

**Załącznik do Uchwały Nr 90/2007
Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.**

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015

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

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

Zespół redakcyjny

Krzysztof Kuszewski
Paweł Goryński
Bogdan Wojtyniak
Rafał Halik

**Proponowany skład Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia
(instytucje)**

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

Spis treści

Od zespołu redakcyjnego	7
WPROWADZENIE	8
1. Determinanty zdrowia oraz promocja zdrowia	10
2. Sytuacja demograficzna	10
3. Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego	12
4. Różnice społeczne i terytorialne w stanie zdrowia populacji	13
I. STRATEGICZNE CELE ZDROWOTNE	17
Cel strategiczny 1.	17
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.	17
Cel strategiczny 2.	18
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.	18
Cel strategiczny 3.	19
Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.	19
Cel strategiczny 4.	20
Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.	20
Cel strategiczny 5.	21
Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.	21
Cel strategiczny 6.	22
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.	22
Cel strategiczny 7.	23
Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.	23
Cel strategiczny 8.	24
Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.	24
II CELE DOTYCZĄCE CZYNNIKÓW RYZYKA I DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA	26
Cel operacyjny 1.	26
Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.	26
Cel operacyjny 2.	27
Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.	27
Cel operacyjny 3.	29

Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.	29
Cel operacyjny 4.	31
Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.	31
Cel operacyjny 5.	32
Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.	32
Cel operacyjny 6.	34
Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.	34
III. CELE OPERACYJNE DOTYCZĄCE WYBRANYCH POPULACJI	38
Cel operacyjny 7.	38
Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.	38
Cel operacyjny 8.	40
Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.	40
Cel operacyjny 9.	42
Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.	42
Cel operacyjny 10.	44
Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.	44
Cel operacyjny 11.	45
Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży.	45
IV. NIEZBĘDNE DZIAŁANIA ZE STRONY OCHRONY ZDROWIA I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO	47
Cel operacyjny 12.	47
Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa.	47
Cel operacyjny 13.	48
Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.	48
Cel operacyjny 14.	50
Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.	50
A. Choroby układu krążenia	50
B. Udary mózgowo	51

C. Choroby nowotworowe	52
D. Choroby układu oddechowego	52
E. Choroby reumatyczne	53
Cel operacyjny 15.	54
Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.	54
Załącznik	56
Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.	56
Propozycja algorytmu wdrażania Narodowego Programu Zdrowia	59
Cele strategiczne i służące do ich realizacji cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia	60
Informacja na temat realizacji Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996-2005	61
Tabela wybranych docelowych wskaźników efektów zdrowotnych	72

Od zespołu redakcyjnego

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

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

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

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

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

WPROWADZENIE

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

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

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

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

jakie, w okresie 9-letnim, nakłady na realizację celów NPZ będą przeznaczały samorządy i organizacje pozarządowe, a także osoby prywatne.

Należy podkreślić nowe możliwości, które pojawiły się dzięki **Narodowemu Programowi Foresight** w obszarze „Zdrowie i Życie”. Program ten w sposób istotny będzie on mógł wspierać Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, szczególnie w obszarze priorytetów: 1. Rozwój metod i technologii na potrzeby powszechnej edukacji prozdrowotnej; 2. Budowa programów ustawicznego kształtowania świadomości żywieniowej i racjonalizacji nawyków żywieniowych społeczeństwa, 3. Rozwój opieki perinatalnej, wczesnego wykrywania wad genetycznych i rozwojowych; 5. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób zakaźnych i zakażeń ważnych z punktu widzenia zdrowia publicznego; 6. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób psychicznych oraz uzależnień, o dużym znaczeniu społecznym; 7. Rozwój metod i technik ergonomicznego kształtowania warunków życia i pracy, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku podeszłym i niepełnosprawnych; 8. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób związanych z podeszłym wiekiem; 10. Budowa efektywnych systemów badań przesiewowych, 11. Rozwój systemów telemedycyny; 18. Rozwój metod i technik ratownictwa medycznego.

Wyniki monitoringu wykazały, że w ostatnim dziesięcioleciu wzrosła średnia długość trwania życia (dla kobiet do 79,4 lat, mężczyzn do 70,81 lat), a umieralność niemowląt została zredukowana do wskaźnika 6,4 na 1000 żywych urodzeń. W latach 1995-2002 umieralność z powodu chorób układu krążenia spadała w przeciętnym tempie 3,6% rocznie, co było współczynnikiem wyższym od zakładanego w NPZ (1,6% rocznie). Tempo spadku częstości występowania wypadków i urazów w analogicznym okresie wynosiło 2,4% rocznie i było nieznacznie wyższe od zakładanego NPZ (2,2% rocznie). Zaobserwowano też znaczny spadek zapadalności na WZW typu B z ponad 12 przypadków na 100 000 ludności w roku 1997, do niespełna 5 przypadków na 100 000 ludności obecnie. Natomiast niekorzystne zmiany zaobserwowano w zakresie zdrowia psychicznego. W okresie 1995-2001 wzrósł o 62% współczynnik leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego. Zachodzące w społeczeństwie zmiany demograficzne i ekonomiczne skłaniają do uwzględnienia nowych celów dotyczących zapobiegania niepełnosprawności i propagowania aktywności ludzi starszych. Pomimo dalszego wzrostu przeciętnego trwania życia i zmniejszenia zagrożeń chorobami układu krążenia oraz znacznego obniżenia umieralności niemowląt, nadal dzieli nas znaczny dystans od wielu krajów Unii Europejskiej. Analiza oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z dotychczasowej realizacji Narodowego Programu Zdrowia wskazuje na potrzebę jego kontynuacji. Obecna, czwarta wersja Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, nawiązuje do:

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

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

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

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

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

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

1. Determinanty zdrowia oraz promocja zdrowia

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

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

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

Narodowy Program Zdrowia zmierza do zintegrowania zagadnień związanych ze zdrowiem z celami wytyczanymi w ramach systemu społeczno-ekonomicznego państwa. Szczególna rola w realizacji edukacji zdrowotnej społeczeństwa przypada mediom, bez których we współczesnym świecie niemożliwe jest skuteczne informowanie społeczeństwa. Współpraca z mediami musi uwzględniać ich lokalny lub ogólnopolski charakter oraz przekaz dostosowany do charakteru odbiorcy.

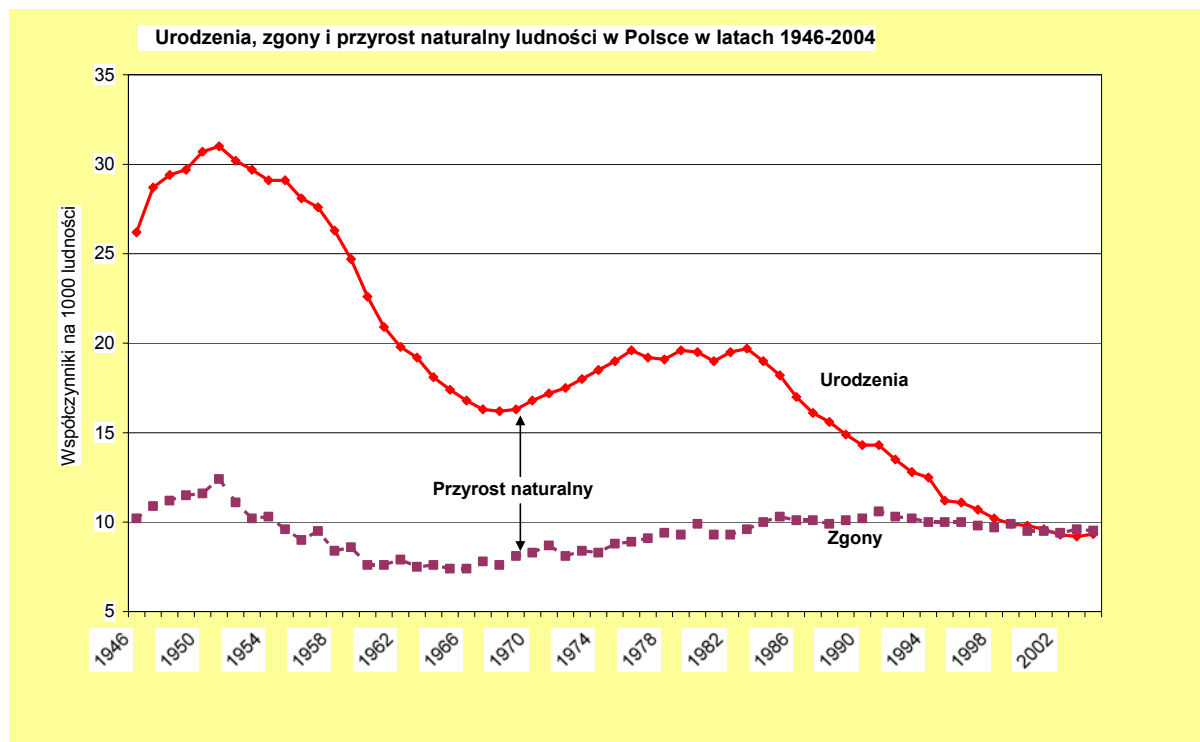
2. Sytuacja demograficzna

Wieloletnie prognozy demograficzne pozwalają na zaplanowanie i dostosowanie założeń polityki do przyszłych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Pod koniec 2005 roku

liczba ludności Polski wynosiła 38 157 tys. i była mniejsza o około 100 tys. w porównaniu do 2000 roku.

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

W miastach populacja osób starszych będzie większa niż na wsi.

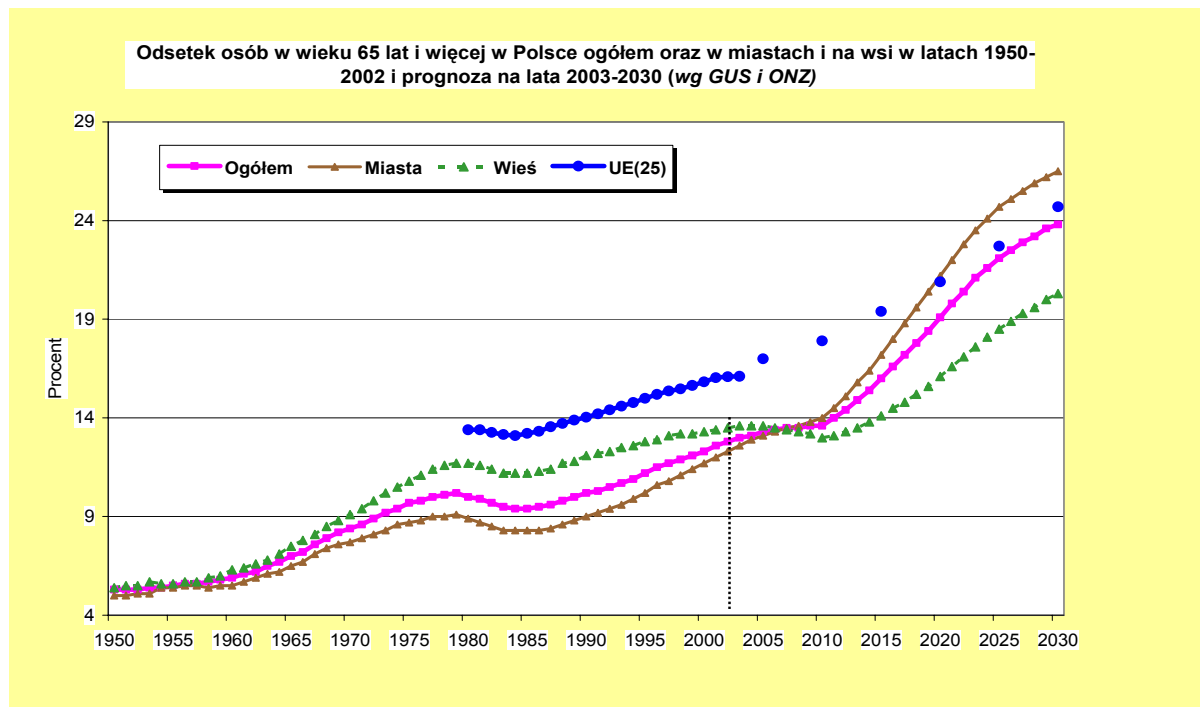


Wykres 1. Urodzenia, zgony i przyrost naturalny ludności w latach 1946-2004

Podsumowując prognozy demograficzne, można stwierdzić, że:

