolnej służby zdrowia.

Szanujmy naukę, ale nauka też musi dbać o swój autorytet

W procesie przygotowywania projektu ustawy o sporcie nie uznano za potrzebne współdziałanie ze środowiskiem naukowym kultury fizycznej, a w każdym razie nie można znaleźć tych przedstawicieli środowiska, którzy by się pod projektem podpisali. Gwoli sprawiedliwości należy wrzucić także kamień do naszego ogródka. Nasze środowisko kultury fizycznej powinno, w sposób zorganizowany, planowy i świadomy monitorować poczynania władzy i podejmować stosowne inicjatywy nie tylko wtedy gdy trzeba coś skrytykować i skarcić, ale i wtedy gdy trzeba wspomóc i wziąć na siebie ciężar współodpowiedzialności. Oczywiście najlepiej aby było to porozumienie obustronne.

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

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

W jaki sposób powstają takie nieudane a nawet szkodliwe rozwiązania ? Otóż między innymi, a może przede wszystkim dlatego, że ich autorzy mają niewielką i z reguły jednostronną wiedzę, nie mają zaplecza intelektualnego - czasem jest to do tego potencjalnego zaplecza stosunek pogardliwy. Jak się czegoś nie wie, to rodzi się myśl, że to nie istnieje. Takie

postrzeganie świata jest groźne wtedy, kiedy rzecz dotyczy przedmiotów i zjawisk, ale szczególnie groźne jest, kiedy dotyczy idei, systemu wartości, cywilizacyjnych fundamentów i tradycji kulturowej.

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

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

Argument, że ludzie chcą oglądać zmagania innych i należy im to dać, przypomina rzymskie „chleba i igrzysk” a ryk stadionów wyznacza nam wartości i zadania.

Grozi nam powolna utrata ideałów na rzecz populizmu

Gdyby szukać nieco głębiej, u samych podstaw źródeł takich zaniechań i wyborów najłatwiejszych to niewątpliwie wskazać by można, nieco problem upraszczając, na ogólniejsze problemy sprawowania władzy, która im dłużej trwa tym bardziej ucieka w sferę spraw nie tyle ważnych co pilnych i spektakularnych. Liberalizm i modernizm wdarły się w świat polityki i ekonomii głosząc hasła wolności, nowoczesności, samostanowienia, przedsiębiorczości, które tchnęły optymizmem i nadzieją odmiany. Z czasem idee te powszedniały a beneficjenci tych zmian szybko skoncentrowali się na tym co im samym przynosiło największy zysk. (bogaci się bogacą, władza utrwała władzę). Zarzuca się trudne w realizacji piękne idee wczesnego liberalizmu, eskalują się dobro własne i egoizm. To samo zaczyna dotyczyć tego co nas interesuje najbardziej. Zarzuca się pod hasłami wolności i nie wnikania w życie osobiste i prywatne, trudne problemy powszechnej aktywizacji fizycznej na rzecz sportu zawodowego i oczekiwań kibiców.

Powróćmy do wielkiego sporu jaki toczy się na temat kultury fizycznej, jej celów i funkcji, deklarowanych i wypełnianych. Osia tych wszystkich sporów jest często po prostaku stawiany dylemat : wyczyn czy masowość ? Także w obrębie tego dylematu przeplata się wiele wątków. Problem ten szczególnie intensywnie dotyka szkolnej kultury fizycznej.

Szkoła była zawsze terenem intensywnej penetracji sportu wyczynowego, który wnosił do niej wiele atrakcyjnych ofert, ale często też zapatrzonej we własne swoiste interesy, zapominał o celach nadrzędnych, wychowawczych kultury fizycznej i o potrzebach tych, którzy „do sportu się nie nadają”, stanowią często jedynie tło i punkt odniesienia dla najlepszych. Czy to znaczy, że należy rugować sport ze szkoły ? Oczywiście nic błędniejszego. Tyle tylko, że wszystkie formy aktywności fizycznej, w tym także sport wyczynowy dzieci i młodzieży mają służyć zdrowiu i wychowaniu i organizatorom sportu szkolnego mamy prawo postawić dwa warunki : pierwszy – nic co czynimy z uczniami, dopóki są oni poddani naszej opiece, nie powinno szkodzić ich zdrowiu i drugi, by jakiegokolwiek formy organizacji sportu szkolnego realizowane na terenie szkoły, nie wywoływały traumatologicznych efektów stratyfikacyjnych - podziałów uczniów na lepszych i gorszych.

W strategii państwa rola kultury fizycznej będzie rosła albo powinna rosnać

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

programach mówi się głównie, i słusznie, o gospodarce.