- od 1999 roku liczba ludności Polski stopniowo zmniejsza się. W końcu 2005 roku ludność Polski liczyła 38 157 tys. i było to o około 100 tys. osób mniej niż w 2000 roku,
- systematycznie od ok. 20 lat zmniejsza się udział dzieci i młodzieży poniżej 20 roku życia w łącznej liczbie ludności, natomiast zwiększa się udział osób starszych. Przewiduje się, że proces ten ulegnie nasileniu po 2010 roku,
- odsetek osób starszych jest wyższy na wsi niż w mieście, ale zgodnie z prognozą GUS, sytuacja ta ulegnie zasadniczej zmianie po 2010 roku,
- w latach 2004 i 2005 nastąpił niewielki wzrost liczby urodzeń żywych, co zgodnie z prognozą GUS wskazuje na możliwość przełamania niekorzystnych trendów,

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



Wykres 2. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1950-2002 i prognoza na lata 2003-2030

3. Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego

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

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

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

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

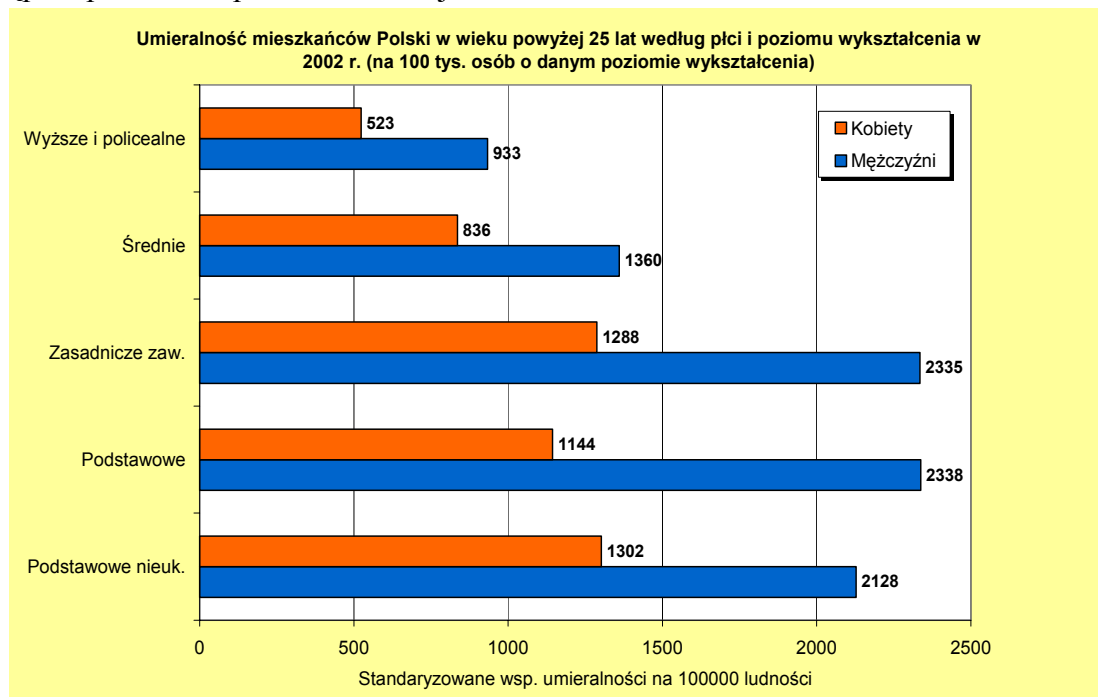
Do głównych przyczyn zgonów należą:

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

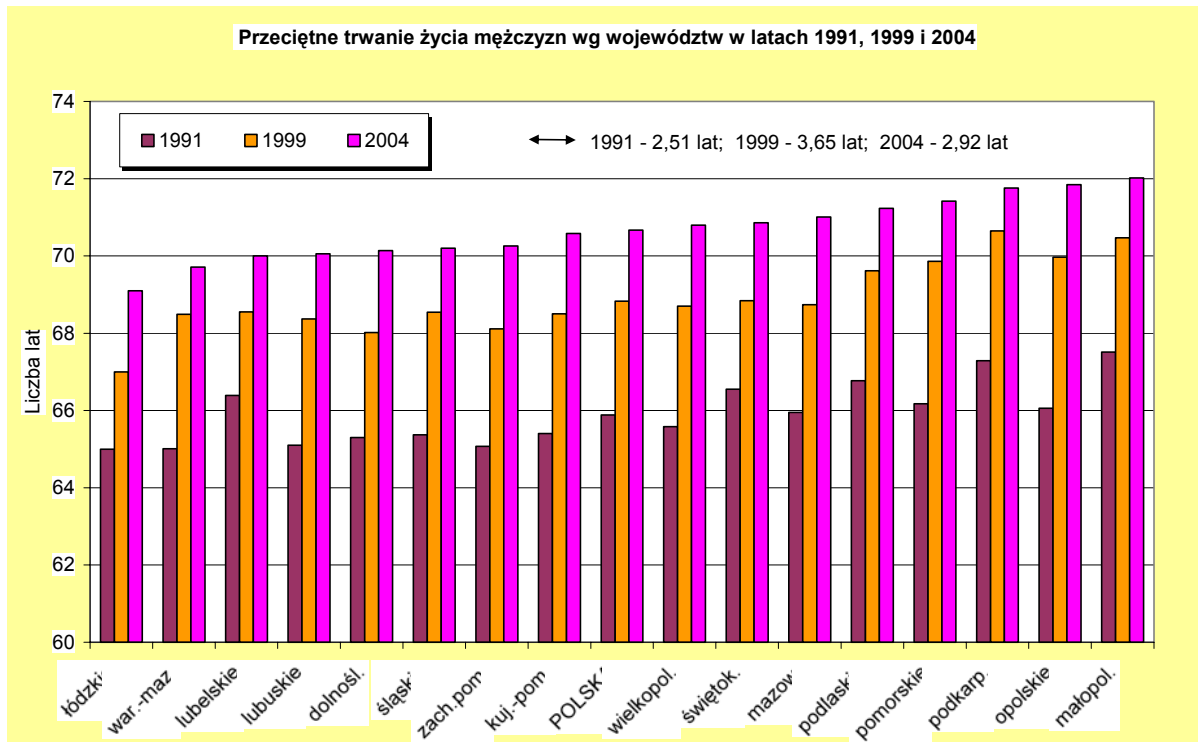
Gdyby w 2002 roku natężenie umieralności w poszczególnych grupach wiekowych w Polsce było takie samo jak przeciętne w 25 krajach Unii Europejskiej, wówczas liczba osób zmarłych w naszym kraju byłaby rocznie o około 80 tys. niższa.

4. Różnice społeczne i terytorialne w stanie zdrowia populacji

Gorszy stan zdrowia ludności jest wyraźny wśród osób niewykształconych, ubogich, bezrobotnych, a także, w niektórych przypadkach, w regionach charakteryzujących się gorszymi wskaźnikami jakości środowiska naturalnego i gorszą infrastrukturą, utrudniającą dostęp do placówek opieki zdrowotnej.



Wykres 3. Zależność umieralności ludności Polski w wieku powyżej 25 lat od płci i wykształcenia w 2002 roku (na 100 tys. osób o danym poziomie wykształcenia)



Wykres 4. Przeciętne trwanie życia mężczyzn według województw w latach 1991, 1999 i 2004.

Dla poprawy zdrowia populacji istotne jest wyrównywanie szans w budowaniu zdrowia wśród dzieci i młodzieży. Służyć temu będzie efektywna realizacja celów Narodowego Programu Zdrowia przez wszystkie organy administracji rządowej i samorządowej, a także organizacje pozarządowe.

Cel główny

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

osiągany przez:

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

I. Strategiczne cele zdrowotne

1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu¹;
2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych²;
3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom³;
8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

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

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

III. Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji

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

¹ Realizacja całego zakresu programu POLKARD w ramach działań na rzecz tego celu strategicznego.

² Realizacja ustawy o ustanowieniu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na rzecz tego celu strategicznego.

³ Realizacja Programu zwalczania HCV na rzecz tego celu strategicznego.

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

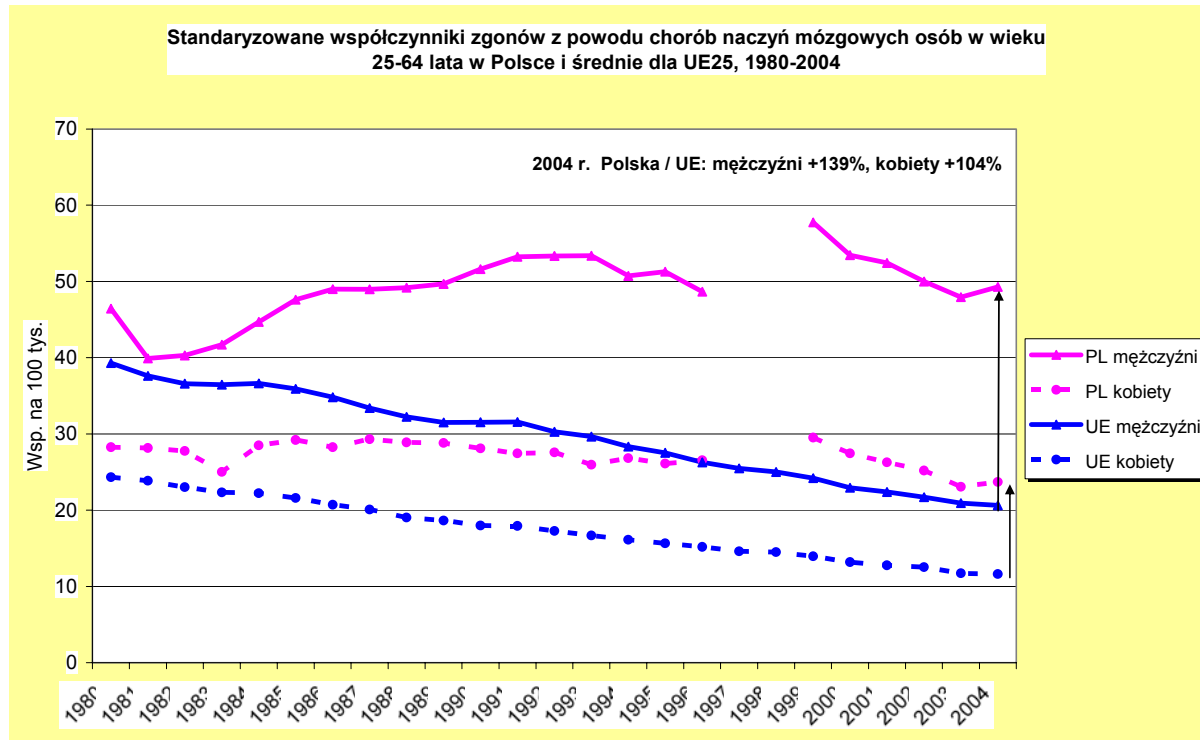
IV Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego

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

I. STRATEGICZNE CELE ZDROWOTNE⁴

Cel strategiczny 1.

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu⁵.



Wykres 5. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych osób w wieku 25-64 lata w Polsce i średnie dla UE25, 1980-2004.

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

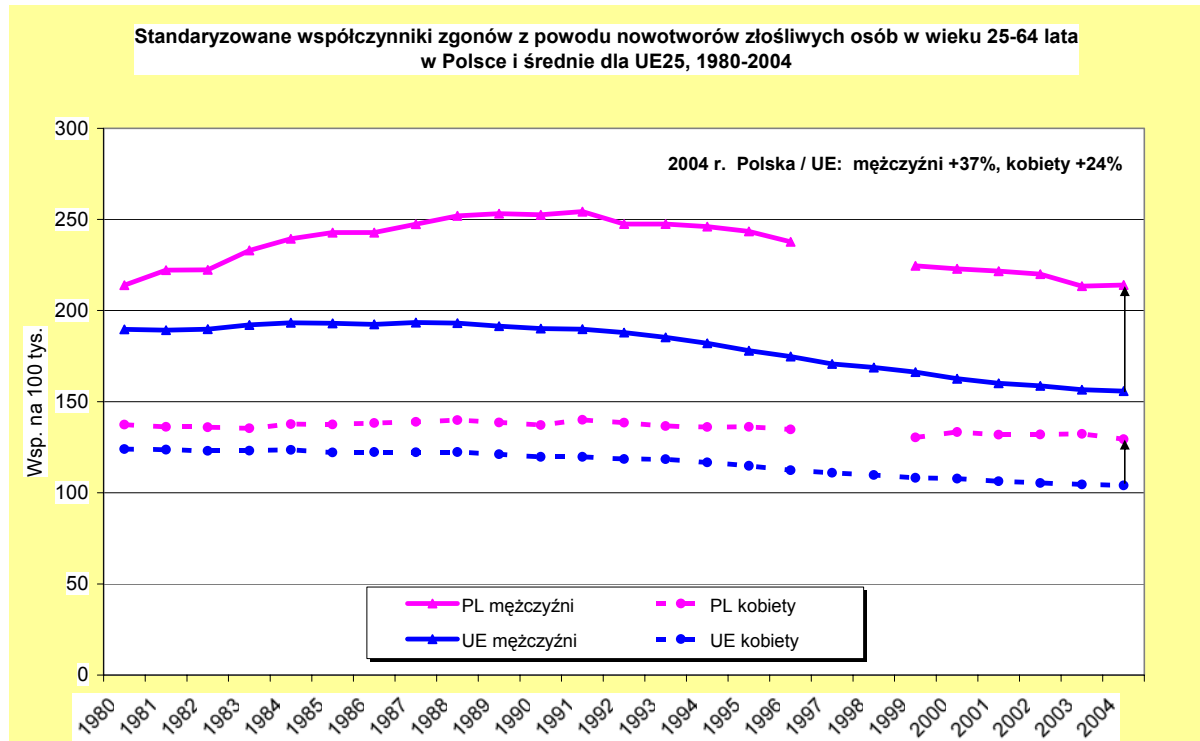
1. Zmniejszenie umieralności u osób poniżej 65 roku życia,
2. Zmniejszenie liczby wczesnych zgonów z powodu udarów mózgu,
3. Uzyskanie, u co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru, samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego.

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

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

Cel strategiczny 2.

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych⁶.



Wykres 6. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych osób w wieku 25-64 lata w Polsce i średnie dla UE25, 1980-2004.

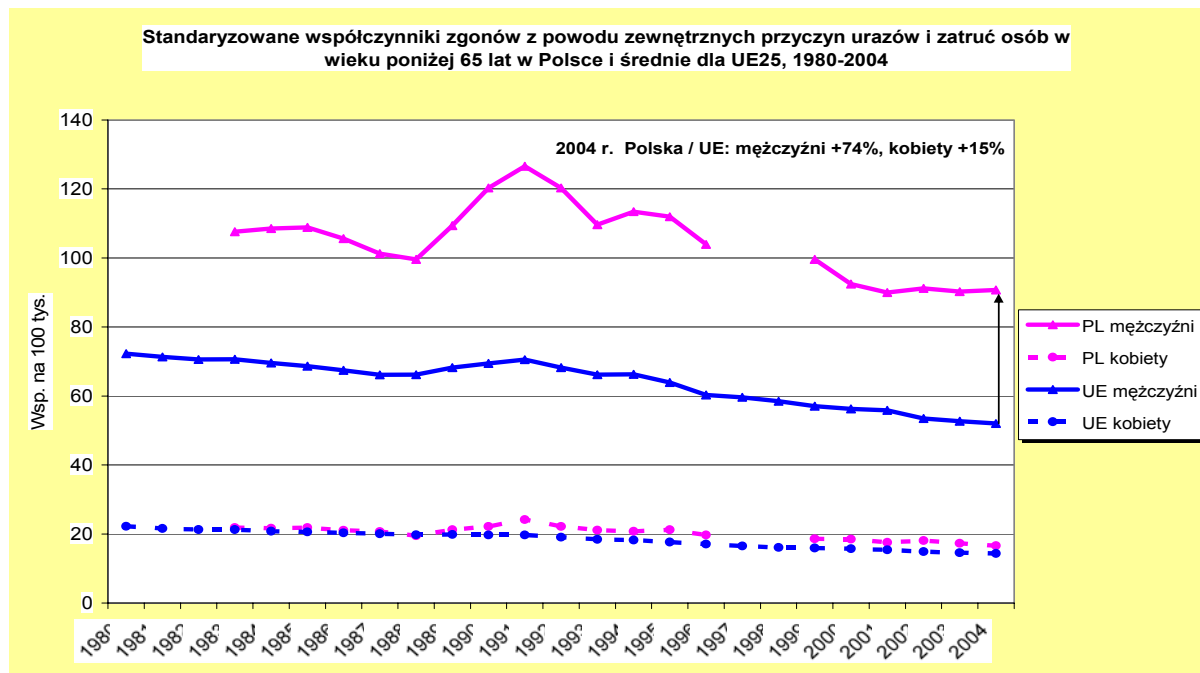
Choroby nowotworowe są drugą przyczyną zgonów w Polsce, co wynika przede wszystkim z faktu późnego ich wykrywania i niskiej skuteczności ich leczenia. Mocną stroną polskiej onkologii jest natomiast sieć ośrodków onkologicznych o wysokim poziomie referencyjności. Wykorzystując możliwości istniejące po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

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

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

Cel strategiczny 3.

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



Wykres 7. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn urazów i zatruc osób w wieku poniżej 65 lat w Polsce i średnie dla UE25, 1980-2004.

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

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

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

Zakłada się osiągnięcie następujących efektów realizacji przedmiotowego celu strategicznego:

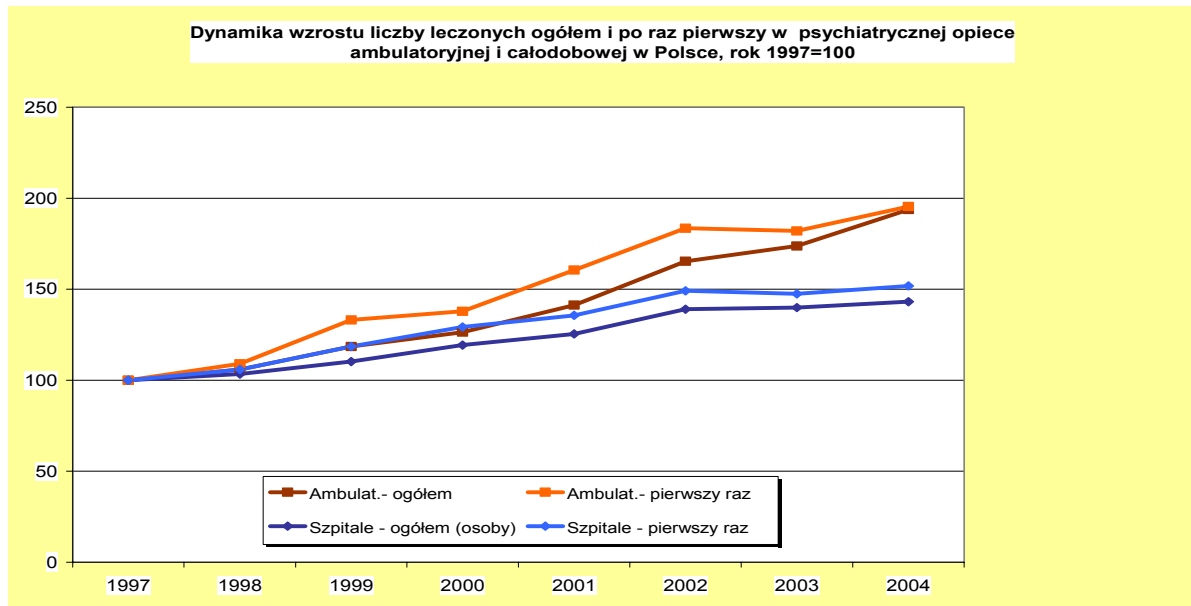
⁷ Szersze uzasadnienie, zadania i oczekiwane efekty związane z niniejszym celem znajdują się w załączniku.

⁸ Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2005-2007-20013 GAMBIT 2005 przyjęty został przez Radę Ministrów na posiedzeniu 19 kwietnia 2005 roku.

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

Cel strategiczny 4.

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.



Wykres 8. Dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem i po raz pierwszy w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej i całodobowej w Polsce, rok 1997=100

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

Należy podkreślić, że zaburzenia psychiczne kosztują państwo utratę 3-4% PKB¹¹ i są najczęstszą przyczyną pobierania rent inwalidzkich. Grupą szczególnie wymagającą pomocy jest młodzież, ze względu na jej pogarszające się samopoczucie psychospołeczne (wynikające

⁹ Uratowani od śmierci w wypadkach drogowych do 2013 roku (według RBD)

Cele	%	Liczba
Kształtowanie bezpiecznych zachowań uczestników ruchu drogowego	34	5 700
Ochrona pieszych, dzieci i rowerzystów	30	5 100
Budowa i utrzymanie bezpiecznej infrastruktury drogowej	26	4 350
Zmniejszenie ciężkości i konsekwencji wypadków drogowych	10	1 650
Razem	100	16800

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

¹¹ Dane szacunkowe Instytutu Psychiatrii i Neurologii

ze stresu, narastającej przemocy, dostępności narkotyków). W związku z powyższym planowane jest wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, co byłoby zgodne z ustaleniami konferencji helsińskiej¹², nakazującej opracowanie w krajach Unii Europejskiej Krajowego Planu Działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, z zapewnieniem odpowiednich środków finansowych.

Zakłada się osiągnięcie następujących efektów realizacji przedmiotowego celu strategicznego:

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

Cel strategiczny 5.

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

Do chorób tych zalicza się grupę około 200 chorób układu ruchu o przewlekłym charakterze i różnym stopniu zajęcia stawów i narządów wewnętrznych. Można wśród nich wyróżnić dwie główne grupy: zapalne choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty, dna moczanowa i inne) oraz choroby reumatyczne niezapalne (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych, osteoporoza i inne).

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

Działania podjęte w ramach NPZ powinny dotyczyć:

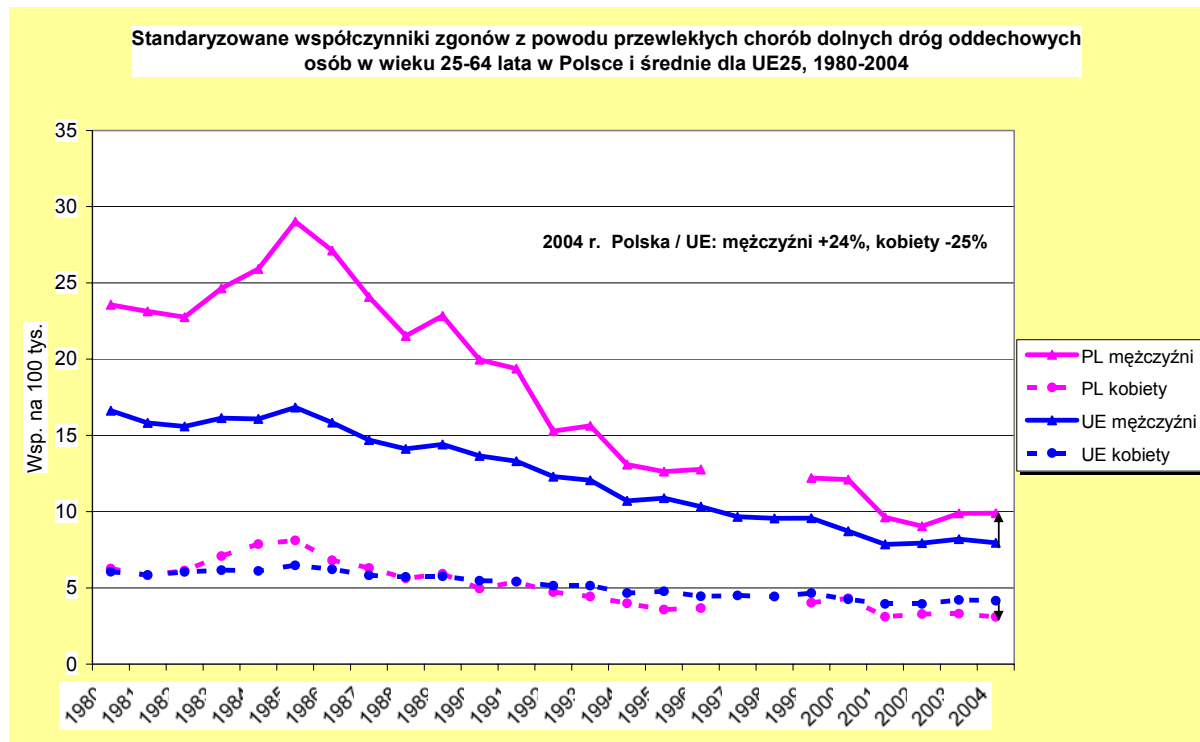
1. Zwiększenia i wyrównania dostępności do usług rehabilitacyjnych,
2. Monitorowania częstości orzekania o rentach inwalidzkich,
3. Zwiększenia świadomości społecznej w zakresie zagrożeń ze strony chorób reumatycznych,
4. Zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych z powodu chorób reumatycznych,
5. Zmniejszenia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

¹² Europejska Konferencja Ministerialna Światowej Organizacji Zdrowia, Helsinki 2005.