Wielka wartość tych opracowań polega przede wszystkim na tym, że są one dziełem szerokiego grona elity intelektualnej, reprezentującej podstawowe dziedziny wiedzy. Pewne słabości odnoszące się do nas interesującej sfery wynikają zaś z tego właśnie, że w gronie autorów obu dokumentów zabrakło wybitnych przedstawicieli środowiska kultury fizycznej. Podobno istnieje zamiar, aby w sferze programu Polska Foresight tę rzecz naprawić i zająć się problemami kultury zdrowotnej i fizycznej.

Nas naturalnie najbardziej interesuje to, czy w już zaprezentowanych opracowaniach znajdujemy dostatecznie wyrazisty sygnał rozumienia przez ich autorów problemów zdrowotnych i czy uznają oni stan zdrowia i sprawności za ważny czynnik zwiększający indywidualne i zbiorowe możliwości awansu.

W obu opracowaniach, nigdzie wprost nie powiedziano, że zdrowe i sprawne fizycznie społeczeństwo, zwielokrotnia swe szanse dobrobytu i awansu cywilizacyjnego.

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

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

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

(Jako brak zdrowia przyjmuje się zazwyczaj ograniczoną sprawność, występowanie określonych chorób przewlekłych, złą samoocenę stanu zdrowia)

Według szacunków GUS kobiety przeżywają obecnie bez ograniczonej sprawności 84% całego życia a mężczyźni 86%. Zatem kobieta, która dożyje 80 lat , około 14 lat przetrwa w cierpieniu i chorobie.

W obu opracowaniach uderza też, czego autorzy nie komentują, że tak konieczne i bardzo dobrze brzmiące zasady i cele jak : wyrównywanie szans edukacyjnych, wydłużenie aktywności zawodowej Polaków, mobilność, adaptacyjność, rekwalifikacja, czasowe migracje, mogą - często niezamierzenie, w wyniku złej realizacji i braku ich buforowania, powodować liczne wtórne problemy zdrowotne wywołane przez niedobór czasu wolnego, pracoholizm, niedostateczny wypoczynek, powiększający się obszar dystresu, zagrożenia trwałości rodzin

(migracje za pracą), zwiększone wymagania i rywalizacja, niestabilność zawodową, odrzucenia społeczne, narastanie chęci do wspomaganie kondycji suplementami, stymulantami i odżywkami.

Myślę, że nasze środowisko : promocji zdrowia i kultury fizycznej, mogłoby i powinno podjąć się opracowania czegoś w rodzaju suplementu do "Polska 2020" i "Polska 2030" zapisując w nim nie tylko uwagi i postulaty kierowane pod adresem autorów tych opracowań, ale także deklarując jakieś własne działania zgodne z zasadą, że tylko Polska zdrowa i sprawna fizycznie może podolać wyzwaniom cywilizacyjnym.

W obu dokumentach wiele miejsca poświęcono znaczeniu edukacji W odniesieniu do szkoły jest to wskazanie wyraźne : *"System edukacyjny już od najmłodszych lat musi nie tylko przekazywać uczniom konieczne wiadomości, ale przede wszystkim przyzwyczajając ich do ciągłego zdobywania i wykorzystywania wiedzy oraz uczyć tych umiejętności"*

Nowa podstawa programowa udanie projektuje tę myśl, rozwijając w interesującej nas sferze wychowania, zadania edukacji zdrowotnej i wychowania fizycznego.

Cierpliwie i usilnie budować system pozytywnych wartości

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

W krzewieniu kultury zdrowotnej i fizycznej mamy do czynienia jednocześnie z dwoma wielkimi procesami : Z jednej strony narasta nasza wiedza o jedynie skutecznej roli aktywności ruchowej w utrzymywaniu i pomnażaniu zdrowia a jednocześnie powiększa się nasza nieumiejętność praktycznego wykorzystania tej wiedzy dla naszego dobra. I tak naprawdę dlaczego tak jest nie wiemy. Wiemy co należy robić, ale nie wiemy, albo wiemy bardzo mało o tym, jak to zrobić

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

Ludzkość jako całość wchodzi w taki etap swego rozwoju, w którym gwałtownie zmniejsza się udział czynnika fizycznego (ruchu, wysiłku, pracy fizycznej). Pojawiające się różne problemy zdrowotne, choroby i dolegliwości, w znacznej mierze powstające w wyniku owej hipokinezji, staramy się łagodzić i rozwiązywać przy pomocy coraz bardziej wyrafinowanej techniki farmaceutycznej i medycyny naprawczej a niedostatki ruchowe staramy się łagodzić różnego rodzaju gadżetami (jak mówi reklama – nic nie musisz robić – leżysz a stymulatory rozwijają Twoje mięśnie) co oczywiście jest wielkim oszustwem.

Powtórzmy na zakończenie jeszcze raz marzenie - życzenie profesora Macieja Demela :

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