¹³ Wedle oszacowań Instytutu Reumatologii

Cel strategiczny 6.

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



Wykres 10. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych osób w wieku 25-64 lata w Polsce i średnie dla UE25, 1980-2004

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

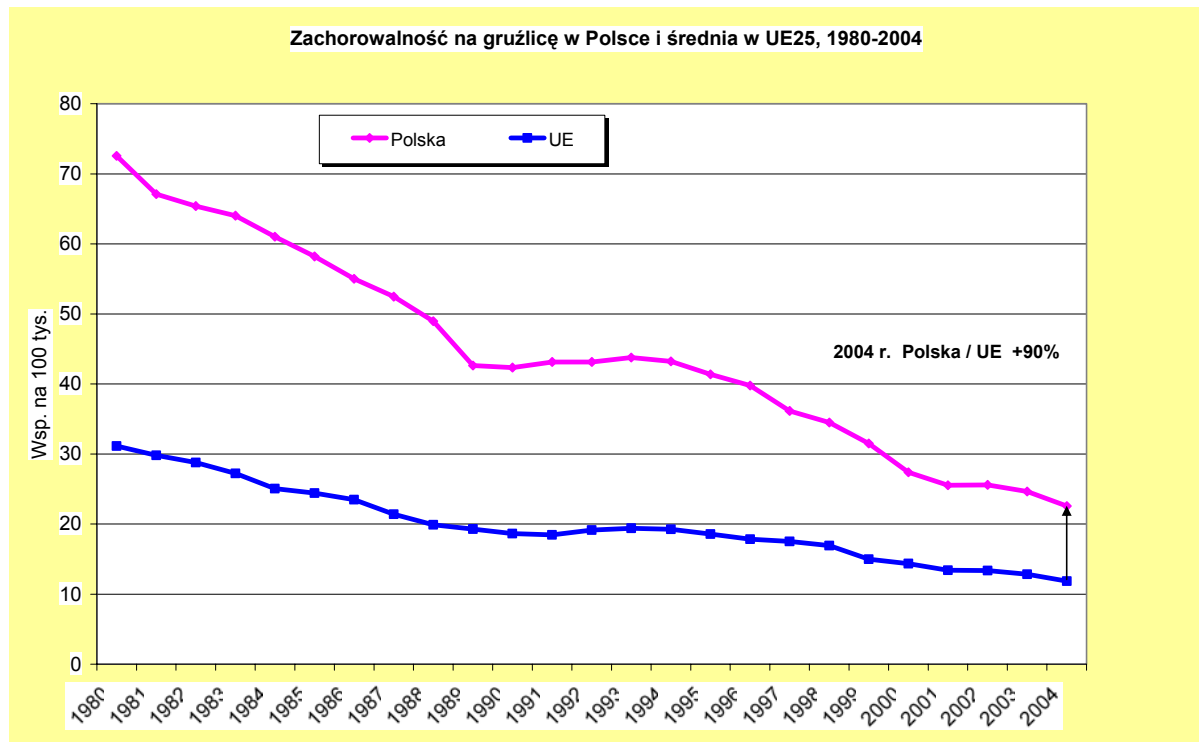
W celu zwrócenia uwagi na skalę problemu i zagrożenia związane zarówno z POChP, jak i innymi chorobami układu oddechowego, Europejskie Towarzystwo Oddechowe (ERS) i Europejska Fundacja Płuc (ELF) opublikowały *Europejską Białą Księgę Płuc*. Publikacja ta w przejrzysty sposób przedstawia zagrożenia i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

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

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

Cel strategiczny 7.

Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom¹⁴.



Wykres 11. Zachorowalność na gruźlicę w Polsce i średnia w UE25, 1980-2004

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

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

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

¹⁴ Realizacja Programu zwalczania HCV na rzecz tego celu strategicznego.

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

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

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

Cel strategiczny 8.

Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

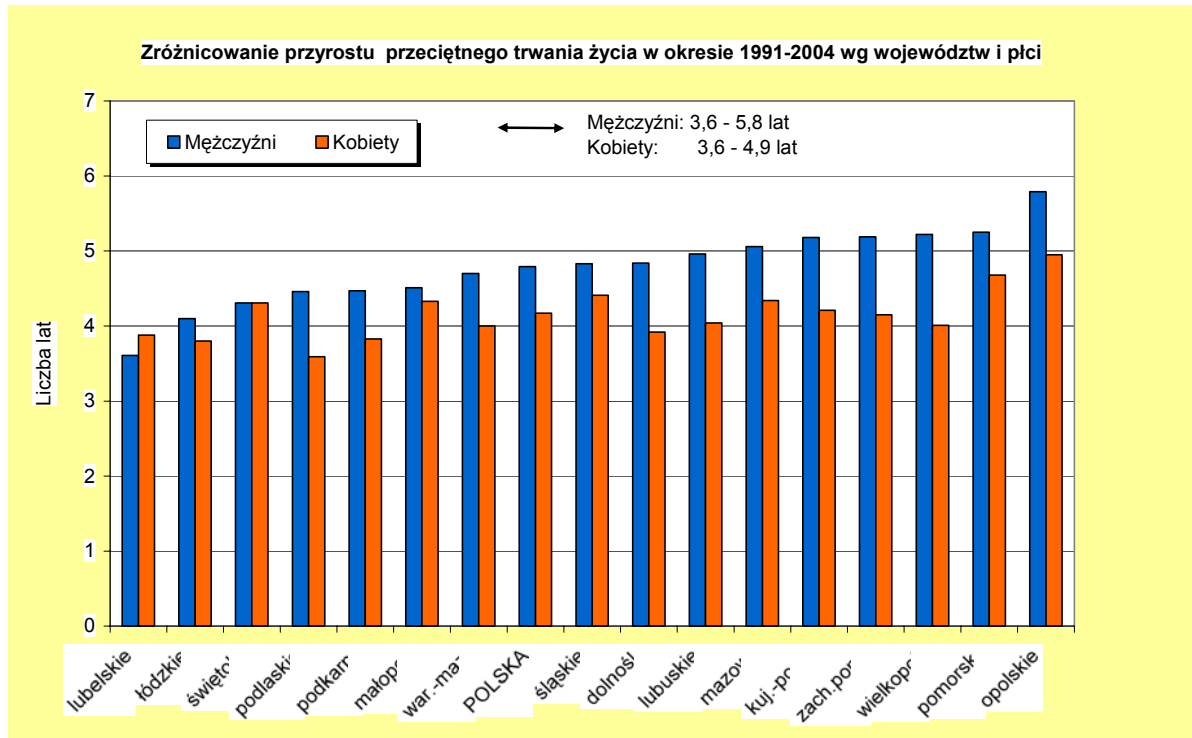
Działania prowadzące do zwalczania nierówności w zdrowiu powinny objąć dwa równoległe kierunki:

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

Realizacja tego celu powinna uwzględnić inną niż obecnie alokację środków na cele społeczne i zdrowotne tak, aby wyrównywać istniejące różnice oraz przeciwdziałać ich dalszemu narastaniu. Powinno to stać się celem wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej, a także organizacji pozarządowych.

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

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



Wykres 12. Zróżnicowanie przyrostu przeciętnego trwania życia w okresie 1991-2004 według województw i płci.

W czasie realizacji NPZ wskaźnikami wykorzystywanymi do monitorowania będą:

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

II CELE DOTYCZĄCE CZYNNIKÓW RYZYKA I DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA

Cel operacyjny 1.

Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.

Uzasadnienie wyboru celu:

Palenie tytoniu zostało uznane za jeden z najważniejszych, poddających się redukcji, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, chorób układu oddechowego oraz zdrowia noworodków. Mimo osiągnięcia pewnych sukcesów w ograniczeniu palenia tytoniu w Polsce w latach 90. i wynikających z tego korzyści zdrowotnych, należy pamiętać, że w większym stopniu dotyczyły one mężczyzn niż kobiet, a także lepiej wykształconych (i bogatszych) niż niewykształconych (i biedniejszych) warstw społeczeństwa. Duże różnice w częstości palenia mężczyzn i kobiet, zaczynają się powoli zacierać, zwłaszcza w ośrodkach wielkomiejskich. Z drugiej strony rośnie społeczno-ekonomiczne zróżnicowanie postaw w tym zakresie.

Oczekiwane efekty do roku 2015:

1. Utrzymanie tempa spadku liczby wypalanych papierosów na poziomie 1-3% rocznie,
2. Eliminowanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży,
3. Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania tytoniu w szkołach i innych placówkach oświatowych i kulturalnych.

Zadania:

1. Ochrona zdrowia oraz rozwoju dzieci i młodzieży przed narażeniem na dym tytoniowy przez eliminowanie palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży oraz upowszechnienie programów edukacyjnych zapobiegających paleniu tytoniu przez dzieci i młodzież,
2. Zagwarantowanie wszystkim zatrudnionym w Polsce miejsc pracy wolnych od zanieczyszczenia dymem tytoniowym,
3. Podejmowanie działań zmierzających do wdrożenia „Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu” (ratyfikowanej w sierpniu 2006) oraz opracowania i wprowadzenia w życie stosownych w tym zakresie przepisów wykonawczych,
4. Upowszechnienie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu,
5. Uspołecznienie działań zmierzających do ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu,
6. Stworzenie atmosfery społecznej akceptacji dla życia wolnego od dymu tytoniowego,
7. Skuteczne kontrolowanie rynku wyrobów tytoniowych,
8. Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców,
9. Zwiększenie kompetencji nauczycieli, pedagogów, instruktorów i animatorów kultury oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów nikotynowych,
10. Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

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

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

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

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

administracja rządowa,
administracja samorządowa,
Narodowy Fundusz Zdrowia,
organizacje pozarządowe,
media,

resortowe instytuty naukowe: Centrum Onkologii, Państwowy Zakład Higieny, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Kardiologii, Instytut Matki i Dziecka, zakłady opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny 2.

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

Uzasadnienie wyboru celu:

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

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitoring i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

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

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

Cel operacyjny 3.

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

Uzasadnienie wyboru celu:

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

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

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

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

Oczekiwane efekty do roku 2015:

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

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

- zawartość energii z tłuszczu w łącznej wartości energetycznej diety oraz zawartość energii z kwasów tłuszczowych,
- spożycie artykułów żywnościowych na mieszkańca, a także spożycie według grup społeczno-ekonomicznych z uwzględnieniem podziału terytorialnego,
- wyniki badań stanu odżywienia wybranych grup ludności, ze szczególnym uwzględnieniem przypadków nadwagi i otyłości,

- odsetek i liczba osób niedożywionych,
- odsetek uczniów spożywających posiłki w szkołach,
- odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią.

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

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

Cel operacyjny 4.

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.

Uzasadnienie wyboru celu:

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

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

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku

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

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

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

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

Cel operacyjny 5.¹⁷

Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.

Uzasadnienie wyboru celu:

Wśród starszej młodzieży oraz młodych dorosłych coraz powszechniejsze staje się używanie nie tylko wyciągów z konopi, ale także narkotyków syntetycznych, zwłaszcza amfetaminy i ecstasy. Zwiększa się również popularność heroiny przeznaczonej do palenia. Coraz większego znaczenia nabierają problemy zdrowotne będące wynikiem okazjonalnego używania narkotyków. Biorąc pod uwagę rosnące rozpowszechnienie używania narkotyków syntetycznych, można spodziewać się trendu wzrostowego zjawiska narkomanii i dalszych zmian obrazu problemów zdrowotnych z nim związanych (w tym wzrostu zakażeń HIV/AIDS). Wymaga to rozbudowy ofert pomocy zarówno leczniczej, jak i socjalnej. Bardzo istotne w tym zakresie jest zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego, jako że pod tym względem Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie. Istnieje również potrzeba intensyfikacji działań w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki, szczególnie wśród okazjonalnych użytkowników substancji psychoaktywnych oraz osób używających ich problemowo¹⁸.

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

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

Oczekiwane efekty do roku 2015:

1. Zahamowanie tempa wzrostu liczby osób używających problemowo substancji psychoaktywnych,
2. Zahamowanie wzrostu dostępności narkotyków,
3. Zwiększenie dostępności różnych form pomocy i leczenia, w tym szczególnie leczenia substytucyjnego i ambulatoryjnego,
4. Ugruntowanie w świadomości społecznej medyczo-społecznej definicji problemu narkomanii i kształtowanie postawy niesienia pomocy osobom dotkniętym tym problemem,
5. Zahamowanie tempa wzrostu liczby dzieci i młodzieży używających substancji psychoaktywnych,
6. Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania substancji psychoaktywnych w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz w instytucjach kultury.

Zadania:

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

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

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

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

Cel operacyjny 6.

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

Uzasadnienie wyboru celu w obszarze eliminacji szkodliwych czynników środowiskowych:

Zapobieganie skutkom zdrowotnym zanieczyszczenia środowiska jest zwykle działaniem długotrwałym. W związku z faktem, że wyeliminowanie ze środowiska czynników szkodliwych jest niemożliwe, należy dążyć do ich ograniczenia. Taki kierunek działania został potwierdzony przez Unię Europejską. Zgodnie z wypracowanymi na jej forum wytycznymi, zapobieganie chorobom środowiskowym powinno uwzględniać zarówno działania zmierzające do zmniejszania zanieczyszczenia środowiska, jak i działania z zakresu

zdrowia publicznego, mające na celu ograniczenie narażenia ludności na szkodliwe czynniki środowiskowe oraz redukcję ich skutków zdrowotnych.

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zmniejszenie wielkości emisji do atmosfery niebezpiecznych substancji oraz ich prekursorów,
2. Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego, powietrza wewnątrz pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi oraz na ponadnormatywne poziomy hałasu zwłaszcza emitowanego przez środki transportu,
3. Poprawa jakości wód powierzchniowych służących do zaopatrzenia ludności oraz wód w kąpieliskach publicznych,
4. Osiągnięcie bezpiecznego poziomu szkodliwych substancji oraz mikroorganizmów występujących w wodzie przeznaczonej do spożycia,
5. Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia i natężenia szkodliwych czynników występujących w środowisku pracy, zwłaszcza na czynniki rakotwórcze i alergiczne,
6. Ograniczenie narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne występujące w środowisku bytowania i pracy przez redukcję ich źródeł,
7. Ograniczenie narażenia na ponadnormatywne natężenie pól elektromagnetycznych,
8. Ograniczenie czynników stresogennych w miejscu pracy oraz negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych traumą, mobingiem i agresją w miejscu pracy,
9. Sukcesywny spadek poziomu substancji toksycznych oraz ich metabolitów w materiale biologicznym.

Zadania:

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

czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy i życia w oparciu o kryteria zdrowotne.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

Zmniejszenie w stosunku do 2005 roku:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

A) Wskaźniki środowiskowe:

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

B) Wskaźniki zdrowotne:

- wskaźniki umieralności z powodu wybranych przyczyn,
- wskaźniki zachorowalności na wybrane choroby,
- częstość występowania poszczególnych chorób zawodowych,
- częstość występowania wad wrodzonych u noworodków,
- częstość występowania niskiej masy urodzeniowej,
- hospitalizacja z powodu wybranych przyczyn,
- częstości występowania podwyższonego stężenia ołowiu w krwi dzieci zamieszkałych w dużych miastach.

Uzasadnienie wyboru celu w obszarze ochrony sanitarnej kraju:

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

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

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

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki

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

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

administracja rządowa,

administracja samorządowa,

organizacje pozarządowe,

zakłady opieki zdrowotnej,

instytuty naukowo-badawcze: Instytuty Medycyny Pracy w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy

i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Państwowy Zakład Higieny, Centralny Instytut Ochrony Pracy w Warszawie.

III. CELE OPERACYJNE DOTYCZĄCE WYBRANYCH POPULACJI

Cel operacyjny 7.

Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.

Uzasadnienie wyboru celu:

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

1. Unowocześnienie programu trójstopniowej opieki perinatalnej,
2. Poprawa opieki przedporodowej nad ciężarną,
3. Zmniejszenie umieralności niemowląt,
4. Wprowadzenie nowoczesnych badań epidemiologicznych dotyczących opieki nad matką i dzieckiem (w tym kontynuacja programu EUROCAT),
5. Pełna realizacja świadczeń profilaktycznych mających na celu zapobieganie chorobom i wczesne wykrywanie zaburzeń i odchyłeń w stanie zdrowia dzieci przez realizację

- programów profilaktycznych, badań przesiewowych, bilansów zdrowia i obowiązkowych szczepień ochronnych,
6. Poprawa zaspokojenia potrzeb leczniczych dzieci, rozwój rehabilitacji dzieci przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych, w tym z niedorozwojem umysłowym,
 7. Otoczenie szczególną opieką zdrowotną kobiet i dzieci ze środowisk specjalnego ryzyka o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, rodzin wychowawczo niewydolnych bądź patologicznych,
 8. Stworzenie trwałego systemu monitorowania realizacji działań związanych ze zdrowiem matek i małych dzieci,
 9. Kształtowanie prozdrowotnych postaw i przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom przyszłych rodziców w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży i opieki nad niemowlęciem i małym dzieckiem,
 10. Propagowanie karmienia piersią (co najmniej do 6 miesiąca życia),
 11. Polepszenie jakości perinatalnych świadczeń medycznych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

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

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

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

Cel operacyjny 8.

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

Uzasadnienie wyboru celu:

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

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Zwiększenie odsetka młodzieży, która:
 - osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej,
 - racjonalnie się odżywia,
2. Zahamowanie tendencji wzrostowej w częstości występowania u młodzieży zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Zadania:

Polityka państwa, legislacja:

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

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

1. Opracowanie, wdrażanie i systematyczne monitorowanie programów działań na rzecz wspierania rozwoju i zdrowia dzieci i młodzieży, dostosowanych do lokalnych potrzeb i opracowywanych z udziałem samej młodzieży,
2. Tworzenie warunków do spędzania czasu wolnego w sposób korzystny dla rozwoju i zdrowia.

Działania resortu edukacji (we współpracy z resortem zdrowia):

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

Działania resortu szkolnictwa wyższego²⁰:

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

Działania środków masowego przekazu i organizacji pozarządowych:

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

Działania resortu zdrowia (ochrony zdrowia):

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki zdrowia subiektywnego i zachowań zdrowotnych:

- odsetek młodzieży 15- i 18-letniej, która pozytywnie ocenia swoje zdrowie, jest zadowolona z życia, rzadko odczuwa dolegliwości psychosomatyczne,
- odsetek młodzieży 15- i 18-letniej, która osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej, codziennie spożywa warzywa i owoce, rzadko spożywa słodkie i słodkie napoje gazowane,
- odsetek młodzieży 15-letniej i 18-letniej, która regularnie pali papierosy, często upija się, pali marihuanę, podjęła inicjację seksualną, ma kontakty z przemocą między rówieśnikami,
- częstość występowania anoreksji i bulimii wśród dzieci i młodzieży.

Wskaźniki odnoszące się do zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju

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

Wskaźniki zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz działań w zakresie promocji zdrowia

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

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

- administracja rządowa,
- administracja samorządowa,

Cel operacyjny 9.

Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

Uzasadnienie wyboru celu:

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

Administracja rządowa

1. Promocja zdrowia i zapobiegania chorobom w ciągu trwania całego życia,
2. Budowa i implementacja programów zdrowotnych nakierowanych na tworzenie warunków do aktywnego fizycznie i psychicznie stylu życia osób powyżej 60 roku życia,
3. Tworzenie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekę nad osobą starszą i/lub niepełnosprawną w środowisku zamieszkania z poszanowaniem jej praw i zapewnieniem najwyższej z możliwych jakości usług opiekuńczo-leczniczych,
4. Tworzenie rozwiązań prawno-administracyjnych sprzyjających rozwojowi prozdrowotnego stylu życia przez uruchomienie mechanizmów ekonomicznych, skłaniających do zwiększenia podejmowania działań indywidualnych na rzecz aktywności fizycznej,
5. Podejmowanie działań systemowych w kierunku zapewnienia ochrony, bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej osób starzejących się,
6. Podejmowanie działań na rzecz powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w tym leków dla osób starszych.

Administracja samorządowa

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

Organizacje pozarządowe

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki

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

Cel operacyjny 10.

Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.

Uzasadnienie wyboru celu:

Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w 2002 roku, odsetek osób niepełnosprawnych stanowi 14,3% ludności Polski, co oznacza, że co siódmy mieszkaniec naszego kraju jest osobą niepełnosprawną. Dodatkowo, dane demograficzne (starzenie się społeczeństwa) oraz postęp medycyny wskazują, że procent osób zagrożonych niepełnosprawnością, a więc wymagających rehabilitacji, będzie się stale zwiększał. Ta dramatycznie wysoka liczba osób niepełnosprawnych jest istotną przesłanką do wzmacniania działań mających na celu włączanie niepełnosprawnych w społeczne i ekonomiczne życie społeczeństwa.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

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

Zadania:

Administracja rządowa:

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

Administracja samorządowa

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

Organizacje pozarządowe

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

Cel operacyjny 11.

Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży.

Uzasadnienie wyboru celu:

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

- odsetek dzieci do 7 roku życia z leczoną próchnicą zębów mlecznych.

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

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

IV. NIEZBĘDNE DZIAŁANIA ZE STRONY OCHRONY ZDROWIA I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Cel operacyjny 12.

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

Uzasadnienie wyboru celu:

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku

1. Posiadanie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych,
2. Zapewnienie skutecznego zarządzania i nadzoru nad funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez gminy, powiaty i województwa,
3. Funkcjonowanie – dostosowanej do potrzeb mieszkańców oraz możliwości finansowych państwa – sieci zakładów opieki zdrowotnej,
4. Standaryzowane warunki świadczenia usług zdrowotnych,
5. Uproszczenie systemu wdrażania funduszy strukturalnych na rzecz zdrowia publicznego,
6. Budowanie partnerstwa na rzecz systemu ochrony zdrowia,
7. Zwiększenie liczby kwalifikowanych menedżerów zdrowia publicznego zatrudnionych w samorządach terytorialnych,
8. Zwiększenie potencjału zdrowotnego i świadomości zdrowotnej ludności,
9. Upowszechnienie wprowadzania i realizowania w szkołach i w przedszkolach programów profilaktyki i promocji zdrowia,
10. Wzmocnienie instytucjonalne organizacji obywatelskich działających w sferze ochrony zdrowia,
11. Zmiana zasad zarządzania zadaniami w sektorze ochrony zdrowia na systemowe i zadaniowe.

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

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

administracja rządowa,
administracja samorządowa,
organizacje pozarządowe.

Cel operacyjny 13.

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

Uzasadnienie wyboru celu:

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

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

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

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

Cel operacyjny 14.

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

A. Choroby układu krążenia

Uzasadnienie wyboru celu:

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania

1. Zwiększenie skuteczności programów ograniczenia natężenia czynników ryzyka odpowiedzialnych za występowanie chorób serca i naczyń,
2. Opracowanie standardów powszechnych, dostępnych i uzasadnionych ekonomicznie badań przesiewowych, ukierunkowanych na wczesną diagnostykę czynników ryzyka oraz wybranych CHUK i metabolicznych,

3. Opracowanie standardów postępowania z osobami z rozpoznanymi czynnikami ryzyka i chorobami serca, naczyń oraz metabolicznymi,
4. Wdrożenie nowoczesnych standardów diagnostyki oraz leczenia chorób serca i naczyń do placówek POZ,
5. Zwiększenie dostępności inwazyjnych procedur kardiologicznych ratujących życie w stanach nagłych,
6. Usprawnienie systemu ratownictwa medycznego w nagłych stanach kardiologicznych,
7. Zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn powstawania, możliwości zapobiegania oraz wczesnej diagnostyki i leczenia CHUK,
8. Poprawa jakości życia osób leczonych z powodu chorób serca i naczyń.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

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

B. Udary mózgowe

Uzasadnienie wyboru celu

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

C. Choroby nowotworowe²¹

Uzasadnienie wyboru celu:

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów.

D. Choroby układu oddechowego

Uzasadnienie wyboru celu:

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

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

inwalidzkich. Co najważniejsze, większość tych rent otrzymują osoby w wieku produkcyjnym, między 50 a 60 rokiem życia.

Zadania:

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

E. Choroby reumatyczne

Uzasadnienie wyboru celu

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

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

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne

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

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki

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

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

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

Cel operacyjny 15.

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

Uzasadnienie wyboru celu:

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku

1. Zwiększenie krajowego potencjału promocji zdrowia poprzez rozwój infrastruktury (polityki, systemu nadzoru, mechanizmów wdrażania programów),
2. Poprawa jakości kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników i realizatorów promocji zdrowia,
3. Zwiększenie skuteczności programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia,

4. Zwiększenie zasięgu oddziaływania edukacji i promocji zdrowia i objęcie nimi grup szczególnie podatnych na zagrożenia zdrowotne.

Zadania:

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

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki:

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

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

administracja rządowa,
administracja samorządowa,
organizacje pozarządowe,

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

instytucje naukowo-badawcze,
media.

Załącznik

Rozszerzenie celu strategicznego 3.

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

Uzasadnienie wyboru celu:

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

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

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

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

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Stopniowe zmniejszanie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków oraz liczby poszkodowanych,

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

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

2. Zmniejszenie liczby ofiar śmiertelnych wskutek urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych²⁵,
3. Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków przy pracy do połowy stanu z 2005 roku,
4. Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków w szkole przynajmniej do połowy stanu z 2005 roku,
5. Podjęcie działań i badań w kierunku wprowadzenia rejestru urazów powstałych w wyniku wypadków w domu,
6. Podjęcie działań i badań w kierunku wprowadzenia rejestru urazów powstałych w wyniku wypadków w czasie odpoczynku (w miejscach rekreacji i sportu).

Zadania²⁶:

Dotyczące urazów komunikacyjnych:

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

Dotyczące urazów przy pracy

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

Dotyczące urazów w szkole²⁷

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

	%	Liczba
²⁵ Uratowani od śmierci w wypadkach drogowych do 2013 r. (wg RBD)	%	
Kształtowanie bezpiecznych zachowań uczestników ruchu drogowego	34	5 700
Ochrona pieszych, dzieci i rowerzystów	30	5 100
Budowa i utrzymanie bezpiecznej infrastruktury drogowej	26	4 350
Zmniejszenie ciężkości i konsekwencji wypadków drogowych	10	1 650
Razem	100	16 800

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

²⁷ Wnioski i zalecenia opracowane w Ministerstwie Edukacji (2003)

4. Wzmocnienie nadzoru nad przestrzeganiem przez dyrektorów szkół przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
5. Wzmocnienie opieki i nadzoru nad dziećmi w czasie i w miejscach, gdzie wypadki zdarzają się najczęściej, m.in.: podczas przerw lekcyjnych, podczas innych zajęć organizowanych przez szkoły, na korytarzach, klatkach schodowych, w szatniach i blokach sanitarnych oraz podczas zajęć w świetlicach szkolnych,
6. Zwiększenie bezpieczeństwa dzieci podczas lekcji wychowania fizycznego w salach gimnastycznych, na boiskach, placach gier i zabaw,
7. Wprowadzenie zasady ciągłej eliminacji zagrożeń w placówkach, m.in. przez stałe dążenie do poprawy warunków technicznych wyposażenia szkół oraz stanu technicznego obiektów, a także przez rozwiązania organizacyjne, które niejednokrotnie nie wymagają nakładów finansowych²⁸.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

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

Monitorowanie i ewaluacja:

Wskaźniki

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

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

²⁸ W 2000 roku uruchomiona została witryna internetowa *Bezpieczna Szkoła* na stronie MEN. Zawiera ona podstawowe informacje i akty prawne dotyczące bezpieczeństwa i higieny, umożliwia zadawanie pytań lub poruszanie problemów z zakresu bhp, z jakimi borykają się szkoły. Wprowadzono obecnie rutynowe badanie wypadkowości w szkołach przez wprowadzenie formularza EN_6 - sprawozdania z wypadków uczniów.

Propozycja algorytmu wdrażania Narodowego Programu Zdrowia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Najważniejsze wnioski z monitoringu oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia ²⁹ w roku 2004.

W zakresie celu operacyjnego nr 1 Zwiększenie aktywności fizycznej ludności

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

W zakresie celu operacyjnego nr 2 Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności

1. Udział energii z tłuszczu w łącznej zawartości energii w przeciętnej dziennej diecie 1 mieszkańca Polski w 2003 r. przekroczył 37 % - był, zatem istotnie wyższy w stosunku do udziału, założonego w 2005 r., mającego obniżyć się do poziomu 30%. Był także nieznacznie wyższy w porównaniu z udziałem, który charakteryzował koniec pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych (35% w 1995 r.). Sytuację taką obserwowano we wszystkich grupach społecznych gospodarstw.
2. Zaobserwowano korzystne, oczekiwane zmiany w strukturze zawartości tłuszczu ogółem w diecie, wyrażające się spadkiem udziału tłuszczu zwierzęcego: w 2003 r. roku, tłuszcz zwierzęcy stanowił 62,6% ogólnej ilości tłuszczu w przeciętnej dziennej diecie 1 mieszkańca Polski przy ponad 65% w roku 1995.
3. Przesunięcia strukturalne prowadziły do poprawy stosunku zawartości wielonienasyconych kwasów tłuszczowych do nasyconych (stosunek P : S). Stosunek ten,

²⁹ Z opracowania Monitoring oczekiwanych efektów realizacji NPZ, Warszawa 2004

w odniesieniu do przeciętnej dziennej diety 1 mieszkańca wzrósł z 0,41 w 1995 r. do 0,43 w 2003 r.

4. Kontynuowane były korzystne zmiany w strukturze spożycia mięsa, podrobów i przetworów. Zgodnie z zakładanymi efektami realizacji celu następował wzrost udziału mięsa chudego, jakim jest przede wszystkim mięso drobiu.
5. W przeciwieństwie do pomyślnych zmian w strukturze spożycia mięsa, brak było zakładanej poprawy w konsumpcji ryb i przetworów.
6. Osiągnięto bardzo korzystny rezultat w zakresie zakładanej poprawy w spożyciu owoców i przetworów. W 2003 r. przekroczyło ono 54 kg na 1 mieszkańca i było o 1/3 wyższe w stosunku do 1995 r., stanowiąc następstwo tendencji wzrostowej, obejmującej większość lat rozpatrywanego okresu.
7. Podobnie jak w latach poprzednich, brak było, zakładanej tendencji wzrostowej w spożyciu przetworów zbożowych, ziemniaków, warzyw, a także nasion roślin strączkowych.
8. Niekorzystnym zjawiskiem, w kontekście efektów, oczekiwanych w 2005 r., jest spadek łącznego spożycia mleka i jego przetworów, choć nie był on znaczny. W 2003 r. spożycie wyniosło 181 l na 1 mieszkańca (mleko płynne+ przetwory z wyjątkiem masła, przeliczone na mleko płynne). Było to o 7% mniej w porównaniu z rokiem 1995. Spadek ten był przede wszystkim następstwem malejącej konsumpcji mleka płynnego, którego nie kompensował równoczesny wzrost spożycia napojów mlecznych i jogurtów oraz serów.
9. Zgodnie z oczekiwaniami obniża się spożycie soli kuchennej.
10. Spada odsetek szkół prowadzących żywienie dla uczniów.

W zakresie celu operacyjnego nr 3

Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu

1. W latach 1990-2003 wystąpiły pozytywne zmiany wśród codziennych palaczy tytoniu, ekspalaczy i nigdy niepalących. W większym zakresie zmiany te wystąpiły w populacji mężczyzn niż w populacji kobiet, jednak i wśród kobiet zmiany te odnotowano w młodszych grupach wiekowych i kohortach urodzeniowych z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych.
2. Z najważniejszych faktów w zakresie palenia tytoniu w Polsce w latach 1990-2003 należy wymienić:
 - zmniejszenie odsetka codziennie palących mężczyzn z 49,3% w latach 1990-1992 do 38,9% w latach 2002-2003, co oznacza proporcjonalnie 21-procentowy spadek w stosunku do początku lat dziewięćdziesiątych,
 - w całej populacji dorosłych (20+) kobiet częstość codziennego palenia pozostawała na niezmiennym poziomie ok. 25%. W latach 1990-2003 wystąpił jednak istotny wzrost odsetka kobiet, które zaprzestały palenia; z 7,6% do 11,5%.
3. Epidemiologiczna analiza umieralności na nowotwory złośliwe płuca pokazuje, że w ostatnich latach obserwuje się korzystne zmiany wskaźników tym zakresie. Zmiany te w niektórych grupach wiekowych rozpoczęły się już w latach osiemdziesiątych i były kontynuowane w kolejnych latach, w innych warstwach społecznych zmiany te rozpoczęły się lub nasiliły się w latach dziewięćdziesiątych. Odnotowane pozytywne zmiany dotyczą przede wszystkim spadku umieralności z powodu nowotworu złośliwego płuca.
4. Niestety, w ostatnich kilku latach obserwuje się również zahamowanie wielu ww. pozytywnych zmian w postawach wobec palenia tytoniu w Polsce.

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

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

W zakresie celu operacyjnego nr 4

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

1. W referencyjnych latach 1994/95 spożycie rejestrowane wynosiło odpowiednio 6,5 i 6,3 litra etanolu na jednego mieszkańca i utrzymywało się w tych granicach do roku 2002. W roku 2003, w następstwie obniżki akcyzy na napoje spirytusowe, statystyki odnotowały 40% wzrost sprzedaży wódek. Wzrosła też o ponad 5% sprzedaż piwa. W rezultacie, konsumpcja rejestrowana zwiększyła się prawie o litr i po raz pierwszy od 15 lat przekroczyła poziom 7 litrów etanolu na jednego mieszkańca.
2. Spożycie rzeczywiste, uwzględniające zarówno dane rejestrowane przez statystyki sprzedaży jak i te, które wymykają się z oficjalnych rejestrów w roku 2003, zbliżyło się ponownie do pułapu z lat 1995/96 a więc do 11 litrów etanolu na jednego mieszkańca. Zatem oczekiwany w NPZ efekt zmniejszenia konsumpcji o 10% nie zostanie osiągnięty.
3. W porównaniu z referencyjnymi latami 1994-95 udział napojów wysokoprocentowych w strukturze spożycia rejestrowanego jest mniejszy o ponad 20 punktów procentowych a w spożyciu rzeczywistym o 10-15 punktów. Założony w NPZ efekt jest bliski osiągnięcia.
4. Wbrew oczekiwanym efektom, można szacować, że ilość alkoholu spożywanego przez młodzież znacznie wzrosła. Z badań prowadzonych regularnie przez CBOS w najstarszych klasach szkół średnich wynika, że odsetek młodych ludzi pijących piwo przynajmniej raz w miesiącu w roku 2003 zwiększył się w porównaniu z latami referencyjnymi z 60% do 85%, pijących wino z 41% do 56% a pijących wódkę z 47% do 71%.

W zakresie celu operacyjnego nr 5

Ograniczanie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych

1. W zakresie ograniczania popytu na narkotyki odnotować trzeba pierwsze zwiastuny szansy na sukces – spadek tempa wzrostu lub stabilizacja eksperymentowania z narkotykami wśród gimnazjalistów.
2. W zakresie ograniczania szkód obserwujemy zauważalne efekty – stabilizacja wskaźników najbardziej dramatycznych szkód zdrowotnych (zgony z powodu przedawkowania, zakażenia HIV wśród osób używających narkotyków w zastrzykach).
3. W zakresie ograniczania podaży brak jakichkolwiek oznak sukcesu – wręcz przeciwnie dostępność narkotyków rośnie.

W zakresie celu operacyjnego nr 6

Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia

1. Edukacja zdrowotna została włączona do programów szkolnych we wszystkich typach szkół tj. szkołach podstawowych, gimnazjach, liceach i szkołach zawodowych.
2. Mimo upowszechnienia edukacji zdrowotnej, zachowania dzieci i młodzieży w sferze zdrowia są niezadowalające i wskazują na potrzebę z jednej strony dalszej intensyfikacji edukacji, z drugiej strony innych działań z zakresu promocji zdrowia, przede wszystkim tych wyrównujących szanse dzieci i młodzieży szczególnie narażonej na utratę zdrowia z przyczyn społeczno-ekonomicznych.
3. Ma miejsce stały wzrost zaangażowania mediów w edukację zdrowotną. Nastąpiła także wyraźna zmiana w podejściu do sposobu prezentowania w mediach problemów zdrowotnych polegająca na rosnącym udziale zagadnień związanych z promocją zdrowia i profilaktyką.
4. Wprowadzone w 2004 roku zmiany legislacyjne (nałożenie na władze publiczne sprecyzowanych zadań wspartych finansowaniem; reaktywacja w szkołach opieki profilaktycznej i przedlekarskiej) dają realne szanse zwiększenia zaplecza instytucjonalnego dla promocji zdrowia i profilaktyki. Nadal jednak zarówno w sektorze zdrowia, jak i poza tym sektorem, potrzeba budowy wielosektorowej infrastruktury dla promocji zdrowia nie jest wystarczająco doceniana.
5. Nastąpił znaczący przyrost kadr dla promocji zdrowia, a wprowadzone zmiany legislacyjne gwarantują dalszy jej rozwój. Problemem do rozwiązania pozostaje kwestia oceny jakości kadr.
6. Stwierdzono istotny wkład sektora non-profit w działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji.
7. Nastąpił, choć niewystarczający, rozwój programów środowiskowych realizowanych przez podmioty działające w formie sieci oraz posiadających własne ośrodki koordynacyjne, takie jak Program Szkoły Promującej Zdrowie, Program Zdrowych Miast, Program Szpitali Promujących Zdrowie czy Program Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. W obecnym stadium powyższe programy należy traktować przede wszystkim jako inicjatywy wzorcowe oraz poligony wdrażania nowatorskich rozwiązań z zakresu współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej na rzecz zdrowia. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na to, że osiągnięcie do końca 2005 założonej w NPZ liczby 3000 szkół w sieci szkół promujących zdrowie nie będzie niemożliwe. Ze względu na postępujący proces polaryzacji polskiego społeczeństwa z rosnącą sferą ubóstwa, działania z zakresu promocji zdrowia, w tym edukacji zdrowotnej, powinny uwzględniać w sposób szczególny zaspokojenie potrzeb zdrowotnych osób najbardziej narażonych na utratę zdrowia z przyczyn społeczno-ekonomicznych.

W zakresie celu operacyjnego nr 7

Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych.

1. Oczekiwano, że do 2005 r. zmniejszy się częstość występowania zaburzeń psychicznych. Jednak odnotowane tendencje są zupełnie inne. Można mówić o zwiększonym występowaniu zaburzeń psychicznych, wzrosły wskaźniki zapadalności i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Między latami 1998-2002

wzrastała liczba leczących się osób w opiece ambulatoryjnej i całodobowej. Rosła również systematycznie liczba pacjentów zarejestrowanych po raz pierwszy.

2. Zmiana na lepsze odnotowana w 2003 r. to: a) zmniejszenie się wskaźnika zaburzeń alkoholowych i spowodowanych środkami psychoaktywnymi w lecznictwie ambulatoryjnym b) zmniejszenie się (po raz pierwszy od kilku lat) wskaźnika hospitalizacji z powodu zaburzeń afektywnych, c) ustabilizowanie (brak zmiany) wskaźników rozpowszechnienia hospitalizacji spowodowanych schizofrenią, innymi psychozami oraz zaburzeniami nerwicowymi, d) zmniejszenie się wskaźnika samobójstw.
3. Nierównomierne rozmieszczenie terytorialne zakładów psychiatrycznych powoduje znaczne zróżnicowanie ich dostępności w poszczególnych województwach. Z punktu widzenia oczekiwanych zmian – korzystne było systematyczne zmniejszanie łóżek w szpitalach psychiatrycznych. Niestety, nie towarzyszy temu procesowi rozwój środowiskowych form opieki (prawdopodobnie z powodów finansowych).

W zakresie celu operacyjnego nr 8

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

1. Mimo zarysowanej tendencji spadkowej stężenia podstawowych zanieczyszczeń w ostatnich latach w dalszym ciągu notowane są na terenie niektórych miast i uzdrowisk stężenia przekraczające wartości dopuszczalne, zarówno dla stężeń średniodobowych jak i średniorocznych.
2. W świetle krajowych standardów jakości powietrza najpoważniejszy problem aerosanitarny stwarzają takie zanieczyszczenia jak pył zawieszony, benzo-a-piren, fenol i formaldehyd.
3. Słabo rozpoznano problem zanieczyszczenia powietrza aglomeracji miejskich ozonem. Dane pochodzące z innych sieci monitoringowych wskazują na występowanie wielkoskalowych epizodów występowania stężeń przekraczających wartości dopuszczalne.
4. Sieć monitoringu zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej wymaga pilnej modernizacji w celu dostosowania badań monitoringowych do wymogów określonych zarówno w przepisach krajowych jak i unijnych. Szczególnie pilne staje się wdrożenie na szeroką skalę pomiarów stężenia frakcji PM10 pyłu.
5. W celu poprawy jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi niezbędna jest modernizacja wodociągowych systemów dystrybucji wody, modernizacja i budowa stacji uzdatniania wody w około 5100 wodociągach a także rozwój systemu monitoringu jakości wody do picia dostarczanej konsumentom.

W zakresie celu operacyjnego nr 9

Poprawa stanu sanitarnego kraju

1. W latach 1995-2003 nastąpiła korzystna zmiana w zakresie struktury sieci wodociągowej, wynikająca z redukcji wielu wodociągów małych nieodpowiadających wymogom i zwiększenia sieci zbiorowego zaopatrzenia w wodę dostarczającej wodę dobrą jakościowo.
2. Obserwuje się brak poprawy jakości wody w studniach publicznych.
3. W ostatnich latach nastąpiła poprawa stanu sanitarnego i technicznego wysypisk i wylewisk i w 2003 r. stwierdzono 9,9% obiektów o złym stanie sanitarnym.
4. Odnotowuje się stałą i istotną poprawę stanu sanitarnego ustępów publicznych – z 10% obiektów o złym stanie w 2000 r. do 3,3% w 2003 r. Za niewystarczającą należy uznać

- jednak liczbę ustępów, szczególnie na terenach wypoczynkowych i rekreacyjnych.
5. Następuje systematyczna poprawa stanu sanitarnego obiektów szkolnych w zakresie skanalizowania i doprowadzenia wodociągu, zwłaszcza w szkołach podstawowych filialnych, gdzie występowała najmniej korzystna sytuacja. Spada odsetek szkół prowadzących żywienie. Jednocześnie tam, gdzie jest ono prowadzone, obniża się odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym.
 6. Stan sanitarny zakładów lecznictwa ambulatoryjnego uległ znacznej poprawie z 13% o złym stanie sanitarnym w 1998 r. do 2,1% w 2003 r. Szczególnie znacząca poprawa dokonała się w przypadku praktyk lekarskich, gdzie odsetek placówek o złym stanie sanitarnym w 2003 r. wyniósł jedynie 0,18%.
 7. Stale niezadowolający jest stan sanitarny szpitali, przy czym odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym w latach 2002-2003 ustabilizował się na poziomie 12,2%.
 8. Poprawia się systematycznie stan sanitarny obiektów żywności i żywienia z 20% obiektów o złym stanie sanitarnym do 10,2% w 2003 r. W niektórych grupach obiektów żywności i żywienia, takich jak: targowiska, zakłady garmażeryjne i zakłady zbożowo-młynarskie utrzymuje się jednak wysoki, przekraczający 20%, odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym.

W zakresie celu operacyjnego nr 10

Zmniejszenie liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych

1. Liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych w 2003 roku zmniejszyła się w stosunku do 1996 roku o 18,7%, a więc jest bliska wyznaczonego poziomu i być może zbliży się jeszcze bardziej w 2005 roku do 20%.
2. Zgodnie z oczekiwaniami realizacja 10 celu NPZ ma doprowadzić do zmniejszenia w stosunku do 1995 r. liczby wypadków przy pracy o 50%. W okresie od 1995 do 2003 roku doszło do zmniejszenia tego rodzaju wypadków o 23,9%, nie osiągnięto więc poziomu 50%.

W zakresie celu operacyjnego nr 11

Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia

1. Na przełomie lat 1998 - 2003 nastąpiła znaczna poprawa w organizacji i wyposażeniu karetek „R” i „W”. Obecnie na 100 000 mieszkańców przypada ok. 1.15 karetek „R” i 1.81 karetek „W”.
2. Wskaźnik kwalifikacji lekarzy w pomocy doraźnej nie uległ wyraźnej poprawie od 2000 r. W roku 2003 blisko 40% zatrudnionych w pomocy doraźnej lekarzy nie posiadało wymaganych kwalifikacji formalnych.
3. Od roku 1998 widać systematyczny postęp w racjonalnym wykorzystaniu pogotowia ratunkowego. Obecnie na 100 wyjazdów 70 dotyczy stanów nagłych.
4. Od roku 2000 pogarsza się skuteczność reanimacyjna pomocy doraźnej. Wskaźnik skuteczności reanimacyjnej za rok 2003 wynosi ok. 43%, co oznacza, że ponad 50% reanimacji było nieskutecznych.
5. Średni czas dojazdu karetek do zachorowań nagłych i wypadków wynosi poniżej postulowanych w roku 2005 - 15 minut. W wyjazdach do zachorowań nagłych jest to 11 min. 24 sek., zaś w wyjazdach do wypadków nieco poniżej 10 min.
6. W dalszym ciągu zbyt długi jest czas od momentu wezwania karetki do czasu jej wyekspediowania. Za rok 2003 wynosi on 2 min. 18 sek. i nie uległ widocznej poprawie od roku 2000. Czas ten powinien wynosić poniżej 1 minuty.

7. Poprawa w organizacji i wyposażeniu karetki „R” i „W” oraz optymalne wskaźniki wykorzystania tych karetek w ciągu doby powinny procentować systematyczną poprawę skuteczności reanimacyjnej a tak niestety nie jest.

W zakresie celu operacyjnego nr 13

Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała

1. Zgodnie z założonym docelowym poziomem częstości wcześniactwa i małej masy urodzeniowej, poziom tych wskaźników powinien wynosić w 2005 r. –5%. Osiągnięcie tego efektu w założonym terminie, wobec braku poprawy w zakresie jakości opieki w czasie ciąży, ograniczenia nałogu palenia tytoniu przez kobiety i warunków życia ludności, zwłaszcza w wieku największej zdolności prokreacyjnej, nie jest możliwe.
2. Osiągnięcie oczekiwanego efektu w zakresie umieralności okołoporodowej, określonego w znowelizowanej wersji NPZ na 8 zgonów na 1000 urodzeń w 2005 r. jest możliwe, o ile utrzyma się tempo spadku tej umieralności, przynajmniej takie, jak w ostatnich latach (według wersji pierwotnej NPZ na lata 1996-2005, efekt ten – określony na 11 zgonów na 1000 urodzeń w 2005 r. został już osiągnięty).
3. Według szacunków Zakładu Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, w 2004 r. współczynnik umieralności niemowląt wyniósł około 6,8 zgonów na 1000 urodzeń żywych, co oznacza dalsze zahamowanie jego tempa spadku. Jeżeli sytuacja nie ulegnie poprawie, osiągnięcie oczekiwanej korzyści zdrowotnej określonej w znowelizowanej wersji NPZ na 6 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 2005 r. jest poważnie zagrożone (według wersji pierwotnej NPZ na lata 1996-2005, korzyść ta – określona na 8 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 2005 r. została już uzyskana).

W zakresie celu operacyjnego nr 14

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

1. Do poprawy sytuacji w dziedzinie profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia w Polsce w latach 2004-2005 powinien przyczynić się Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003-2005 (POLKARD). Głównym celem Programu jest utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce, co najmniej na poziomie obserwowanym w latach 1990-2000. Do 2012 roku redukcja umieralności u osób u osób poniżej 65 roku życia powinna przekroczyć 30% tj. tempo spadku umieralności z powodu CHUK powinno utrzymać się na poziomie ok. 3% rocznie..

W zakresie celu operacyjnego nr 15

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

1. Sukcesem, w dużym stopniu związanym z realizacją celu 15 NPZ było ustanowienie Programu Zwalczania Nowotworów Złośliwych u Kobiet w Polsce, który zaowocował utworzeniem 5 wzorcowych ośrodków badań przesiewowych raka piersi i 5 ośrodków raka szyjki macicy.

2. Stałe działania oświatowo-zdrowotne, szkolenia i wzrost liczby kobiet badanych mammograficznie w ciągu roku do 500.000 (lata 1999-2000), spowodowały zatrzymanie, a nawet obniżenie liczby zgonów i współczynników umieralności z powodu raka piersi.
3. Obserwuje się niewielkie obniżenie współczynników standaryzowanych zachorowalności i stabilizację współczynników umieralności. Nie stwierdzono też poprawy stadiów zaawansowania w 2002 r. w porównaniu z 1996 r.
4. Przyczyną braku efektów w zwalczaniu raka szyjki macicy jest nadal mały odsetek kobiet objętych populacyjnym aktywnym skryningiem cytologicznym (ok. 20% populacji w wieku 30-59 lat).

W zakresie celu operacyjnego nr 16

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

1. Okres 1978-2002 charakteryzował się dwukrotnym wzrostem osób niepełnosprawnych ogółem – 219,6%, 216,3% wśród mężczyzn i 222,4% wśród kobiet.
2. Sprawą bardzo niepokojącą jest szczególnie znaczący wzrost osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Wskaźnik dynamiki wyniósł 353,3 - świadczy to niewątpliwie o wadze zagadnienia i konieczności pogłębionych badań nad jego przyczynami.
3. Osoby niepełnosprawne w Polsce charakteryzują się wyjątkowo niską aktywnością zawodową i co najważniejsze badany okres międzypisowy wskazuje na znaczny regres tego wskaźnika, kształtującego się na poziomie jednej trzeciej danych dla ogółu ludności.

W zakresie celu operacyjnego nr 17

Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym

1. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce ocenia się jako korzystną i stabilną.
2. Pozytywne rezultaty osiągnięto głównie dzięki konsekwentnej realizacji programów zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, w tym programów eradykacji bądź eliminacji chorób.
3. W najbliższych latach oczekuje się poprawy sytuacji epidemiologicznej dwu chorób wieku dziecięcego - krztuśca i świnki, w związku z rozszerzeniem i modyfikacją programu szczepień ochronnych.
4. W zwalczaniu chorób zakaźnych i zapobieganiu im wskazane jest szersze korzystanie z programów lokalnych, uwzględniających terytorialne zróżnicowanie zagrożeń, warunków i sytuacji epidemiologicznej poszczególnych chorób.
5. Zagrożenia nowymi i powracającymi chorobami wymagają - niezależnie od prowadzonego monitoringu - przygotowania oryginalnych lub dostosowania istniejących programów prewencyjnych.
6. Zagrożenie bioterroryzmem stawia nowe zadania w zakresie szybkiej diagnostyki, ochrony i możliwości leczenia znacznych grup populacji, oraz w zakresie organizacji przepływu informacji o zagrożeniach.
7. Konieczne jest wzmocnienie specjalistycznego, merytorycznego nadzoru nad pracą terenowych placówek nadzoru epidemiologicznego.
8. Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym wymaga stworzenia mechanizmów systemowych skutecznie przeciwdziałających zmniejszaniu się zakresu badań laboratoryjnych wykonywanych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego.

9. Jednym z podstawowych problemów systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Polsce jest w chwili obecnej pogarszająca się czułość tego systemu i brak klarownych i spójnych przepisów prawnych regulujących jego działanie.

W zakresie celu operacyjnego nr 18

Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych³⁰

1. Badania indeksowej grupy wiekowej – młodzieży w wieku lat 18 przeprowadzone w roku 2004 potwierdziły tendencję spadkową zarówno próchnicy jak i chorób przyzębia u młodzieży.
2. Różnice między regionami w nasileniu próchnicy i chorób przyzębia u dzieci i młodzieży sięgają 90%.
3. Podsumowując część opracowania, która dotyczy stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci i młodzieży oraz korzyści zdrowotnych, wynikających z realizacji Celu Operacyjnego 18 Narodowego Programu Zdrowia należy podkreślić, że mimo uzyskanej poprawy części wskaźników i zrealizowania części zadań ujętych w NPZ stan zdrowotny jamy ustnej dzieci i młodzieży w kraju jest daleki od satysfakcjonującego.

³⁰ Dane zawarte w punktach pochodzą z Ogólnokrajowego Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej i jego Uwarunkowań. Polska 2004 Ministerstwo Zdrowia

Tabela wybranych docelowych wskaźników efektów zdrowotnych w roku 2015 (tabela zostanie rozszerzona i skorygowana przez koordynatorów poszczególnych celów po rozpoczęciu pracy Zespołu Koordynującego NPZ)

Cel strategiczny	Oczekiwany efekt zdrowotny	Wskaźnik	Oczekiwana zmiana wskaźnika w stosunku do bazowego roku 2005
1.Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.	<ul style="list-style-type: none"> Zmniejszenie umieralności u osób poniżej 65 roku życia 	Odsetek kobiet i mężczyzn umierających przed 64 rokiem życia	<ul style="list-style-type: none"> Zmniejszenie odsetka kobiet umierających przed 64 rokiem życia o 7 % Zmniejszenie odsetka mężczyzn umierających przed 64 rokiem życia o 20 %
	<ul style="list-style-type: none"> Uzyskanie, u co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru, i utrzymują samodzielność wykonywania podstawowych czynności życia codziennego 	Odsetek chorych, którzy według oceny Rankin otrzymali poniżej 3 punktów	<ul style="list-style-type: none"> Wzrost odsetka chorych otrzymujących poniżej 3 punktów według oceny Rankin z 45% do 70%
2.Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.	<ul style="list-style-type: none"> Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów ogółem 	Liczba zgonów z powodu nowotworów ogółem	<ul style="list-style-type: none"> Spadek współczynnika zgonów na 100 000 mieszkańców z powodu nowotworów o 15%
	<ul style="list-style-type: none"> Zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi i w stopniu znacznym raka szyjki macicy przez wprowadzenie na skalę populacyjną zorganizowanych badań przesiewowych mammograficznych i cytologicznych oraz wykorzystanie szczepionek przeciw wirusom brodawczaka 	<p>Liczba zgonów z powodu nowotworu sutka</p> <p>Liczba zgonów z powodu raka szyjki macicy</p>	<ul style="list-style-type: none"> Spadek współczynnika zgonów na 100 000 mieszkańców z powodu raka piersi o 15% Spadek liczby zgonów z powodu raka szyjki macicy z 2000 do 500 (o 75%)
3.Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków	<ul style="list-style-type: none"> Zmniejszenie odsetka ofiar śmiertelnych wskutek urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych 	Liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych	<ul style="list-style-type: none"> Spadek liczby ofiar śmiertelnych w wypadkach samochodowych o z 5600 do liczby 2600 w roku 2015 (o 54%)

<p>i ograniczenie ich skutków</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków przy pracy do połowy stanu z 2005 roku 	<p>Liczba wypadków powstałych przy pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spadek liczby wypadków pracy z 84 402 w roku 2005 do 42 200 w roku 2015 (o 50%)
<p>4.Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zmniejszenie zapadalności i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, w tym liczby samobójstw 	<p>Liczba osób korzystających z różnych form opieki psychologicznej i psychiatrycznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zmniejszenie o 15% liczby osób korzystających z różnych form opieki psychologicznej i psychiatrycznej
	<ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzanie programów promocji zdrowia psychicznego i programów zapobiegania zaburzeniom psychicznym w środowisku szkolnym, w pracy i dla grup ryzyka (bezrobotni, zagrożeni samobójstwem, ludzie w podeszłym wieku) 	<p>Liczba programów promocji zdrowia psychicznego</p> <p>Liczba instytucji realizujących programy promocji zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie o 50% liczby programów i liczby instytucji realizujących programy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki
	<ul style="list-style-type: none"> • Promowanie zdrowia psychicznego poprzez dostarczanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do prawidłowego psychospołecznego rozwoju dzieci i młodzieży oraz rozwiązywania problemów życiowych; kształtowanie zachowań korzystnych dla zdrowia psychicznego 	<p>Odsetek powiatów, w których istnieją centra zdrowia psychicznego i zespoły opieki środowiskowej</p> <p>Liczba miejsc pracy dla osób przewlekle chorych psychicznie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stworzenie centrów zdrowia psychicznego i zespołów opieki środowiskowej w 50% powiatów • Zwiększenie o 50% liczby miejsc pracy dla osób przewlekle chorych

		Liczba mieszkań chronionych	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie o 50% liczby mieszkań chronionych
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenia i wyrównania dostępności do usług rehabilitacyjnych 	Liczba przyznanych rent rocznie z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów (kod ICD 10-M05, M06).	<ul style="list-style-type: none"> • Spadek rocznej liczby orzekanych rent z 750 do liczby 400 (reumatoidalne zapalenie stawów zostało potraktowane wskaźnikowo dla wszystkich chorób reumatycznych)
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego	<ul style="list-style-type: none"> • Zmniejszenie umieralności z powodu POChP 	Liczba zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc	<ul style="list-style-type: none"> • Obniżenie liczby zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z 2750 do 2000 rocznie (o 27%)
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom	<ul style="list-style-type: none"> • Zmniejszenie liczby zatruc pokarmowych i zakażeń żołądkowo-jelitowych wywołanych przez czynniki biologiczne 	<p>Współczynniki zapadalności na wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe</p> <p>Zapadalność dzieci do lat 2 na biegunki o nieokreślonej etiologii</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utrzymanie współczynnika zapadalności na wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe • Zapadalność dzieci do lat 2 na biegunki o nieokreślonej etiologii zmniejszy się o 25%

	<ul style="list-style-type: none"> Zmniejszenie zapadalności na choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek, ze szczególnym uwzględnieniem WZW typu C i HIV Zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia 	<p>Częstość wykrywania nowych zakażeń HIV</p> <p>Liczba chorób, przeciwko którym prowadzone są masowe, obowiązkowe szczepienia</p> <p>Odsetek osób zaszczepionych terminowo w ramach powszechnych, obowiązkowych szczepień przewidzianych Programem Szczepień Ochronnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> Częstość wykrywania nowych zakażeń HIV (z wyłączeniem krwiodawców) zmniejszy się o 20% Liczba chorób, przeciwko którym prowadzone są masowe, obowiązkowe szczepienia zwiększy się, co najmniej o dwie choroby Odsetek osób zaszczepionych terminowo w ramach powszechnych, obowiązkowych szczepień przewidzianych Programem Szczepień Ochronnych - powyżej 95% w skali całego kraju; powyżej 90% w każdym województwie
	<ul style="list-style-type: none"> Poprawa sytuacji w skali kraju w zakresie zakażeń szpitalnych 	<p>Procentowy udział przypadków chorób potwierdzonych laboratoryjnie w ogólnej liczbie rejestrowanych zachorowań zakaźnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> Procentowy udział potwierdzonych laboratoryjnie przypadków chorób zakaźnych w ogólnej liczbie rejestrowanych zachorowań - powyżej 50%

8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji	<ul style="list-style-type: none">• Osiągnięcie pełnego dostępu pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - przyjęcie w dniu zgłoszenia	Średnia długość życia	<ul style="list-style-type: none">• Zwiększenie długości życia w województwach o najniższej średniej długości życia o 2 lata wśród mężczyzn i o 1 rok wśród kobiet
	<ul style="list-style-type: none">• Wypracowanie w ramach POZ mechanizmu opieki zdrowotnej ukierunkowanej na grupy zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym		