



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.4621.31.2024

Druk nr 1657
Warszawa, 19 sierpnia 2025 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

- Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2022 i 2023.

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Ministra Zdrowia do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

Z wyrazami szacunku

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2022 i 2023

opracowana zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu
publicznym
(Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.)

Ministerstwo Zdrowia
Warszawa, lipiec 2025 r.

Spis treści:

Wprowadzenie	3
Podsumowanie najważniejszych informacji zawartych w sprawozdaniu za lata 2022–2023.....	3
Rozdział 1	7
Struktury zdrowia publicznego.....	7
1.1 Administracja rządowa	8
1.2 Jednostki samorządu terytorialnego (JST)	8
1.3 Jednostki naukowo-badawcze i gremia opiniodawczo-doradcze	10
Rozdział 2	10
Realizacja zadań wynikających z ustawy.....	10
2.1 Świadczenia zdrowia publicznego.....	14
Działania JST	14
Działania administracji rządowej	32
Ministerstwo Zdrowia	32
Działalność innych ministerstw	51
Państwowa Inspekcja Sanitarna.....	65
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).....	66
Podejmowanie tematyki zdrowia publicznego w mediach publicznych	70
Ocena zgodności podejmowanych interwencji z zakresu zdrowia publicznego z Krajowym i Wojewódzkimi Planami Transformacji.....	73
2.2 Monitorowanie i ocena sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz jej uwarunkowań	73
2.3 Funkcje koordynacyjne i wspierające.....	77
Współpraca międzynarodowa.....	79
Rozdział 3	80
Wskaźniki zdrowotne populacji Rzeczypospolitej Polskiej	80
Przegląd najważniejszych wskaźników	80
Rozdział 4	105
Porównanie z okresem sprawozdawczym za lata 2020 i 2021	105
Wnioski z realizacji ustawy w latach 2022–2023	107

Wprowadzenie

Niniejsze sprawozdanie zostało przygotowane na podstawie art. 12 ust. 8 i 10 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹⁾, zwanej dalej „ustawą”, „ustawą o zdrowiu publicznym” albo „UOZP”. Jest to czwarta informacja o aktywności administracji publicznej i jednostek z nią współpracujących w ramach ustawy i rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025²⁾, zwanego dalej „NPZ 2021–2025” – kluczowego aktu wykonawczego wydanego na jej podstawie. Informacje zawarte w sprawozdaniu zostały przygotowane w oparciu o dane zgromadzone od podmiotów włączonych w realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego – określonych w art. 3 ustawy. Sprawozdanie zostało podzielone na cztery części – w pierwszej wskazano struktury odpowiedzialne za realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, w drugiej procesy – działania zrealizowane lub podjęte w okresie objętym sprawozdaniem, w trzeciej efekty działań w kontekście sytuacji zdrowotnej ludności Rzeczypospolitej Polskiej, a w czwartej porównanie z ubiegłym okresem sprawozdawczym oraz wnioski i zalecenia wynikające z analizy podjętych i realizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Niniejsze sprawozdanie opracowane zostało na podstawie danych gromadzonych w systemie Profibaza. System Profibaza jest zarządzany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH – PIB). W ramach funkcjonowania i rozwijania systemu Profibaza NIZP PZH – PIB współpracuje z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Centrum e-Zdrowia, Głównym Inspektoratem Sanitarnym i Ministerstwem Zdrowia. Wyniki analiz zawartych w informacji pochodzą m.in. z analiz sprawozdań przedłożonych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) oraz organy administracji rządowej i państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze. Ze względu na nomenklaturę przyjętą w systemie Profibaza określenie „interwencja” należy rozumieć jako tożsame z pojęciem „zadanie” czyli zadanie z zakresu zdrowia publicznego (zgodnie z UOZP).

Podsumowanie najważniejszych informacji zawartych w sprawozdaniu za lata 2022–2023

W trakcie kolejnych dwóch lat funkcjonowania przepisów ustawy odnotowano poprawę sytuacji zdrowotnej ludności kraju. Niewątpliwie jest to skutek odbicia po pandemii COVID-19, która pojawiła się w Polsce w marcu 2020 r. Epidemia koronawirusa, następnie uznana przez WHO pandemią, spowodowała konieczność wprowadzenia ograniczeń niemal we wszystkich

¹⁾ Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.

²⁾ Dz. U. z 2021 r. poz. 642

obszarach funkcjonowania społeczeństw. Ograniczenia te spowodowały wiele zmian w stylu życia, sposobie żywienia i poziomie aktywności fizycznej społeczeństwa na całym świecie. Podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia publicznego jest konieczne. Jednak mogą one radykalnie zmienić codzienne nawyki, w tym również negatywnie wpłynąć na zachowania związane ze zdrowym stylem życia. Izolacja, kwarantanna, nauka i praca zdalna oraz pozostałe ograniczenia, nakazy i zakazy ustanawiane w związku z wystąpieniem stanu epidemii wpłynęły także na ograniczenie siatki relacji społecznych. Niewątpliwie niekorzystnie oddziaływało to na kondycję zdrowotną, a także komfort psychiczny populacji.

Porównanie wartości wskaźników populacyjnych pokazuje, iż pomiędzy 2021 r. a 2023 r. oczekiwana długość życia dla kobiet zwiększyła się, z 79,7 lat do 82 lat, zaś dla mężczyzn wzrosła o 2,9 lat (71,8 vs. 74,7)³⁾. Zaobserwowano spadek liczby osób poniżej granicy ubóstwa ustawowego o 2%⁴⁾. Poprawiająca się sytuacja gospodarstw domowych ma duży wpływ na warunki życia, zmianę zachowań zdrowotnych a tym samym na wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia. Wskaźnik ten nieznacznie wzrósł w 2022 r. w stosunku do 2020 r. z 63,3% do 64,%, przy jednoczesnym spadku wskaźnika złej samooceny z 10,3% do 9,5%. W 2023 r. liczba zgonów w wyniku samobójstw była nieznacznie większa niż w 2022 r. (5 108 w 2022 r. i 5 233 w 2023 r.)⁵⁾. Liczne działania i programy realizowane przez administrację rządową, samorządową oraz współpracujące z nimi organizacje społeczeństwa obywatelskiego mają potencjalny wpływ na zmianę struktury niektórych zachowań zdrowotnych – w 2023 r. zaobserwowano wzrost spożycia owoców o 0,13 kg⁶⁾ w porównaniu z 2022 r. Niezwykle istotna jest również aktywność sektora prywatnego – pracodawców, firm tworzących innowacyjne rozwiązania sprzyjające zdrowiu. Wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest poziom konsumpcji napojów alkoholowych, należy jednak odnotować fakt spadku spożycia w ostatnich dwóch latach o 0,44 litra (z 9,37 w 2022 r. do 8,93 litra w 2023 r.) 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca⁷⁾. Jednym z największych problemów zdrowia publicznego jest narastająca liczba osób z nadwagą i otyłością. Odsetek dzieci, u których stwierdzono nadmierną masę ciała, zwiększa się istotnie wraz z wiekiem i wynosi 27,6% wśród 7-latków, 32,5% wśród 8-latków i 34,8% wśród 9-latków. We wszystkich grupach wieku nadmiar masy ciała występuje częściej u chłopców niż dziewcząt. Analizując tendencje zmian między 2016 a 2021 r., zaobserwowano istotny statystycznie wzrost odsetka dzieci z nadmiarem masy ciała,

³⁾ Główny Urząd Statystyczny: [<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku,2,18.html#>] wg stanu na 29.10.2024 r.

⁴⁾ Główny Urząd Statystyczny [<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku,2,18.html#>] wg stanu na 29.10.2024 r.

⁵⁾ Komenda Główna Policji – Zamachy samobójcze od 2017 roku [<https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>] wg stanu na 05.11.2024 r.

⁶⁾ Główny Urząd Statystyczny – Dane dotyczące spożycia owoców i warzyw [<https://bdl.stat.gov.pl/BDL/metadata/cechy/2456?back=True#>] wg stanu na 05.11.2024 r.

⁷⁾ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom - Spożycie w litrach na jednego mieszkańca [<https://kcpc.gov.pl/wp-content/uploads/2023/09/Spozycie-napojow-alkoholowych-na-jednego-mieszkanca.pdf>] wg stanu na 14.11.2024 r.

przy czym wiązał się on głównie ze wzrostem częstości występowania otyłości, zarówno wśród dziewcząt jak i chłopców. Porównując wyniki w tym zakresie między badaniami prowadzonymi w 2021 r. oraz 2022/23, częstość występowania nadwagi i otyłości zmniejszyła się i również dotyczyło to przede wszystkim odsetka występowania otyłości wśród ośmiolatków. Wartości obwodu talii powyżej 90 centyla zaobserwowano u 23,5% 7-latków, 26,1% 8-latków i 29,2% 9-latków. Zbyt duży obwód bioder, przyjmujący wartości powyżej 90 centyla występuje u 18,7% 7-latków, 21,5% 8-latków i 23,6% 9-latków. Biorąc pod uwagę grupę 8-latków, trendy występowania podwyższonego skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi w latach 2016–22/23 wśród dzieci ośmioletnich wskazują na liniowy wzrost odsetka między 2016 a 2021 rokiem i stabilizację w 2022/23 roku⁸⁾. ⁹⁾. Priorytety te znalazły odzwierciedlenie w działaniach podejmowanych na podstawie ustawy.

W latach 2022–2023 sprawozdano ponad 56,5 tys. interwencji na rzecz poprawy zdrowia populacji. Realizowane było każde z 12 zadań określonych w art. 2 ustawy¹⁰⁾, tj.:

- 1) monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa,
- 2) edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych,
- 3) promocja zdrowia,
- 3a) kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych;
- 3b) zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień;
- 4) profilaktyka chorób,
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji,
- 6) analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- 7) inicjowanie i prowadzenie:

⁸⁾ Instytut Matki i Dziecka – Zdrowie dzieci we wczesnym wieku szkolnym 2024 r.

⁹⁾ Instytut Matki i Dziecka – Zdrowie uczniów w 2020 roku na tle nowego modelu badań HBSC [<https://imid.med.pl/pl/aktualnosci/jakie-sa-polskie-nastolatki-raport-hbcs-2020>] wg stanu na 08.11.2024 r.

¹⁰⁾ W brzmieniu nadanym ustawą z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (2021 r. poz. 2469).

- a) działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
- b) współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych,
- 10) działania w obszarze aktywności fizycznej.

– przy czym należy zauważyć, że wiele interwencji z zakresu zdrowia publicznego wpisuje się w więcej niż jedną z powyższych kategorii zadań.

W ramach NPZ 2021–2025 w ostatnich dwóch latach zrealizowano 88% (nie zrealizowano 10 zadań) z 83 zadań określonych w tym programie. Działania JST stanowiły 48,3% wszystkich sprawozdanych interwencji – zostały one ocenione przez wojewodów jako zgodne z wojewódzkimi planami transformacji, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹⁾. Pozostała część zadań była realizowana przez administrację rządową. W latach 2022–2023 na realizację działań w ramach ustawy przeznaczono około 10,8 mld zł (z czego 5,1 mld w 2022 r. i 5,7 mld w 2023 r.).

Z uwagi na duże różnice w stanie zdrowia pomiędzy regionami oraz różnymi grupami społeczno-ekonomicznym,¹²⁾ a także z uwagi na gorsze wskaźniki zdrowotne w Rzeczypospolitej Polskiej w porównaniu do średnich wartości w Unii Europejskiej¹³⁾ wymagana jest dalsza intensyfikacja jednoczesnych działań na rzecz promowania zdrowia oraz ograniczania przyczyn powodujących powstawanie chorób i przyczyniających się do pogarszania jakości życia związanej ze zdrowiem. Nieustającym wyzwaniem jest również dalsze usprawnianie i koordynacja bardzo licznych działań instytucji publicznych, organizacji pozarządowych podejmowanych na rzecz zdrowia oraz angażowanie sektora prywatnego.

¹¹⁾ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.

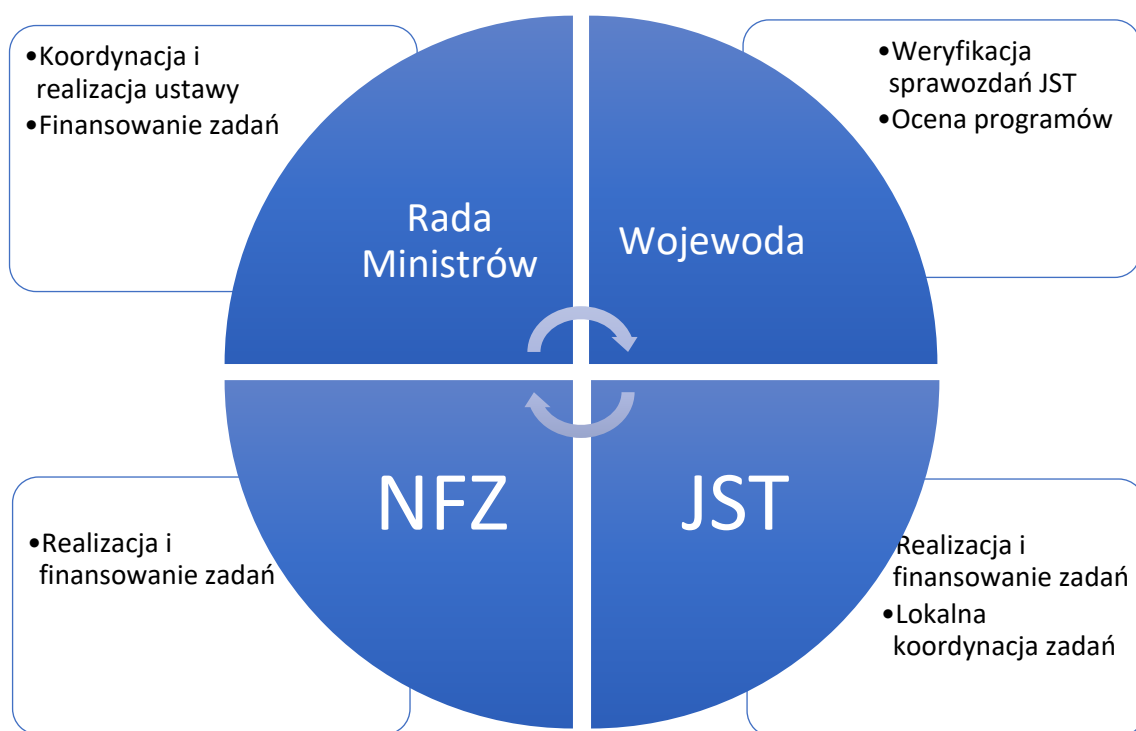
¹²⁾ Raport NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności”, 2022 [<https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>].

¹³⁾ Eurostat [https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en] wg stanu na 13.11.2024 r.

Rozdział 1

Struktury zdrowia publicznego

W pierwszym rozdziale przedstawione zostały instytucje uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zgodnie z przepisami ustawy w celu osiągnięcia poprawy stanu zdrowia społeczeństwa przewidywana jest ukierunkowana aktywność i współpraca administracji rządowej, samorządowej, organizacji pożytku publicznego oraz innych podmiotów, jeżeli ich cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą zadań z zakresu zdrowia publicznego. W praktyce do grona instytucji odpowiedzialnych za kształtowanie zdrowia należą organy administracji rządowej i samorządowej, wraz z instytucjami kontrolnymi i wykonawczymi oraz współpracujące z nimi organizacje społeczeństwa obywatelskiego. Wspierane są przez instytucje prowadzące działalność o charakterze naukowo-badawczym. W realizację tych zadań angażują się także inne podmioty gospodarcze – tu trzeba podkreślić rolę środowiska pracy. Zadania wynikające z ustawy są realizowane przez liczne podmioty we współpracy – każda instytucja zgodnie z kompetencjami oraz zadaniami określonymi w ustawie i NPZ. Poniżej przedstawiono podmioty realizujące zadania polegające na gromadzeniu informacji o sytuacji zdrowotnej, dostarczaniu świadczeń zdrowia publicznego oraz wspierających pozostałe jego funkcje.



Rysunek 1 – Podstawowe zadania administracji związane z realizacją ustawy.

1.1 Administracja rządowa

Koordinacja zadań wynikających z ustawy należy do administracji rządowej – przede wszystkim do ministra właściwego do spraw zdrowia. Większa część zadań określonych w ustawie leży w bezpośredniej kompetencji tego ministra lub może (i powinna) być realizowana z jego udziałem. Podstawowym wyznacznikiem dla realizacji polityki zdrowia publicznego jest założenie, że zdrowie powinno być obecne w większości polityk publicznych (a nawet we wszystkich politykach – zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia)¹⁴⁾. Możliwość realizacji tego postulatu jest zależna od rodzaju i zakresu danej polityki oraz możliwości znalezienia elementów wspólnych z działaniami różnych ministerstw. Szczegółowa informacja o aktywności Ministerstwa Zdrowia w zakresie koordynacji i realizacji zadań ustawowych została przedstawiona w rozdziale drugim.

W kształtowanie prozdrowotnej polityki publicznej są zaangażowane również inne ministerstwa, które wraz z jednostkami podległymi i nadzorowanymi realizują liczne zadania wynikające z ustawy, przy czym niektóre działania wymagają zaangażowania dwóch lub więcej ministerstw. Do wsparcia koordynacji i rozwiązywania ewentualnych problemów związanych z realizacją zadań wynikających z NPZ, zgodnie z art. 10 ustawy, utworzony został Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, w skład którego wchodzi wiceministrowie z ministerstw zaangażowanych bezpośrednio w realizację NPZ.

Niezwykle istotnym elementem systemu zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej jest Państwowa Inspekcja Sanitarna. Główny Inspektorat Sanitarny oraz wszystkie stacje sanitarno-epidemiologiczne realizują bardzo liczne zadania związane z ochroną i promocją zdrowia – zarówno w zakresie przeciwdziałania czynnikom środowiskowym negatywnie wpływającym na zdrowie ludzkie, zwalczania chorób zakaźnych u ludzi, nadzoru nad bezpieczeństwem żywności i żywienia, jak i w zakresie promocji zdrowia.

Liczne zadania z zakresu zdrowia publicznego są realizowane również przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Zadania te są przede wszystkim związane z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jednak NFZ prowadzi też działania edukacyjno-profilaktyczne.

1.2 Jednostki samorządu terytorialnego (JST)

Poprawa sytuacji zdrowotnej społeczeństwa nie jest możliwa wyłącznie przez działania ministerstw czy struktur wykonawczych administracji rządowej. Istotą działań na rzecz zdrowia populacyjnego nie są (i nie powinny być – zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej)

¹⁴⁾ Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. WHO 2014 r. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf?sequence=1].

działania polegające jedynie na usprawnieniu organizacji systemu opieki zdrowotnej i podniesieniu poziomu jego finansowania. Udoskonalanie systemu opieki zdrowotnej jest bardzo istotnym elementem polityki zdrowotnej rządu, jednakże w perspektywie zdrowia publicznego najważniejsze jest ukierunkowanie działań na promowanie zdrowia, przez odpowiednią politykę lokalną, regionalną i centralną oraz tworzenie środowisk umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia – w miejscu pracy, zamieszkania, nauki czy rekreacji. Działania te, wspierane przez odpowiednio zorganizowaną profilaktykę kierowaną do ogółu społeczeństwa czy osób ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia danego problemu zdrowotnego lub z już zdiagnozowaną jednostką chorobową są niezbędne do poprawy zdrowia w ujęciu całego społeczeństwa a nie poszczególnych osób. JST w szczególności gminy powinny być podstawą modelu organizacyjnego systemu zdrowia publicznego. Znaczący odsetek JST (gmin, powiatów oraz województw) sprawozdał co najmniej jedno zadanie z zakresu zdrowia publicznego – łącznie udział ten wyniósł ponad 81%.

Aktualnie struktura realizowanych działań prozdrowotnych jest bardzo często nieadekwatna do lokalnej sytuacji zdrowotnej i jej uwarunkowań. Podejmowane działania prozdrowotne w danej JST powinny być zgodne z sytuacją zdrowotną na tym obszarze. Zasadne jest także, by JST uwzględniały w działaniach profilaktycznych wspólne dla wskazanych chorób czynniki ryzyka i czynniki chroniące. Istotne jest też zapewnienie spójności i ciągłości pomiędzy działaniami promującymi zdrowie oraz profilaktycznymi (I–IV stopnia) a działaniami medycyny naprawczej. Ponadto powinny być realizowane działania umożliwiające dokonywanie wyborów prozdrowotnych przez ludność, co podkreśla jej współodpowiedzialność za zdrowie. Zadaniem administracji samorządowej jest tworzenie warunków i zapewnienie świadczeń (nie tylko zdrowotnych) ułatwiających podejmowanie działań pozwalających utrzymać i poprawić zdrowie. Biorąc pod uwagę bardzo dużą liczbę podejmowanych inicjatyw, ich zasięg terytorialny oraz przeznaczane środki finansowe, przy jednoczesnym niezadowalającym dostosowaniu tych zadań do potrzeb zdrowotnych populacji, konieczne jest podnoszenie jakości planowanych, prozdrowotnych polityk publicznych, a także tworzenie odpowiednich mechanizmów zarządczych/koordynacyjnych. Aby zapewnić wysoki poziom zdrowia populacji, niezbędne jest skoordynowanie sposobu i zakresu realizowanych działań profilaktycznych na szczeblu lokalnym.

Ustawa wprowadziła nowy mechanizm współpracy merytorycznej pomiędzy działaniami administracji samorządowej a wojewodą. Polega przede wszystkim na corocznym gromadzeniu i ocenie sprawozdań z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, zgodnie z przepisami art. 12 ustawy. Wydaje się, że w dłuższej perspektywie współpraca ta powinna przyczynić się do lepszej koordynacji działań na poziomie regionalnym i lokalnym. Dodatkowo JST uzyskały możliwość wsparcia finansowego ze strony NFZ. Uzyskanie dofinansowania

zgodnie z obowiązującymi przepisami wymaga uzyskania pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz pozytywnej opinii wojewody. Zbiory danych dotyczące realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez JST oraz ocena tych zadań pod względem potrzeb społeczności lokalnych są dostępne w ramach systemu „Profibaza – cyfrowe udostępnienie informacji publicznej na temat sytuacji zdrowotnej ludności oraz realizacji programów zdrowotnych dla potrzeb profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Polsce”.

1.3 Jednostki naukowo-badawcze i gremia opiniodawczo-doradcze

Do wspierania działań administracji rządowej, prowadzenia ich zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej i możliwości konsultowania ich z przedstawicielami licznych instytucji najważniejszych z punktu widzenia zadań nałożonych ustawą wraz z wejściem w życie ustawy utworzona została Rada ds. zdrowia publicznego, która składa się z przedstawicieli instytucji określonych w art. 7. Z uwagi na bardzo szeroki zakres spraw dotyczących zdrowia publicznego przy Radzie powołano zespoły robocze do spraw:

- prewencji samobójstw i depresji,
- wpływu zanieczyszczenia powietrza na zdrowie,
- analizy i oceny wpływu polityk na społeczne nierówności w zdrowiu.

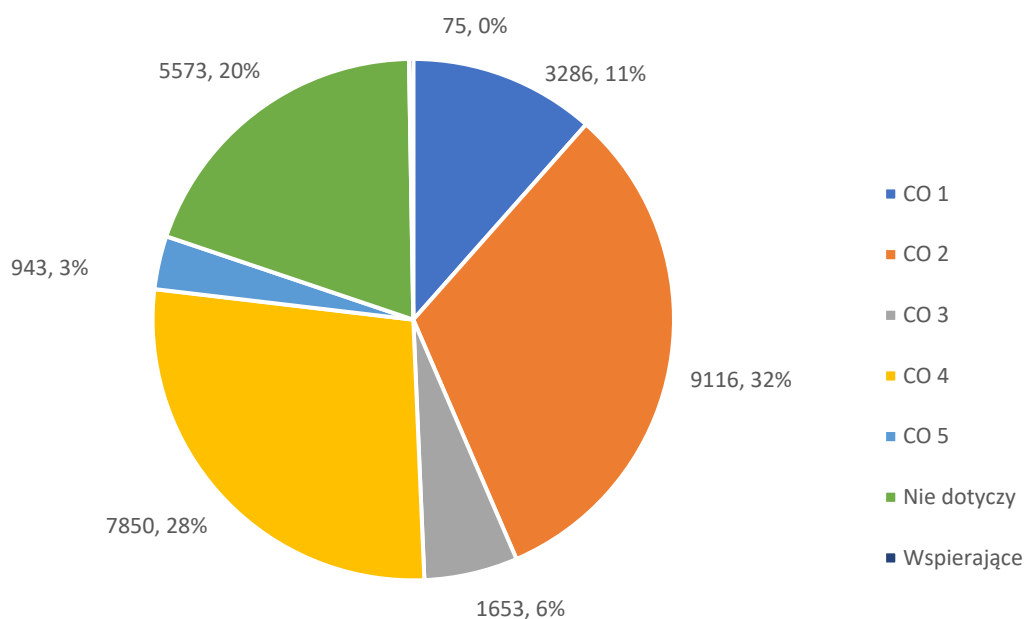
Ich aktywność polega zarówno na bieżącym wspieraniu Ministerstwa Zdrowia i innych ministerstw jak i na dużym bezpośrednim zaangażowaniu członków zespołów w rzecznictwo zdrowotne w różnych instytucjach. Prace zespołów przekładają się na wymierne zmiany w sposobie prowadzenia działalności przez instytucje istotne dla poszczególnych grup zagadnień – rezultaty prac opisano w dalszej części sprawozdania.

Dużą rolę wspierającą w prowadzeniu działań w oparciu o wiedzę naukową odgrywają, obok konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny, instytuty badawcze nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia – zarówno jako realizatorzy umów, jak i w ramach działalności statutowej.

Rozdział 2

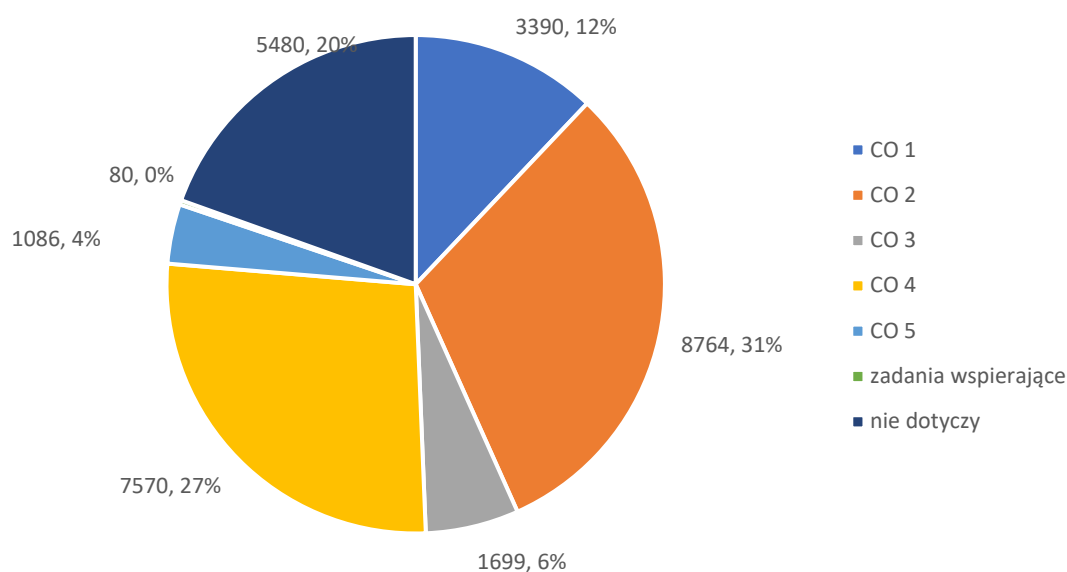
Realizacja zadań wynikających z ustawy

W niniejszym rozdziale przedstawione zostały informacje o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w 2022 r. – łącznie, a następnie z podziałem na grupy realizatorów. W 2022 r. sprawozdano realizację łącznie 28 496 interwencji, z czego największa część dotyczyła spraw związanych z uzależnieniami – zgodnie z poniższym wykresem 1.



Wykres 1 – Liczba interwencji przyporządkowana w sprawozdaniach do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w 2022 r. ¹⁵⁾

W 2023 r. sprawozdano realizację łącznie 28 069 interwencji, z czego największa część dotyczyła spraw związanych z profilaktyką uzależnień – zgodnie z poniższym wykresem 2.

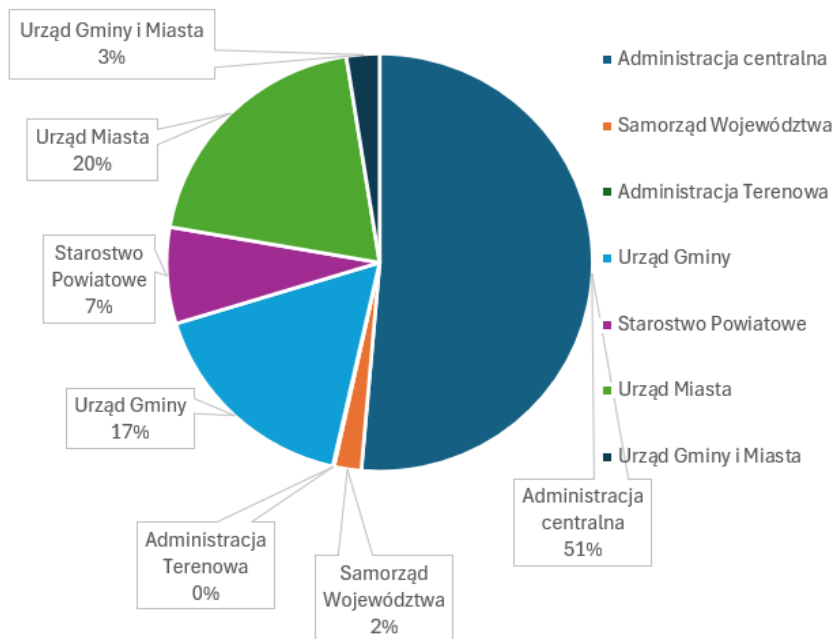


Wykres 2 – Liczba interwencji przyporządkowana w sprawozdaniach do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w 2023 r. ¹⁶⁾

¹⁵⁾ W dalszej części dokumentu używane są numery następujących celów operacyjnych NPZ dotyczące – 1. profilaktyki nadwagi i otyłości, 2. profilaktyki uzależnień, 3. promocji zdrowia psychicznego, 4. zdrowia środowiskowego i chorób zakaźnych, 5. wyzwań demograficznych.

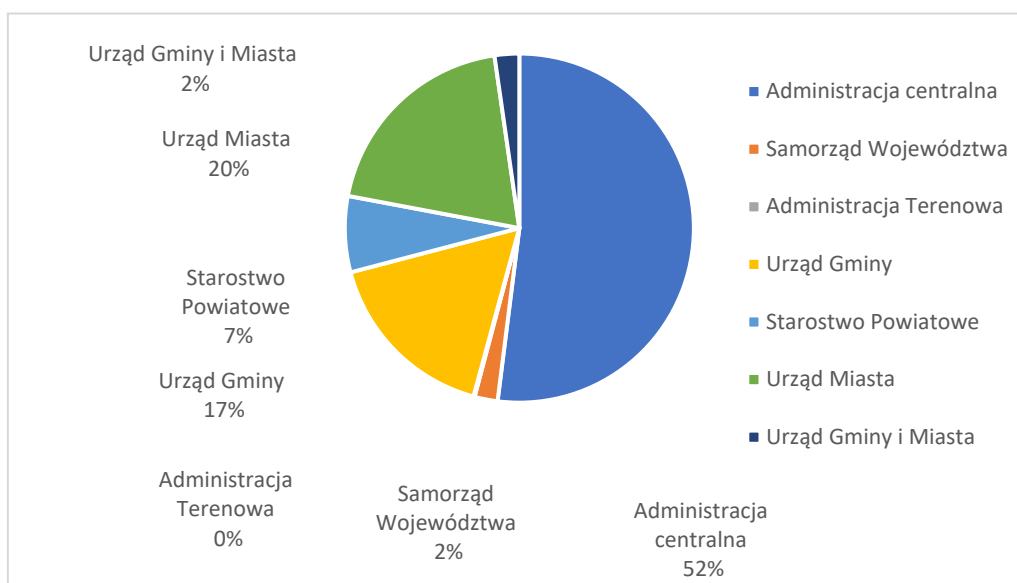
¹⁶⁾ W dalszej części dokumentu używane są numery następujących celów operacyjnych NPZ dotyczące – 1. profilaktyki nadwagi i otyłości, 2. profilaktyki uzależnień, 3. promocji zdrowia psychicznego, 4. zdrowia środowiskowego i chorób zakaźnych, 5. wyzwań demograficznych.

Największy udział w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w 2022 r. miała administracja centralna – około 51%. Około jedną piątą interwencji podjęły urzędy miast. Z kolei najmniejszą liczbę zadań realizowała administracja terenowa, było to 28 interwencji, co stanowi około 0,01% ogółu (wykres 3).



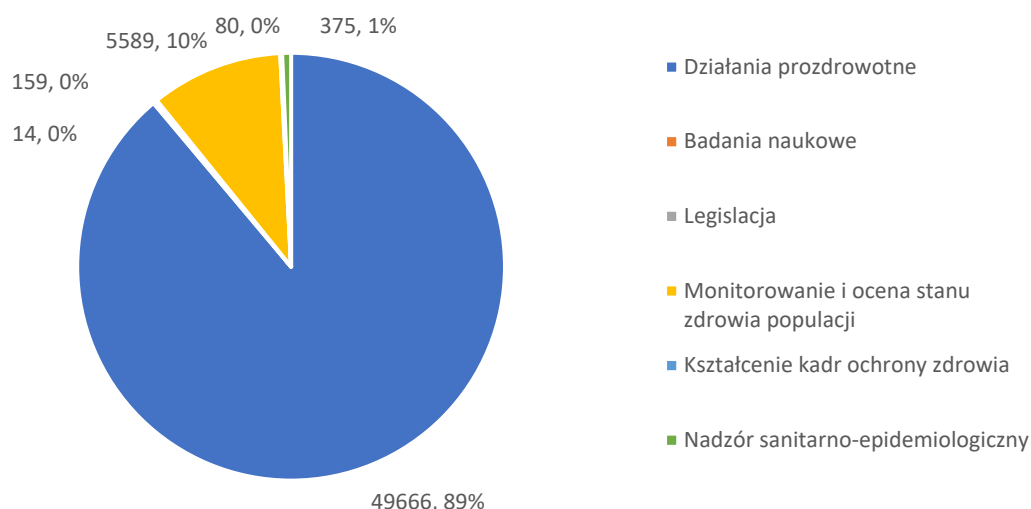
Wykres 3 – Struktura realizatorów zadań w 2022 r.

Największy udział w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w 2023 r. miała administracja centralna – ponad 52%. Urzędy Miast zrealizowały średnio co piątą interwencję. Z kolei najmniejszą liczbę zadań realizowała administracja terenowa, było to 30 zadań, co stanowi mniej niż 1% ogółu (wykres 4).



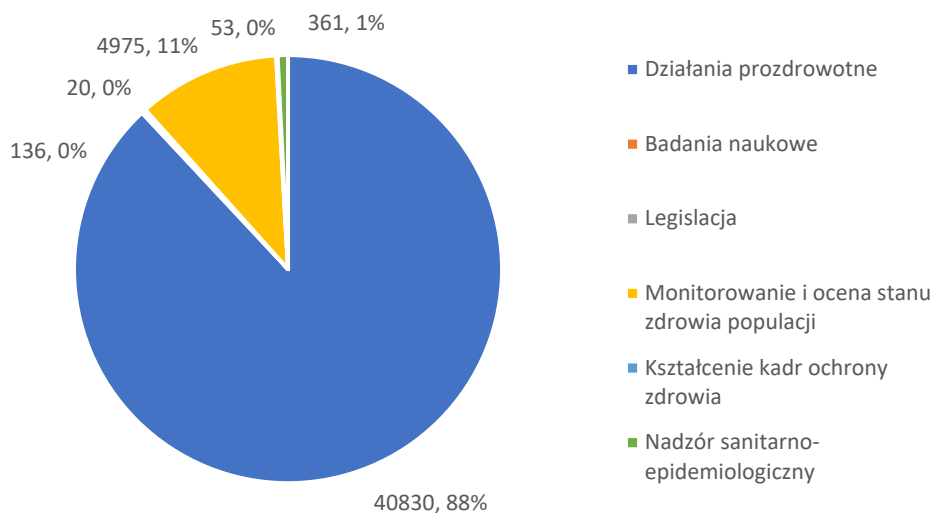
Wykres 4 – Struktura realizatorów zadań w 2023 r.

Największa liczba działań (89%) to działania prozdrowotne. Około 10% działań realizowanych było w ramach ścieżki monitorowanie i ocena stanu zdrowia populacji. Najmniej działań dotyczyło legislacji, stanowiły one mniej niż 1% ogółu (zgodnie z poniższym wykresem).



Wykres 5 – Liczba poszczególnych typów działań w 2022 r.

W 2023 r. niezmiennie najwięcej, bo aż 88% podejmowanych działań miało charakter prozdrowotny. Najmniej działań realizowanych było z obszaru legislacji. W 2023 r. takich działań podjęto 20.



Wykres 6 – Liczba poszczególnych typów działań w 2023 r.

Bardziej szczegółowe informacje zostały zawarte poniżej– zgodnie z podziałem podstawowych funkcji zdrowia publicznego na świadczenia zdrowia publicznego (services delivery), zadania badawczo-monitorujące (intelligence), oraz funkcje wspierające (enablers).

2.1 Świadczenia zdrowia publicznego

Działania JST

Aktywność JST ma bardzo istotny wpływ na zdrowie społeczeństwa. Już od końca lat 70-tych wiadomo, że kształtowanie zdrowia powinno odbywać się przez kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu – w miejscu zamieszkania, pracy, nauki i wypoczynku. Poniżej zaprezentowane zostały działania sprawozdane przez samorządy w latach 2022–2023.

Zgodnie z art. 12 ustawy JST przekazują właściwemu wojewodzie roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Wojewoda weryfikuje otrzymane sprawozdania i przygotowuje informację zbiorczą która jest przekazywana ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

W dniu 1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego¹⁷⁾, w którym określony został zakres informacji wymaganych w procesie sprawozdawczości. Miało to na celu uporządkowanie sprawozdawczości i ułatwienie realizacji postulatów ustawy o zdrowiu publicznym.

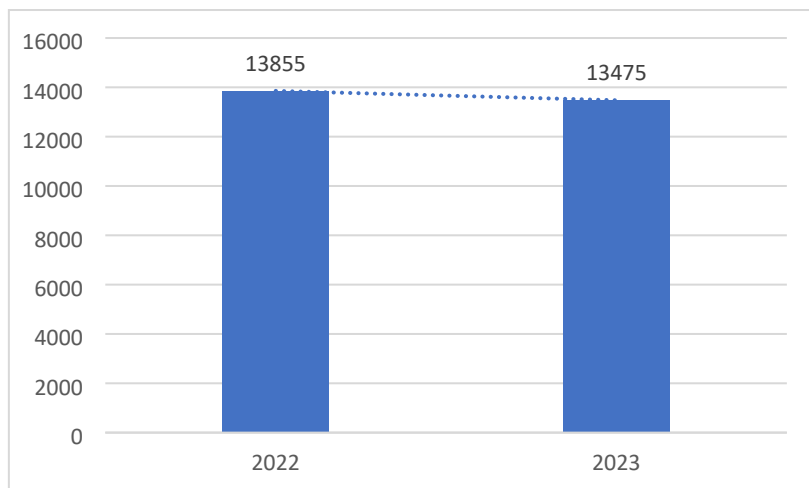
Ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁸⁾ wprowadzono zmiany w art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które umożliwiły uzyskanie z NFZ dofinansowania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez JST w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych. W stosunku do 2022 r. (81 programów) w 2023 r. (99 programów) wzrosła liczba programów polityki zdrowotnej, które dofinansowywane były przez NFZ. W porównaniu z 2022 r. w 2023 r. dofinansowano nieznacznie więcej programów z zakresu rehabilitacji czy szczepień.

Porównując dane z 2022 r. i 2023 r. można zauważyć, że liczba zadań sprawozdanych przez JST uległa nieznacznemu zmniejszeniu¹⁹⁾. W 2022 r. samorządy terytorialne zrealizowały około 13,9 tys. zadań, podczas gdy w 2023 r. było ich mniej, bo około 13,5 tys. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej.

¹⁷⁾ Dz. U. poz. 2216.

¹⁸⁾ Dz. U. poz. 2110.

¹⁹⁾ Z uwzględnieniem analiz przeprowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy w ramach prowadzenia monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego.



Wykres 7 – Liczba zadań/interwencji zrealizowanych przez JST w 2022 r. i 2023 r.

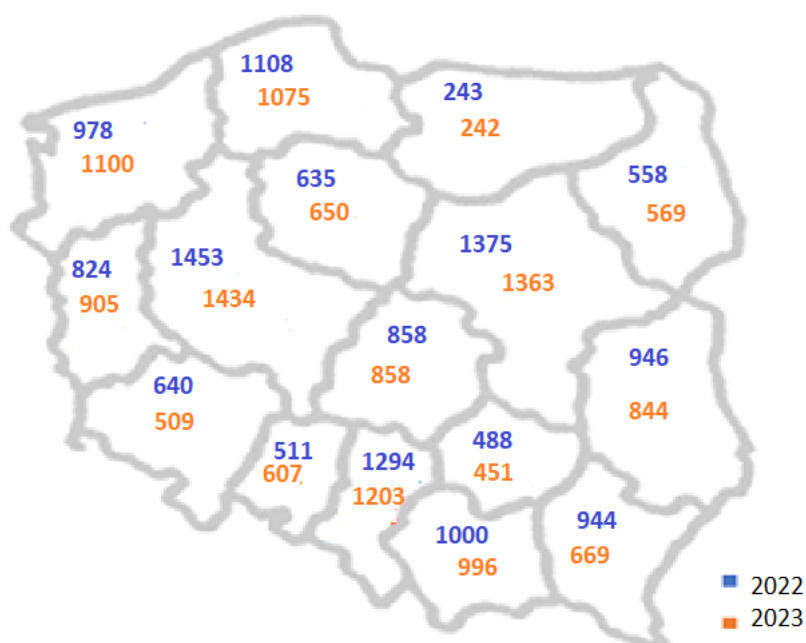
Liczby sprawozdanych zadań/interwencji w poszczególnych województwach – zarówno w ujęciu bezwzględnym jak i w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców różniły się istotnie. Poniższa tabela przedstawia dane z 2022–2023 r. dotyczące liczby zrealizowanych interwencji w poszczególnych regionach.

Województwo:	2022		2023	
	Liczba zadań	Liczba na 100 tys. mieszkańców	Liczba interwencji	Liczba na 100 tys. mieszkańców
Mazowieckie	1 375	24,95	1 363	24,93
Wielkopolskie	1 453	41,51	1 434	40,97
Śląskie	1 294	29,54	1 203	27,47
Pomorskie	1 108	46,95	1 075	45,55
Małopolskie	1 000	29,15	996	29,14
Zachodniopomorskie	978	59,27	1 100	66,66
Łódzkie	858	35,84	858	35,84
Lubelskie	946	46,42	844	41,41
Lubuskie	824	83,57	905	91,78

Kujawsko-pomorskie	635	31,48	650	32,23
Podkarpackie	944	45,28	669	32,09
Opolskie	511	53,85	607	63,96
Podlaskie	558	48,56	569	49,52
Dolnośląskie	640	22,08	509	17,56
Świętokrzyskie	488	41,08	451	37,96
Warmińsko-mazurskie	243	17,67	242	17,67

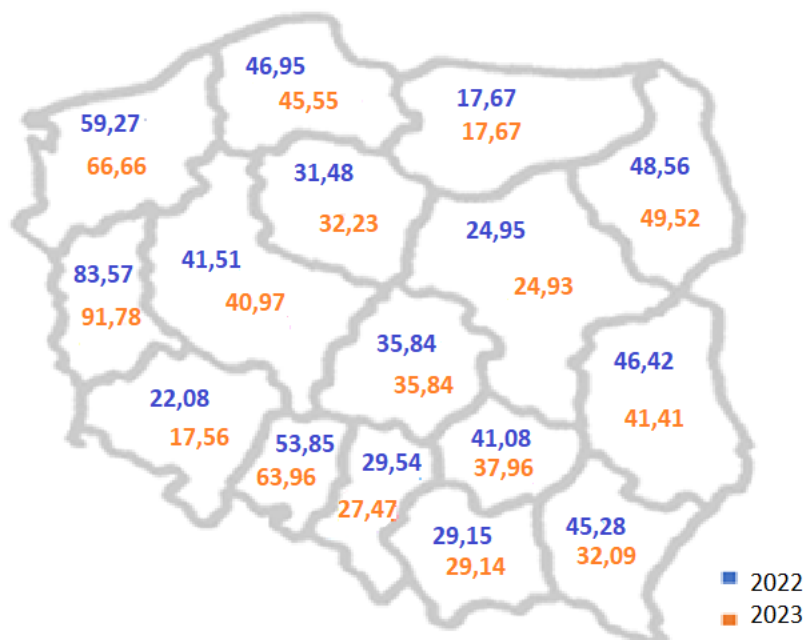
Tabela 1 – Liczba zadań/interwencji realizowana w poszczególnych województwach w 2022 r. i 2023 r.

Zarówno w 2022 r., jak i w 2023 r. największa sumaryczna liczba interwencji z zakresu zdrowia publicznego dotyczyła województwa wielkopolskiego (1 524 – w 2022 r. i 1 289 – w 2023 r.). Następne w kolejności było województwo mazowieckie (1 375 – w 2022 r. i 1 363 – w 2023 r.). Najmniej zadań zarówno w 2022 i 2023 r. realizowało województwo warmińsko-mazurskie (kolejno 243 i 242).



Rysunek 2 – Liczba interwencji realizowana w 2022 r. i 2023 r. (wartość bezwzględna).

W 2022 r. i 2023 r. najwięcej zadań/interwencji z zakresu zdrowia publicznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców zrealizowało województwo lubuskie (83,57 i 91,78), następne w kolejności było województwo zachodniopomorskie (59,27 i 56,12). Najmniej zadań w 2022 r. sprawozdało województwo warmińsko-mazurskie (17,67) i kolejno dolnośląskie (22,08). Z kolei w 2023 r. najmniej interwencji sprawozdawało dolnośląskie (17,56) i województwo warmińsko-mazurskie (17,67).



Rysunek 3 – Liczba zadań/interwencji realizowana w 2022 r. i 2023 r. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców).

Zgodnie z art. 12 ust. 2 ustawy, JST przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Z informacji przekazanych przez urzędy wojewódzkie część JST nie spełniła obowiązku sprawozdawczego bądź nie realizowała zadań z zakresu zdrowia publicznego w 2022 i 2023 r.

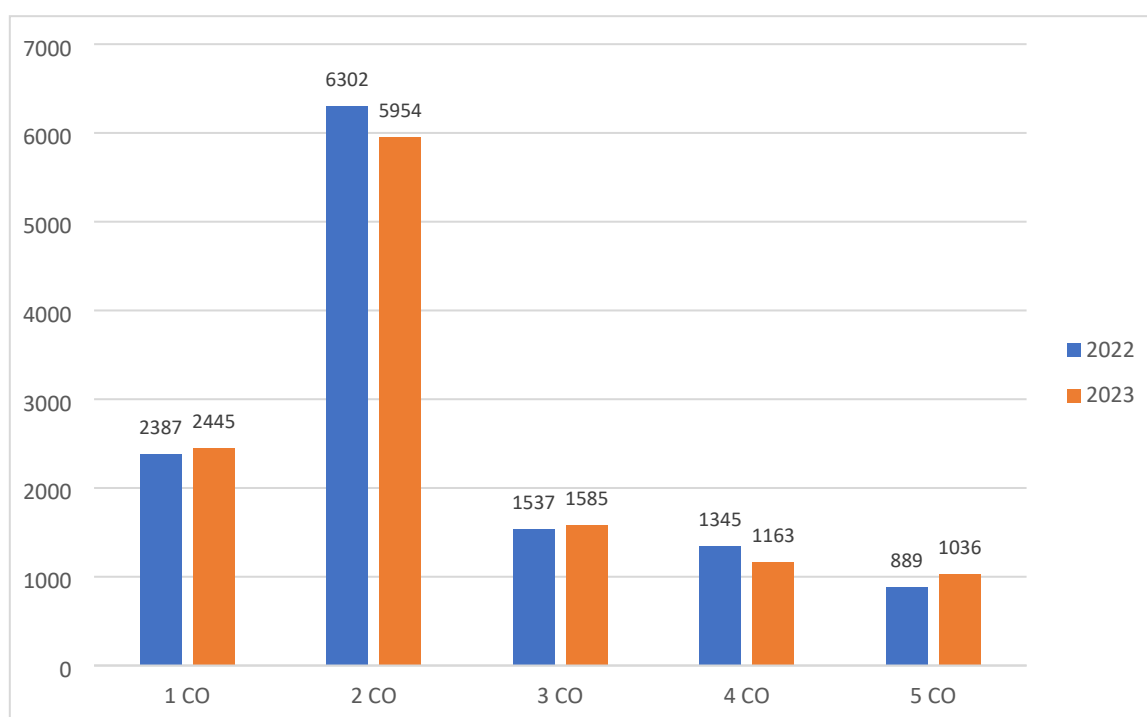
W 2022 r. w województwie kujawsko-pomorskim i śląskim wszystkie JST wywiązały się z obowiązku sprawozdawczego, natomiast w 2023 r. było to woj. kujawsko-pomorskie, małopolskie i śląskie. W 2022 r. najwięcej JST, które nie przekazały sprawozdań bądź nie realizowały zadań z zakresu zdrowia publicznego było w województwach: dolnośląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim, rok później były to woj. dolnośląskie, mazowieckie i wielkopolskie. Łącznie w 2022 r. z obowiązku sprawozdawczego nie wywiązały się 439, a w 2023 r. 560 z 2 862 JST.

Województwo:	2022	2023
Dolnośląskie	119	111
Kujawsko-pomorskie	0	1
Lubelskie	24	19
Lubuskie	6	6
Łódzkie	16	36
Małopolskie	1	0
Mazowieckie	26	94
Opolskie	1	2
Podkarpackie	48	57
Podlaskie	4	3
Pomorskie	34	25
Śląskie	0	0
Świętokrzyskie	60	62
Warmińsko-mazurskie	22	37
Wielkopolskie	53	83
Zachodniopomorskie	25	24

Tabela 2 – Liczba JST w poszczególnych województwach, które nie dopełniły obowiązku sprawozdawczego bądź które nie realizowały interwencji z zakresu zdrowia publicznego w 2022 r. i 2023 r.

JST najczęściej interwencji realizowały w ramach drugiego celu operacyjnego NPZ 2021–2025 – profilaktyki uzależnień. W 2022 r. liczba interwencji w ramach drugiego celu operacyjnego wynosiła ponad 6,3 tys. (stanowiło to ok. 45,49% ogółu), a w 2023 r. ponad 5,9 tys. (około 44,19% ogółu). JST koncentrowały się również na pierwszym celu operacyjnym – profilaktyka nadwagi i otyłości. W 2022 r. tego rodzaju interwencji wykazano blisko 2,4 tys. (17,23%), z kolei w 2023 r. ponad 2,4 tys. (18,15%). W 2022 r. JST w mniejszym zakresie realizowały

zadania w ramach celu trzeciego, czyli promocji zdrowia psychicznego – 1 537 zadań (11,09%). JST w 2022 r. realizowały też zadania w ramach pozostałych celów operacyjnych NPZ 2021–2025, czyli: zdrowia środowiskowego i chorób zakaźnych, a także wyzwań demograficznych (dane przedstawia wykres 9). Natomiast w 2023 r. JST w mniejszym zakresie realizowały interwencje w ramach celu piątego (wyzwania demograficzne) – 1036 (7,69%). JST w 2023 r. realizowały też interwencje w ramach pozostałych celów operacyjnych NPZ 2021–2025, czyli: promocji zdrowia psychicznego oraz zdrowia środowiskowego i chorób zakaźnych. Część zadań/interwencji z zakresu zdrowia publicznego sprawozdanych przez JST nie była związana z celami operacyjnymi NPZ, w 2022 r. tych zadań było blisko 1,4 tys. (stanowiło to ok. 9,85% ogółu), a w 2023 r. blisko 1,3 tys. (9,40%).



Wykres 8 – Liczba zadań/interwencji przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w 2022 r. i 2023 r.

Analiza parametru w poszczególnych województwach wykazała, że w poszczególnych regionach najczęściej wskazywano realizację interwencji w ramach drugiego celu operacyjnego (2 CO NPZ 2021–2025) – zgodnie z poniższą tabelą.

Województwo:	Rok:	Cel NPZ:					
		1	2	3	4	5	Nd.
Dolnośląskie	2022	72	248	80	62	37	141

	2023	44	227	49	43	51	92
Kujawsko-pomorskie	2022	160	226	54	65	69	57
	2023	202	232	47	139	70	56
Lubelskie	2022	190	648	136	105	28	1
	2023	174	644	137	102	17	1
Lubuskie	2022	207	357	118	83	62	31
	2023	209	341	138	72	65	32
Łódzkie	2022	99	563	72	85	31	95
	2023	79	518	82	65	24	76
Małopolskie	2022	199	437	101	162	95	1
	2023	194	424	107	167	104	0
Mazowieckie	2022	156	740	223	130	87	31
	2023	181	656	285	102	121	7
Opolskie	2022	99	212	48	69	74	9
	2023	119	249	60	86	80	11
Podkarpackie	2022	113	423	57	43	35	153
	2023	180	439	70	34	46	135
Podlaskie	2022	90	310	48	74	35	0
	2023	78	322	65	67	36	1
Pomorskie	2022	110	371	86	70	43	295
	2023	141	430	92	69	60	306
Śląskie	2022	368	471	146	158	121	30

	2023	374	390	141	145	126	27
Świętokrzyskie	2022	103	189	39	46	27	83
	2023	96	154	49	41	54	56
Warmińsko-mazurskie	2022	45	124	11	22	6	34
	2023	42	144	9	20	12	15
Wielkopolskie	2022	184	649	139	77	78	325
	2023	153	571	119	59	86	446
Zachodniopomorskie	2022	192	334	179	94	61	79
	2023	179	213	135	52	84	6

Tabela 3 – Liczba zadań/intervencji zrealizowanych przez JST w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w 2022 r. i 2023 r.

W 2022 r. JST najczęściej wskazywały jako realizowane zadanie nr 2.1.1., czyli edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom. W 2022 r. podmioty sprawozdały to zadanie 4324 razy (21,84%). Natomiast w 2023 r. JST najczęściej jako realizowaną interwencję ponownie wskazywały edukację zdrowotną i profilaktykę uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowaną zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom – 4171 razy (20,86%). Szczegółowe dane zaprezentowano w tabelach poniżej.

2022		
Nazwa interwencji NPZ 2021–2025	Liczba (N)	Procent (%)
Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom	4324	21,84

Promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży	2169	10,95
Realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej	1333	6,73
Działania edukacyjne dotyczące wpływu środowiska życia na zdrowie	761	3,84
Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych	594	3,00
Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich	557	2,81
Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin	554	2,80
Kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie	476	2,40
Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP	449	2,27
Upowszechnianie wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, prowadzenie kampanii społecznych, strony i poradni internetowej oraz telefonu zaufania	387	1,95

Tabela 4 – Numery zadań najczęściej wskazywanych przez JST w 2022 r.

2023		
Nazwa interwencji NPZ 2021–2025	Liczba (N)	Procent (%)
Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom	4171	20,86
Promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży	2379	11,90
Realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej	1457	7,29
Działania edukacyjne dotyczące wpływu środowiska życia na zdrowie	659	3,30
Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych	624	3,12
Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich	543	2,72
Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin	538	2,69

Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień	426	2,13
Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP	401	2,01
Kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie	372	1,86

Tabela 5 – Nazwy interwencji najczęściej wskazywanych przez JST w 2023 r.

W 2022 r. najczęściej sprawozdawano działania skierowane do wszystkich osób niezależnie od płci – 18 797 razy (94,93% ogółu). Kolejno znajdują się działania skierowane tylko do kobiet – 662 (3,34%). Rzadko wskazywano działania skierowane tylko do mężczyzn,. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej (tab. 6)..

Grupa docelowa:	2022	
	Liczba (N)	Procent (%)
bez względu na płeć	18797	94,93
tylko kobiety	662	3,34
tylko mężczyźni	260	1,31
nie określono	81	0,41

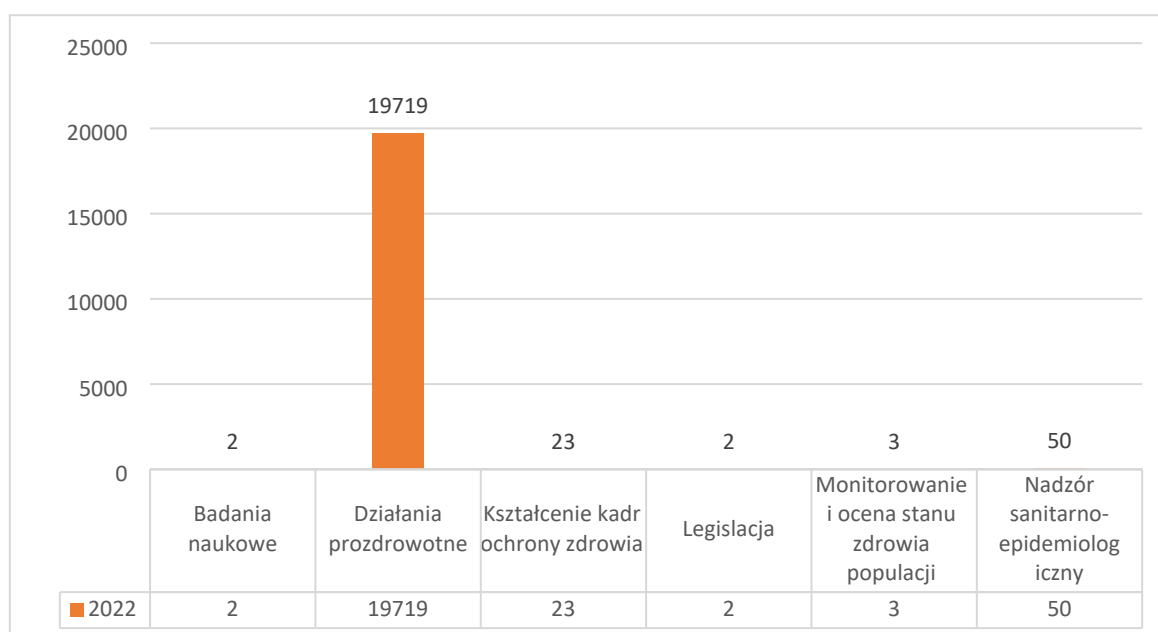
Tabela 6 – Najczęściej wskazywane w działaniach grupy docelowe wg płci w 2022 r.

W 2023 r. struktura grup docelowych nie zmieniła się. Podobnie jak w roku poprzednim najczęściej sprawozdawano działania skierowane do wszystkich osób niezależnie od płci – 19 090 razy (95,46% ogółu). Kolejno znajdują się działania skierowane tylko do kobiet – 622 (3,11%). Ponownie rzadko wskazywano działania skierowane tylko do mężczyzn. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej (tab. 7).

Grupa docelowa:	2023	
	Liczba (N)	Procent (%)
bez względu na płeć	19090	95,46
tylko kobiety	622	3,11
tylko mężczyźni	240	1,20
nie określono	46	0,23

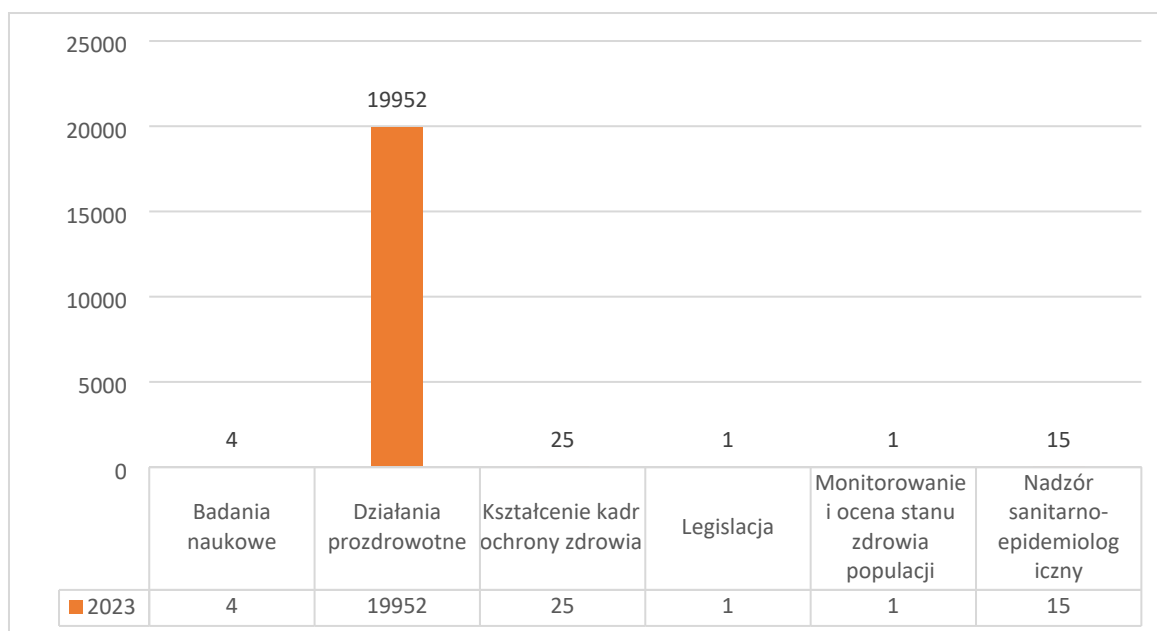
Tabela 7 – Najczęściej wskazywane w działaniach grupy docelowe wg płci w 2023 r.

W 2022 r. najwięcej działań JST realizowały z kategorii działań prozdrowotnych. Szczegółowy rozkład prezentuje wykres 10.



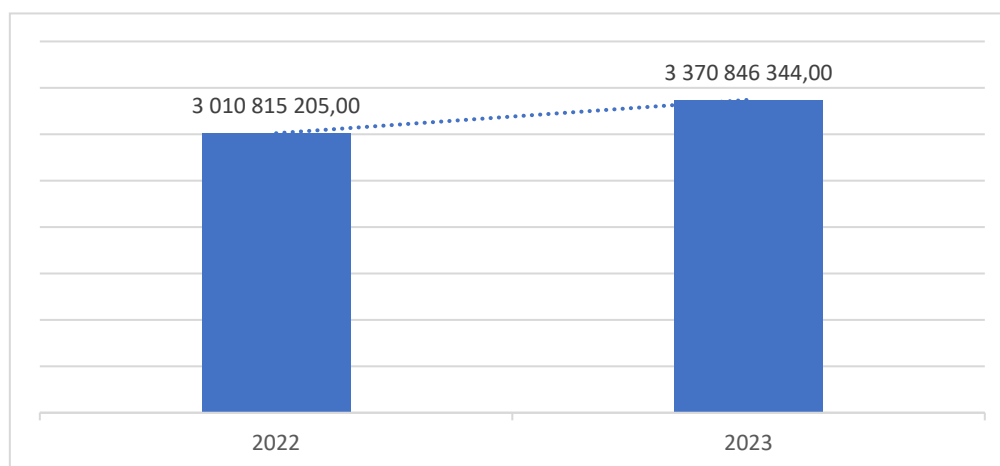
Wykres 9 – Liczba działań poszczególnych rodzajów realizowanych w ramach zadań podejmowanych przez JST w 2022 r.

W 2023 r. struktura realizowanych działań przez JST nie zmieniła się. W dalszym ciągu przeważająca liczba działań realizowana była w kategorii działań prozdrowotnych – 19 952 działania (99,77%). Szczegółowy rozkład prezentuje wykres 11.



Wykres 10 – Liczba działań poszczególnych rodzajów realizowanych w ramach zadań podejmowanych przez JST w 2023 r.

Analiza porównawcza sumarycznego kosztu realizacji zadań/interwencji z zakresu zdrowia publicznego przez JST w 2022 r. i 2023 r. wykazała, że w 2023 r. całkowite koszty działań wzrosły w odniesieniu do 2022 r. i wynosiły nieco ponad 3,3 mld zł, natomiast w 2022 r. nieco ponad 3 mld zł.



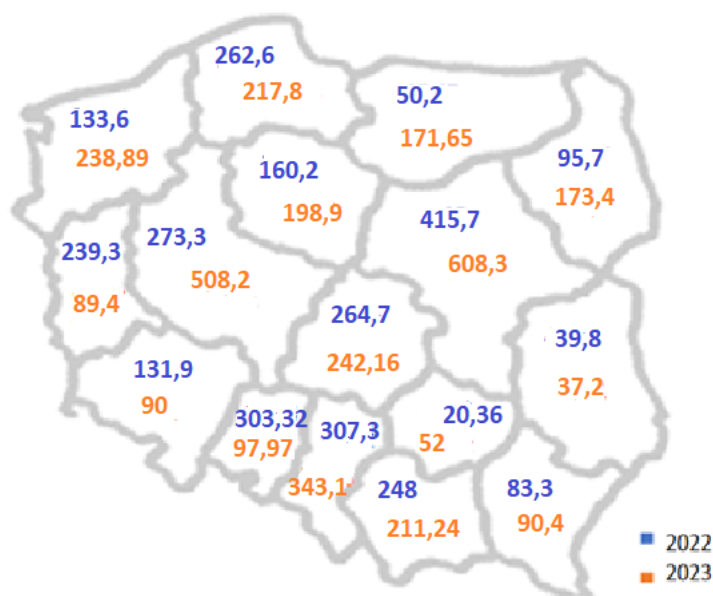
Rysunek 4 – Koszt realizacji zadań w 2022 r. i 2023 r. (zł).

Koszty realizacji interwencji – zarówno w ujęciu bezwzględnym jak i w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa różniły się istotnie. Poniższa tabela przedstawia porównanie 2022 r. i 2023 r. pod względem kosztów ponoszonych w poszczególnych regionach.

Województwo:	2022		2023	
	Koszt interwencji	Koszt w przeliczeniu na 1 mieszkańca	Koszt interwencji	Koszt w przeliczeniu na 1 mieszkańca
Dolnośląskie	131 876 588	45,88	90 059 234	31,18
Kujawsko-pomorskie	160 210 605	77,31	198 934 108	99,13
Lubelskie	39 748 957	18,85	37 232 194	18,39
Lubuskie	239 295 663	236,69	89 426 088	91,25
Łódzkie	264 681 366	111,66	242 163 510	101,81
Małopolskie	248 001 064	72,33	211 241 459	61,60
Mazowieckie	415 711 705	75,46	608 337 171	110,39
Opolskie	284 955 339	303,32	97 976 037	103,96
Podkarpackie	83 280 537	40,12	90 372 252	43,47
Podlaskie	95 682 357	83,88	173 395 768	151,66
Pomorskie	262 630 992	111,30	217 814 920	92,36
Śląskie	307 286 068	70,92	343 135 629	78,94
Świętokrzyskie	20 361 513	17,35	52 026 414	44,16
Warmińsko-mazurskie	50 197 449	36,84	171 645 882	125,62
Wielkopolskie	273 331 260	76,05	508 194 883	145,47
Zachodniopomorskie	133 563 741	81,63	238 890 795	145,61

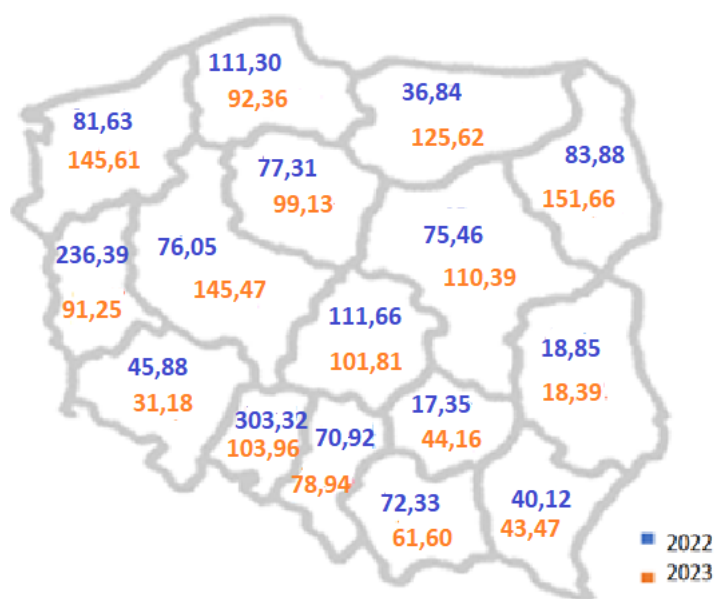
Tabela 8 – Koszt realizacji zadań w 2022 r. i 2023 r. w województwach (w zł).

Analiza sumarycznych kosztów w poszczególnych województwach wykazała, że większość województw zwiększyła swoje roczne wydatki na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, przy czym największa zmiana w omawianym kierunku dotyczyła województwa mazowieckiego i wyniosła blisko 503 mln zł. Zwiększenie wydatków stwierdzono w aż 10 województwach. Największą sumę kosztów realizacji zadań w latach 2022–2023 wskazano w województwie mazowieckim (415,7 mln i 608,3 mln). Najmniejszą sumę w 2022 r. i 2023 r. wykazano w województwie świętokrzyskim (20,4 mln i 52 mln).



Rysunek 5 – Koszt realizacji zadań w 2022 r. i 2023 r. – wartość bezwzględna (w mln zł)

W 2022 r. najwięcej na realizację zadań w przeliczeniu na 1 mieszkańca wydało województwo opolskie (303,2 zł) – z kolei w 2023 r. województwo podlaskie, koszt wyniósł 151,6 zł. Najmniej na realizację zadań w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2022 r. wydało województwo lubelskie (18,85 zł), podobnie jak w 2023 r. – 18,39 zł. Pozostałe wartości prezentuje poniższy rysunek.



Rysunek 6 – Koszt realizacji interwencji w 2022 r. i 2023 r. – koszt w przeliczeniu na 1 mieszkańca (w zł).

Analizie poddano również zmianę średniego kosztu realizacji zadania w latach w odniesieniu do numeru celu operacyjnego NPZ. Rozkład danych zaprezentowano poniżej – tabela 9.

Województwo :	Rok:	1	2	3	4	5	n.d
Dolnośląskie	2022	202 228	32 533	120 824	160 160	59 909	795 238
	2023	96 846	208 236	86 580	130 534	364 227	109 756
Kujawsko- pomorskie	2022	191 894	100 584	729 101	254 636	155 614	231 626
	2023	245 366	270 651	185 837	533 965	617 129	69 098
Lubelskie	2022	31 470	11 257	125 423	10 215	390 976	20 943
	2023	22 095	39 490	19 359	29 234	98 128	654 210

Lubuskie	2022	43 678	18 733	59 054	1 782 300	2 924 263	74 569
	2023	117 519	58 593	17 640	179 069	230 930	108 992
Łódzkie	2022	309 494	43 006	38 167	383 338	596 888	156 524
	2023	234 473	110 362	485 076	116 679	2 137 641	904 116
Małopolskie	2022	108 015	117 139	392 305	691 141	4 415	299 801
	2023	282 783	150 944	136 881	66 503	640 662	0
Mazowieckie	2022	148 108	103 574	627 574	442 783	1 363 540	299 801
	2023	967 435	170 431	447 864	341 388	1 305 299	60 122
Opolskie	2022	399 509	85 619	66 231	1 518 164	58 370	47 579
	2023	66 023	105 044	88 077	79 170	638 389	70 461
Podkarpackie	2022	48 325	16 604	46 967	681 878	149 185	116 657
	2023	129 913	44 257	13 374	28 723	733 619	88 123
Podlaskie	2022	65 169	37 343	290 314	789 393	0	272 378
	2023	86 589	274 025	71 906	378 740	1 343 235	0

Pomorskie	2022	356 189	132 656	441 429	484 936	184 406	117 495
	2023	223 534	193 867	127 481	74 156	398 772	203 146
Śląskie	2022	144 121	372 159	162 660	218 315	53 157	356 953
	2023	355 741	185 416	495 269	307 012	172 336	63 403
Świętokrzyski e	2022	47 819	15 674	70 947	121 099	42 797	6 023
	2023	13 181	88 096	10 925	44 823	12 116	610 078
Warmińsko- mazurskie	2022	163 039	187 201	25 085	85 341	85 942	529 890
	2023	464 889	841 745	206 296	14 375	69 497	1 862 073
Wielkopolskie	2022	162 238	741 283	176 019	142 539	97 702	45 737
	2023	53 394	196 708	81 945	64 413	2 281 783	398 924
Zachodniopo morskie	2022	147 063	27 173	12 249	454 939	105 498	220 442
	2023	757 548	251 122	94 968	54 544	403 515	41 387

Tabela 9 – Średni koszt realizacji zadania w poszczególnych województwach w ramach poszczególnych celów operacyjnych NPZ w 2022 r. i 2023 r. (w zł).

Działania administracji rządowej

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami

określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1370, z późn. zm.) oraz państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze. Jednocześnie art. 5 ustawy wskazuje wprost na konieczność współdziałania ministra właściwego do spraw zdrowia z organami władzy publicznej, jednostkami podległymi lub nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Ramy te, dodatkowo uzupełnione określoną w ustawie funkcją koordynacyjną Ministra Zdrowia, stanowiły podstawę do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez administrację rządową.

W roku 2022 w dalszym ciągu istniało zagrożenie rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2, co powodowało konieczność wprowadzenia szczególnych rozwiązań, umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego. Nowy koronawirus nazywany SARS-CoV-2, został zidentyfikowany pod koniec 2019 r. i jest nowym szczepem koronawirusa, który nie był wcześniej identyfikowany u ludzi. Wywołana nim choroba jest określana jako COVID-19. Pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce został zarejestrowany 4 marca 2020 r. W związku z narastającym zagrożeniem epidemii i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych u ludzi konieczne było wprowadzenie niezbędnych mechanizmów działania. Epidemia COVID-19 spowodowała konieczność wprowadzenia ograniczeń niemal we wszystkich obszarach funkcjonowania społeczeństw. Stan zagrożenia epidemicznego wprowadzono w Polsce 16 maja 2022 r.²⁰⁾ Wcześniej – od 20 marca 2020 r. – obowiązywał stan epidemii. 5 maja 2023 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła koniec pandemii COVID-19. W dniu 1 lipca 2023 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia²¹⁾ zniesiony został stan zagrożenia epidemicznego spowodowany zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Ministerstwo Zdrowia

Art. 4 ust. 2 ustawy precyzuje, że do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, obok monitoringu realizacji zadań, o których mowa w art. 2 ustawy, i analizowania informacji, o których mowa w art. 12 ustawy, czego wyrazem jest niniejsze sprawozdanie, należy m.in.:

- gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą – zadanie jest realizowane w szeregu projektów badawczych i monitoringowych, o których jest mowa w dalszej części sprawozdania,

²⁰⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 1028)

²¹⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemii (Dz. U. poz. 1118)

- zapewnianie spójności zadań realizowanych przez organy i podmioty, o których mowa w art. 3 oraz sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom, o których mowa w art. 3, potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego – zadanie jest realizowane m.in. przez bieżącą koordynację ustanawiania harmonogramów rocznych realizacji NPZ przez ministerstwa wskazane jako realizatorzy tego rozporządzenia, ze szczególnym uwzględnieniem ministerstw realizujących zadania finansowane ze środków, o których mowa w art. 29 ust. 1 ustawy.

Należy podkreślić, że koordynacja realizacji ustawy odnosi się także do obsługi Rady do spraw zdrowia publicznego oraz Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia. Obok obsługi stricte technicznej i kancelaryjnej warto dostrzec aspekt merytoryczny tych działań. Przykładem jest ścisła współpraca z zespołami roboczymi utworzonymi przy Radzie do spraw zdrowia publicznego – rezultaty prac opisano w rozdziale dotyczącym funkcji koordynacyjnych i wspierających.

Analizując działania merytoryczne Ministra Zdrowia w różnych obszarach, wobec współistniejących różnych potrzeb zdrowotnych, należy zauważyć, że działania mające wpływ na zmianę stanu zdrowia populacji są podejmowane w ramach różnych mechanizmów prawnych i finansowych – od prac analitycznych po regulacyjne, a także w ramach wykonywania innych aktów prawnych niż ustawa, czego przykładem jest dostosowywanie systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których część stanowią świadczenia zdrowia publicznego, do zdefiniowanych potrzeb populacji. W związku z tym ustawa, a zawężając NPZ 2021–2025, są realizowane przez Ministra Zdrowia także przez programy polityki zdrowotnej. W latach 2022–2023 Ministerstwo Zdrowia było zaangażowane w realizację następujących programów:

- Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK) to program wieloletni na lata 2022–2032 wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej kardiologii i dziedzinach pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia (ChUK). Strategia została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały nr 247 z dnia 6 grudnia 2022 r., która weszła w życie w dniu 28 grudnia 2022 r. Głównym celem NPChUK jest obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK. Realizacja Programu powinna przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania w populacji Polskiej klasycznych czynników ryzyka ChUK takich jak nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe, otyłość, cukrzyca. Poprawi się także jakość życia pacjentów z ChUK w trakcie, jak i po zakończeniu leczenia. Program ma zapewnić obywatelom równy i adekwatny do potrzeb dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia.

- Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) to program wieloletni na lata 2020–2030 wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii. Strategia została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 4 lutego 2020 r. Najważniejszym celem NSO jest zwiększenie ilości osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową.
- Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030. „Zdrowa Przyszłość” została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r. Stanowi kontynuację „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, obejmując jednak cały system, a nie jedynie środki europejskie.

Dokument jest realizacją wizji przyjaznego, nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia przyczyniającego się do poprawy dobrostanu społeczeństwa. Celem przedstawionych w nim działań jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system. Oczekiwanym efektem implementacji zmian wskazanych w Zdrowej Przyszłości jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

Dokument jest nakierowany na działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, które ujęto w cztery główne obszary: pacjent, procesy, rozwój i finanse, definiując dla każdego z nich cele, które z kolei przekładają się na określone kierunki interwencji.

Zdrowa Przyszłość to także dokładnie określona strategia na rzecz deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej. Składa się ona z dwóch części – w postaci dwóch załączników do „Zdrowej Przyszłości” – obejmujących dwie grupy: osoby starsze oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Celem głównym obu strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym oraz poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji

oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego.

- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego²²⁾. Program służy przede wszystkim zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi jak najlepszej opieki, która będzie odpowiednia do ich potrzeb. Program służy również zapobieganiu stygmatyzacji i dyskryminacji takich osób.

Celami programu są:

a) Zapewnienie wielostronnej opieki:

- upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- upowszechnienie różnych form pomocy i wsparcia społecznego,
- aktywizacja zawodowa,
- skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
- wsparcie psychologiczno-pedagogiczne uczniów, rodziców i nauczycieli.

b) Zapobieganie stygmatyzacji i dyskryminacji:

- opracowanie zasad przedstawiania osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
- działania informacyjno-edukacyjne dotyczące poszanowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

c) Sprawdzanie i ocena skuteczności działań:

- analizowanie sprawozdań dotyczących realizacji zadań wynikających z programu.
- Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019–2026,
- Rządowy program kompleksowej terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego – jako element poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków na lata 2018–2023,
- Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021–2023,
- Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022–2026,
- Dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy realizowane w

²²⁾ Program na lata 2016–2022 – Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. poz. 458), Program na lata 2023–2030 – Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 (Dz. U. poz. 2480).

ramach Subfunduszu rozwoju profilaktyki, wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego.

Ministerstwo Zdrowia kontynuuje od 2019 r. kampanię społeczną skierowaną do populacji całego kraju „Planuję długie życie”, której celem jest poprawa stanu wiedzy społeczeństwa na temat postaw prozdrowotnych, przeciwdziałania i zapobiegania zachorowaniu na nowotwory, a także zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne. W ramach kampanii realizowano działania informacyjno-edukacyjne (m.in. realizacja akcji medialnych, edukacyjnych promujących programy profilaktyczne, udział lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek i położnych w akcjach informacyjnych, produkcja i dystrybucja materiałów informacyjnych o programach profilaktycznych), realizacja kampanii medialnych w regionalnych stacjach telewizyjnych (emisja spotów edukacyjnych). Kampania społeczna była realizowana w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030.

Lata 2022–2023 to kolejny okres obowiązywania ustawy z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz. U. poz. 1492 i 1493). Celem dokumentu jest wykorzystanie polityki fiskalnej jako narzędzia służącego promocji prozdrowotnych wyborów konsumentów m.in. przez wprowadzenie opłaty na napoje bezalkoholowe, w których składzie znajduje się co najmniej jedna substancja o właściwościach słodzących, kofeina lub tauryna.

Opłata stanowi:

1) w 96,5% – przychód Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) w 3,5% – dochód budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw finansów publicznych.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ)

Zadania określone w celach operacyjnych NPZ skupiają się na przeciwdziałaniu najważniejszym czynnikom ryzyka negatywnie wpływającym na zdrowie. Celem realizacji tych zadań jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia zarówno całego społeczeństwa jak i szczególnie zagrożonych grup. Podejmowane w ramach NPZ wielotorowe działania sprzyjają poprawie świadomości i w dalszej perspektywie sytuacji zdrowotnej w kraju (działalność informacyjna, edukacyjna, profilaktyczna – w tym działania nowatorskie) oraz pomagają lepiej zdefiniować zagrożenia i potrzeby (działalność badawcza i analityczna).

Lata 2022–2023 to kolejny okres obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025²³⁾. Celem strategicznym NPZ 2021–2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Cele operacyjne obejmują:

1. Profilaktykę nadwagi i otyłości,
2. Profilaktykę uzależnień,
3. Promocję zdrowia psychicznego,
4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne,
5. Wyzwania demograficzne.

Art. 13 ustawy określa źródła finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego w niej określonych, a zatem także w NPZ. Są to środki będące w dyspozycji ministrów (w tym z państwowych funduszy celowych i środków europejskich), państwowych jednostek organizacyjnych, NFZ oraz JST. Omawiając zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2022–2023 należy zwrócić uwagę na art. 18 ustawy, który wprowadza bardzo istotny mechanizm zapewniania co najmniej 10% udziału środków przeznaczanych na realizację NPZ na badania epidemiologiczne, monitorowanie stanu zdrowia, prowadzenie badań naukowych i badania pilotażowe. Dla budowania polityki zdrowotnej opartej o dowody naukowe dostępność tego rodzaju informacji jest kluczowa dla zdrowia publicznego. Mechanizm określony w art. 18 ustawy został wprowadzony w związku z faktem, że szereg problemów zdrowotnych pozostaje niezbadanych w satysfakcjonujący sposób, a wobec stałych wydatków na procedury ratujące życie i zdrowie istnieje trudność ze znalezieniem środków na takie cele. Przepis ten daje możliwość prowadzenia faktycznej ewaluacji skuteczności i efektywności zadań przewidzianych do realizacji ustawą. Tryby zlecania zadań z zakresu zdrowia publicznego określono w art. 14 ustawy. Jest to tryb konkursowy albo, w uzasadnionych merytorycznie przypadkach, tryb wnioskowy – jeśli tak jest określone w NPZ.

Przechodząc do bardziej szczegółowego opisu realizacji zadań określonych w NPZ trzeba podkreślić, że zadania te są realizowane w sposób planowy, z zachowaniem zasad celowości i gospodarności. Plan realizacji NPZ stanowi harmonogram uwzględniający zadania realizowane zgodnie z właściwością przez Ministerstwo Zdrowia oraz przez ministerstwa wskazane w rozporządzeniu. Harmonogram realizacji NPZ uwzględnia źródła finansowania wskazane w art. 29 ustawy. Poziom finansowania wskazany w ustawie stanowi jednak maksymalny poziom wydatków budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy o zdrowiu publicznym, zaś faktyczna wysokość środków na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w danym roku jest uzależniona od poziomu środków zaplanowanych rokrocznie

²³⁾ Dz. U. 2021 poz. 642

w ustawie budżetowej oraz w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Wydatkowanie środków finansowych przez Ministerstwo Zdrowia na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w 2022 r. wyniosło 29,1 mln zł ze środków z budżetu państwa oraz 21,58 mln zł ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych²⁴⁾. W ramach ww. środków z FRPH ponoszone były również wydatki na zadania z zakresu zdrowia publicznego przez jednostkę podległą, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU)²⁵⁾. Środki budżetowe przewidziane na realizację zadań przez pozostałe ministerstwa wskazane w rozporządzeniu wynoszą łącznie 10,157 mln zł. Na wskazaną kwotę składały się środki przyznane dla: Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) w wysokości 4,5 mln zł, Ministerstwa Edukacji i Nauki (MEiN) 3,125 mln zł, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) w wysokości 0,476 mln zł²⁶⁾, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej (MRiPS) – 342 tys. zł. oraz Ministerstwa Sprawiedliwości (MS) w wysokości 690 tys. zł. Środki finansowe przeznaczone w 2022 r. na zadania ujęte w NPZ pochodziły z budżetu państwa, a także dodatkowo ze środków finansowych Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, którego dysponentem jest Minister Zdrowia.

Na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w 2023 r. wydatki Ministerstwa Zdrowia na NPZ kształtowały się na poziomie 35,26 mln zł ze środków z budżetu państwa oraz 22,71 mln zł ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych²⁷⁾. W ramach ww. środków z FRPH ponoszone były również wydatki na zadania z zakresu zdrowia publicznego przez jednostkę podległą, KCPU. Dodatkowo w ramach środków przyznanych przez Ministra Finansów w wysokości 10,67 mln zł realizowane były zadania z zakresu zdrowia publicznego przez pozostałe ministerstwa wskazane w rozporządzeniu. Na przyznaną kwotę składały się środki przewidziane dla: MON w wysokości 5 mln zł, MEiN – 3,125 mln zł, MSWiA – 1,5 mln zł, MRiPS – 336 tys. zł oraz MS – 714 tys. zł. Decyzją Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji całość środków przewidziana dla MSWiA została przekazana na inne zadania niezwiązane z NPZ. Środki finansowe przeznaczone w 2023 r. na zadania ujęte w NPZ pochodziły więc podobnie jak w 2022 r. z planu w ramach ustawy budżetowej a także dodatkowo ze środków finansowych Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, którego dysponentem jest Minister Zdrowia.

²⁴⁾ Sprawozdanie z wykonania budżetu części 46 - Zdrowie za 2022 rok

²⁵⁾ Od dnia 1 stycznia 2022 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zostały przekształcone w Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

²⁶⁾ Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji pismem z dnia 22 listopada 2022 r. zgłosiło przeniesienie środków w wysokości 1 023 897 zł zaplanowane na NPZ – na inne cele.

²⁷⁾ Sprawozdanie z wykonania budżetu części 46 - Zdrowie za 2023 rok

Dodatkowo, zadania ujęte w NPZ w 2022 r. i 2023 r., zgodnie z właściwością, były realizowane i finansowane również z funduszy będących w dyspozycji Ministra Sportu, tj. Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów. Finansowanie wskazanych zadań przez Ministerstwo Sportu i Turystyki w 2022 r. i 2023 r. było na poziomie łącznie 175,6 mln zł (57,6 mln zł w 2022 r. i 72,3 mln zł w 2023 r. na realizację Programu Szkolny Klub Sportowy i 24,7 mln zł na zajęcia sportowe dla uczniów w 2022 r. i 24,2 mln zł w 2023 r.).

Przedmiotem finansowania z ww. środków były inicjatywy realizujące zadania określone we wszystkich celach operacyjnych NPZ oraz zadaniach koordynacyjnych/wspierających. Łącznie w Ministerstwie Zdrowia, w ramach poszczególnych zadań, nawiązano współpracę z 4 realizatorami w 2022 r. i 2 realizatorami w 2023 r. (instytuty, fundacje, stowarzyszenia, podmioty prywatne, podmioty lecznicze).

Cel Operacyjny 1

W ramach celu operacyjnego 1 NPZ 2021–2025 realizowano w 2022 r. i 2023 r. działania informacyjne i edukacyjne tak z zakresu prawidłowego żywienia, jak i promowania aktywności fizycznej, działania mające na celu rozwój kompetencji grup zawodowych zaangażowanych w walkę z nadwagą i otyłością w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, a także działania o charakterze naukowo-badawczym dostarczające niezbędnych danych do racjonalnego prowadzenia prozdrowotnej polityki publicznej. Pośród rezultatów działań podejmowanych w tych latach można wymienić:

- zwiększenie dostępności do aktualnej wiedzy żywieniowej opartej na dowodach naukowych oraz podniesienie świadomości różnych grup (w tym dzieci i młodzieży czy osób starszych, ale też pracodawców i konsumentów) na temat znaczenia prawidłowo zbilansowanej diety oraz aktywności fizycznej w prewencji chorób dietozależnych oraz rozwijanie umiejętności czytania i interpretowania etykiet; obok szeregu wydarzeń i projektów edukacyjnych (warsztaty kulinarne, poradnictwo, kampanie) kontynuowana była działalność Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej oraz działającego w jego ramach Centrum Dietetycznego Online, gdzie oprócz konsultacji za pośrednictwem komunikacji elektronicznej, na stronie internetowej Centrum udostępniane są materiały edukacyjne (artykuły, ebooki, poradniki i filmy na temat zdrowego żywienia i aktywności fizycznej); w 2022 r. zrealizowano 8236 konsultacji dietetycznych online, z czego 7845 miała charakter porady indywidualnej a 391 rodzinnej, 476 konsultacji psychodietetycznych oraz 307 konsultacji dotyczących aktywności fizycznej. W 2023 r. liczba zrealizowanych konsultacji dietetycznych online wyniosła 10 347, z czego

9912 miała charakter porady indywidualnej a 435 rodzinnej. Liczba zrealizowanych konsultacji psychodietetycznych online wniosła 653, zaś konsultacji dotyczących aktywności fizycznej 602. W 2022 r. przeprowadzono 86 warsztatów kulinarnych – 80 dla uczniów klas 0–8 oraz 6 warsztatów dla realizatorów żywienia zbiorowego. Przeszkolono 1624 dzieci oraz 70 realizatorów żywienia zbiorowego. W 2023 r. przeprowadzono zaś 57 warsztatów kulinarnych dla 1157 dzieci oraz 6 warsztatów dla 51 realizatorów żywienia zbiorowego w przedszkolach. Sukcesywnie budowano także bazę materiałów merytorycznych NCEŻ. W 2022 r., podobnie jak w 2023 r. opracowano 4 e-booki zawierające przepisy oraz praktyczne wskazówki dotyczące zasad żywienia w zakresie dietoterapii i dietoprofilaktyki. Zarówno w 2022 r., jak i w 2023 r. przeprowadzono konkurs „Rodzinna Akcja – Zdrowa Rywalizacja”,

- działania informacyjne i edukacyjne, w tym: podejmowanie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie – upowszechnianie zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem dotyczących zdrowego żywienia; dystrybucja Kodeksu w wersji dla dorosłych, młodzieży i dzieci; organizacja spotkań i wydarzeń dotyczących powyższej tematyki,
- poprawę kompetencji grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy PIS),
- badanie preferencji konsumentów dotyczących wyborów żywieniowych, w tym przegląd składu i wartości odżywczej wybranych produktów dostępnych na rynku. W 2022 r. podstawowymi celami realizacji zadania było przeprowadzenie badania preferencji konsumentów dotyczących wyborów żywieniowych po wprowadzeniu opłaty cukrowej od napojów słodzonych (tzw. podatku od cukru) oraz wyborów dostępnych na rynku produktów słodkich. Wyniki pozwoliły na uzyskanie informacji na temat zachowań żywieniowych konsumentów, w tym preferencji dotyczących żywności będącej źródłem cukrów w diecie. Drugim celem realizacji zadania było badanie składu i wartości odżywczej wybranych produktów spożywczych. W 2022 r. badaniami objęto grupę słodczy. W 2023 r. głównym celem zadania było oznaczenie zawartości wybranych składników odżywczych w wytypowanych napojach słodzonych. Dodatkowo przygotowano artykuł pn. Spożycie napojów słodzonych przez osoby dorosłe,
- kontynuowanie prac nad systemem przyjaznego etykietowania żywności, w 2022 r. przeprowadzono analizę dokumentów UE z zakresu inicjatywy dotyczącej zmiany

przepisów UE na temat informacji przekazywanych konsumentom, jako części unijnej strategii „od pola do stołu” z uwzględnieniem na bieżąco ukazujących się dokumentów, uczestniczo w krajowych i międzynarodowych spotkaniach dotyczących systemów FOPNL oraz opracowano produkt: „Krótkie podsumowanie na temat bieżącej sytuacji z zakresu działań w ramach inicjatywy dotyczącej zmiany przepisów UE na temat informacji przekazywanych konsumentom, jako części unijnej strategii „od pola do stołu”. Ponadto, w 2022 r. przeprowadzono badanie systemów FOPNL niezbadanych w poprzednich latach realizacji zadania. W 2023 r. również prowadzono analizę dokumentów UE z zakresu inicjatywy dotyczącej zmiany przepisów UE na temat informacji przekazywanych konsumentom oraz opracowano produkt: „Krótkie podsumowanie na temat bieżącej sytuacji z zakresu działań w ramach inicjatywy dotyczącej zmiany przepisów UE na temat informacji przekazywanych konsumentom, jako części unijnej strategii „od pola do stołu”. W 2023 r. opracowano też sprawozdanie z przeprowadzonego w 2022 r. badania systemów FOPNL niezbadanych w poprzednich latach realizacji zadania, którego celem było pozyskanie pogłębionej wiedzy dotyczącej rozumienia oznakowania żywności, potrzeb związanych z oznakowaniem żywności wśród osób dokonujących zakupów żywności w sklepach tradycyjnych i internetowych, poznanie odbioru: rozumienia i preferencji w stosunku do istniejących systemów znakowania żywności. Opracowano również materiały edukacyjne i informacyjne dla konsumentów w tym obszarze,

- prowadzenie e-Bazy izomerów trans kwasów tłuszczowych oraz jej aktualizacja na podstawie badań zawartości tych związków w żywności. W 2022 r. wykonano badania analityczne 109 produktów spożywczych w kierunku tłuszczu, z tego w 109 próbkach oznaczono zawartość izomerów trans kwasów tłuszczowych oraz 63 próbek tłuszczu wyekstrahowanego z produktów spożywczych w poprzednim (2021) roku realizacji zadania w kierunku TFA. Łącznie wykonano oznaczenia analityczne 109 produktów w kierunku tłuszczu oraz 172 produktów w kierunku TFA. Dokonano dwóch aktualizacji e-Bazy izomerów trans poprzez aktualizację wyników zawartości TFA dla produktów już występujących w e-Bazie oraz wprowadzenie wyników dla nowych grup produktów spożywczych. W 2023 r. wykonano badania analityczne 83 produktów spożywczych w kierunku tłuszczu, z tego w 83 próbkach tłuszczu wyekstrahowanego z 83 produktów spożywczych oznaczono zawartość izomerów trans kwasów tłuszczowych. Łącznie wykonano oznaczenia analityczne 83 produktów w kierunku tłuszczu oraz 83 produktów w kierunku TFA. Dokonano dwóch aktualizacji e-Bazy izomerów trans oraz uszczegółowiono klasyfikację produktów dotychczas wprowadzonych do e-Bazy i wyodrębniono nowe grupy produktów spożywczych,

- Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci. W 2022 r. rozpoczęto realizację badań dzieci w wieku 7–9 lat w ramach trzeciej rundy badań COSI w Polsce. W 2023 r. kontynuowano realizację badań oraz opracowano raport z badania głównego w ramach trzeciej rundy międzynarodowych badań COSI w Polsce.
- Mając świadomość, że karmienie piersią wykazuje szereg krótko i długofalowych korzyści zdrowotnych zarówno dla dziecka jak i jego matki zostały podjęte działania wspierające karmienie piersią. Promowanie naturalnego karmienia oraz ochrona i wspieranie matek karmiących piersią stanowi jedną z najbardziej efektywnych strategii poprawiających stan zdrowia ludności. W 2023 r. wybrany w ramach konkursu realizator – Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. rozpoczął:
 - prowadzenie bezpłatnych kursów specjalistycznych dla położnych pn. „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”, w 2023 r. przeszkolono 120 położnych,
 - druk i dystrybucję poradnika „Karmienie piersią”, zamieszczonego na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia do szpitali posiadających oddziały położniczo-ginekologiczne w całej Rzeczypospolitej Polskiej. Ponad 300 szpitali otrzymało 210 tys. sztuk poradnika do przekazania swoim pacjentkom,
 - przygotowanie materiałów promujących karmienie piersią z okazji Światowego Tygodnia Karmienia Piersią w 2024 r.

Cel Operacyjny 2

Sprawozdając realizację ustawy przez realizację NPZ 2021–2025, trzeba pamiętać, że akt ten był opracowany z uwzględnieniem szeregu uwarunkowań prawnych, instytucjonalnych, finansowych i organizacyjnych. Mając na uwadze, że mechanizm uzależnienia wiąże się z pewnymi uniwersalnymi prawidłowościami, czynnikami ryzyka oraz czynnikami chroniącymi, problem uzależnień behawioralnych bądź od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu i tytoniu, powinien być rozpatrywany w sposób zintegrowany, co ma swoje odzwierciedlenie w NPZ 2021–2025. Cel operacyjny 2 jest odzwierciedleniem postępującej integracji działań w sferze zdrowia psychicznego, profilaktyki i leczenia uzależnień, będącej wynikiem uznania istotnych spójnych zakresów w tych politykach zdrowotnych.

Z dniem 1 stycznia 2022 r. na mocy ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zostały przekształcone w Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU).

Zgodnie z ww. ustawą, Centrum prowadzi działalność w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych.

Powstanie nowej instytucji, zajmującej się w sposób kompleksowy przeciwdziałaniem problemowemu używaniu substancji psychoaktywnych i uzależnieniom behawioralnym daje szansę na ugruntowanie pozycji problematyki uzależnień w obszarze zdrowia publicznego i w polityce społecznej, jako całości oraz kontynuowania ważnych zadań prowadzonych wcześniej przez Państwową Agencję i Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii. Połączenie doświadczenia, potencjału merytorycznego i organizacyjnego obu podmiotów umożliwia uzyskanie wartości dodanej, skutkującej wzrostem możliwości niesienia pomocy osobom z problemami wynikającymi z różnego rodzaju uzależnień oraz ich bliskim.

KCPU realizuje, zgodnie z art. 8a ustawy, zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii i przeciwdziałanie innym uzależnieniom, w tym dofinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Do zadań KCPU należy m.in:

- wykonywanie zadań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, które polegają na powierzaniu i wspieraniu wykonywania zadań publicznych, wraz z udzielaniem dotacji na finansowanie ich realizacji;
- inicjowanie, wspieranie i prowadzenie działań, które zmierzają do ograniczenia używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w szczególności wśród dzieci i młodzieży;
- inicjowanie, wspieranie i prowadzenie działań w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej, w tym w rodzinach z problemem używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych;
- inicjowanie, wspieranie i prowadzenie działań w zakresie profilaktyki zaburzeń, które wynikają z prenatalnej ekspozycji na alkohol, środki odurzające, substancje psychotropowe, środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne, oraz inicjowanie i wspieranie działań w zakresie pomocy osobom ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) oraz ich rodzinom lub opiekunom;
- prowadzenie działań, które zmierzają do podnoszenia jakości oddziaływań profilaktycznych kierowanych do dzieci i młodzieży;

- współpraca z przedstawicielami instytucji i organizacji, które zajmują się przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie, profilaktyką i rozwiązywaniem problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, a także przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym;
- opracowywanie standardów i rekomendacji w zakresie profilaktyki używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych, a także leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.

Zakres zadań w 2 celu operacyjnym NPZ 2021–2025 obejmuje zadania związane ze zintegrowanym przeciwdziałaniem uzależnieniom, uzależnieniami od tytoniu (nikotyny), alkoholu, narkotyków i od zachowań (uzależnienia behawioralne). Rezultaty osiągnięte w sprawozdawanym okresie to m.in.:

- Prowadzenie Centralnego Wykazu Osób Objętych Leczeniem Substytucyjnym;
- Programy terapeutyczne skierowane do problemowych użytkowników przetworów konopii i osób uzależnionych od nich;
- Poszerzanie i udoskonalanie oferty programów wczesnej interwencji;
- Edukacja kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień behawioralnych;
- Prowadzenie badań dotyczących uzależnień behawioralnych oraz monitorowanie i ewaluacja podejmowanych działań;
- Upowszechnianie standardów i procedur profilaktyki, diagnozy i terapii FASD;
- Działania w ramach Grupy Pompidou Rady Europy. W 2022 r. Przedstawiciel Centrum wraz ze Stałym Korespondentem Grupy Pompidou z ramienia polski wzięli udział w 18 Konferencji Ministerialnej Grupy Pompidou, która odbyła się w Lizbonie. Podczas Konferencji funkcję prezydencji i wice-prezydencji na kolejne cztery lata objęły odpowiednio Włochy i Szwajcaria. Ponadto przedstawiono i przyjęto nowy czteroletni Plan Pracy Grupy Pompidou na lata 2023–2025. W 2023 r. Stały Korespondent Grupy Pompidou z ramienia Polski wziął udział w 4 szczycie szefów państw i rządów, który odbył się w Reykjavíku. Grupa Pompidou zademonstrowała w ten sposób jedność Europy w obliczu agresji Rosji na Ukrainę i ustanowiła odnowiony program polityczny i strategiczny dla Organizacji i jej 46 członków. Ponadto reprezentant Polski brał udział w spotkaniach Biura Grupy Pompidou, a także spotkaniach Stałych Korespondentów

organizowanych w 2023 r. ;Wydawanie czasopisma poświęconego problematyce przemocy w rodzinie;

- Edukacja przedstawicieli ochrony zdrowia w zakresie problematyki przemocy domowej;
- Udział w pracach Komisji Środków Odurzających Narodów Zjednoczonych. W 2023 r. Delegacja Polski (w której skład weszli przedstawiciele Centrum) wzięła udział w 66 sesji Komisji Środków Odurzających, która odbyła się (w formacie hybrydowym) w dniach 13–17 marca 2023 r. W 2023 r. tematem przewodnim podczas Forum Politycznego Wysokiego Szczebla (High-level Political Forum on sustainable development – HLPF) było przyspieszenie wychodzenia z epidemii COVID 19 i pełna realizacja Agendy na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030 na wszystkich poziomach (Accelerating the recovery from the coronavirus disease (COVID-19) and the full implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development at all levels”). Istotnym punktem tegorocznej sesji była dyskusja i głosowanie ws. rekomendacji 45 posiedzenia Komitetu Ekspertów WHO w sprawie 7 NSP, Komisja przyjęła całość przedmiotowych rekomendacji. Polska podczas 66 sesji CND zorganizowała, we współpracy z Grupą Pompidou Rady Europy, side-event pn. „Building professional competences for drug policy implementation and management”, który dotyczył corocznych szkoleń dla kadry zarządzającej polityką narkotykową. Szkolenia te zostały zapoczątkowane podczas polskiej prezydencji Grupy Pompidou i są dotychczas kontynuowane;
- Szkolenia terapeutów w zakresie terapii par i rodzin z problemem alkoholowym;
- Rekomendacje do realizowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na 2022 i 2023 r.;
- Podnoszenie jakości oferty pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym;
- Edukacja sprzedawców napojów alkoholowych w zakresie niesprzedawania alkoholu niepełnoletnim;
- Prowadzenie Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. Celem Pogotowia jest udzielanie pomocy psychologicznej, prawnej i wsparcia dla osób doznających przemocy w rodzinie oraz dla świadków przemocy, a także podejmowanie interwencji;
- Opracowanie i wydanie publikacji „Konopie i medyczne zastosowanie kannabinoidów – praktyczne rekomendacje”;

- Prowadzenie platformy e-terapii oraz aplikacji telefonicznej wspierającej ograniczenie spożywania alkoholu. Platforma internetowa i aplikacja mobilna E-POP jest ofertą samopomocy dla osób pijących alkohol, które chcą zmodyfikować swój wzór picia na mniej szkodliwy oraz może służyć jako narzędzie dla terapeutów i pacjentów w realizacji programu ograniczenia picia alkoholu;
- Prowadzenie poradnictwa w ramach ogólnopolskiego telefonu zaufania oraz poradni internetowej. Poradnia internetowa pod adresem www.narkomania.org.pl oferuje specjalistyczne porady lekarza, prawnika, psychologa i specjalista psychoterapii uzależnień. W Serwisie znajdują się materiały informacyjno-edukacyjne, artykuły, czasopisma poruszające tematykę używania substancji psychoaktywnych, aspekty prawne, FAQ, baza placówek pomocowych.

Cel Operacyjny 3

W ramach celu operacyjnego 3 realizowano w 2022 r. i 2023 r. działania na rzecz poprawy zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży, czy zadania na rzecz zapobiegania depresji. Warto podkreślić też realizację zadań mających na celu podnoszenie kompetencji kadr oraz rozpoczęcie największych od lat, istotnych dla planowania i prowadzenia prozdrowotnej polityki publicznej, badań epidemiologicznych.

W ramach NPZ 2021–2025 zaproponowany został, jako integralna część NPZ, katalog zadań z zakresu zapobiegania zachowaniom samobójczym. Jest to kompleksowy katalog zadań odnoszących się nie tylko do profilaktyki samobójstw, ale także kryzysów psychicznych we wszystkich grupach wiekowych.

Pośród rezultatów działań podejmowanych w tych latach można wymienić:

- dostęp do bezpłatnej pomocy w stanie kryzysu psychicznego – od 2017 r. działa „Centrum Wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie psychicznym” (telefon: 800 70 2222, e-mail: porady@liniawsparcia.pl, strona internetowa, czat), z dyżurem specjalistów tj. psychiatry, prawnika, pracownika socjalnego, terapeuty uzależnień, asystenta zdrowienia i seksuologa. Liczba osób objętych działaniami (świadczona e-zdrowia telefon zaufania/czat/mail/porady) w 2022 r. wynosiła 30 538, z kolei w 2023 r. wynosiła 35 427.
- Kampania edukacyjno-informacyjna mająca na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji oraz autostygmatyzacji osób doświadczających zaburzeń i chorób psychicznych w ramach Zadania 1 Realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym

programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej. Celem kampanii Zobacz Człowieka jest upowszechnienie wiedzy o zjawisku stygmatyzacji i autostygmatyzacji. Kampania ma na celu spowodować, że szeroka opinia publiczna zacznie właściwie rozpoznawać i definiować to zjawisko, oceniając je jako negatywne. W ramach kampanii prowadzone są liczne działania informacyjne i edukacyjne, w tym m.in. artykuły, spoty telewizyjne i radiowe, plakaty, filmy edukacyjne, podcasty skierowane do osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży z udziałem ekspertów i influencerów. Na stronie dedykowanej kampanii Zobacz Człowieka <https://zobaczczlowieka.pl/> dostępne są materiały powstałe w ramach realizacji zadania.

- Rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych, w tym monitorowanie mediów, stosowanie zaleceń specjalistów (np. suicydologów, specjalistów zdrowia publicznego) w opracowywaniu materiałów informacyjnych i innych przekazów o charakterze medialnym przez instytucje publiczne oraz media publiczne.
- Prowadzenie działalności naukowo-badawczej, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych.
- Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego.
- Dobrostan 2021–2022: Dobrostan zawodowy oraz uwarunkowania wypalenia zawodowego specjalistów psychoterapii. W ramach zadania dokonano przeglądu literatury, wykonano badanie jakościowe, badanie ilościowe, przygotowano raportu z badania oraz upowszechniono wyniki.

Cel Operacyjny 4

W ramach celu operacyjnego 4 podejmowano inicjatywy mające na celu edukację na temat wpływu środowiska życia na zdrowie, podejmowano inicjatywy na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmacniania zdrowia pracujących, prowadzono działania w zakresie promocji szczepień, powstawania antybiotykooporności u drobnoustrojów, prowadzono nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi czy prowadzone były bazy danych (oraz ich przetwarzanie i udostępnianie właściwym podmiotom) dotyczące chemicznych zanieczyszczeń żywności, mikrobiologii żywności, dodatków do żywności, bezpieczeństwa materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. W 2022 r. i 2023 r. uznano za konieczne do realizacji:

- prowadzenie działań zapobiegawczych, podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących,
- prowadzenie badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych dla celów nadzoru epidemiologicznego obejmujące:
 - potwierdzenie podejrzenia albo rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej;
 - prowadzenie badań przeglądowych oraz nadzoru środowiskowego zakażeń i chorób zakaźnych oraz wywołujących je biologicznych czynników chorobotwórczych;
 - identyfikacja oraz charakterystyka biologicznych czynników chorobotwórczych w zakresie ich cech genotypowych i fenotypowych, w tym ich lekooporności;
 - badania niezbędne do potwierdzenia nieobecności biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących choroby zakaźne podlegające eliminacji lub eradykacji,
- tworzenie i prowadzenie baz danych: w zakresie chemicznych i biologicznych zanieczyszczeń żywności; dotyczących narażenia pracowników, w tym żołnierzy, na czynniki rakotwórcze i mutagenne; Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych,
- promocja szczepień, utrzymanie funkcjonalności portalu informacyjnego dotyczącego szczepień – działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych,
- przeciwdziałanie powstawaniu antybiotykooporności u drobnoustrojów.
- Prowadzenie Platformy Nadzoru Genomowego w Polsce.
- Raport z działalności Krajowego Laboratorium Referencyjnego.

Warto zauważyć, że w realizację tego celu operacyjnego NPZ wpisuje się także szereg aktywności podejmowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, jednostkę podległą Ministrowi Zdrowia, w ramach jego obowiązków związanych z realizacją i koordynacją realizacji przez podmioty w całym kraju rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS²⁸⁾. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS – realizowany był zarówno w 2022 r. jak i 2023 r. Wśród zrealizowanych w Rzeczypospolitej Polskiej zadań uwzględniono wytyczne dotyczące poniższych zakresów określonych ww. rozporządzeniem:

²⁸⁾ Dz. U. poz. 227.

- zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (w tym edukację i profilaktykę – liczne działania od ogólnopolskich po regionalne i lokalne, skierowane do różnych grup docelowych, dostosowane m.in. do potrzeb poszczególnych populacji, z uwzględnieniem wieku, rodzaju wykonywanego zawodu itp.),
- zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, w tym finansowanie działalności punktów konsultacyjno-diagnostycznych na terenie całego kraju, w których można wykonać test w kierunku HIV anonimowo i bezpłatnie,
- wsparcie i opiekę zdrowotną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (w tym przez realizację programu polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce”,
- współpracę międzynarodową (niezwykle istotną z uwagi na transgraniczny charakter epidemii oraz polską pozycję wypracowaną w ubiegłych dekadach),
- monitoring (na poziomie krajowym oraz regionalnym przez działalność powołanych zgodnie z ww. rozporządzeniem Zespołów, które koordynują prace w województwach, w skład których wchodzi m.in. przedstawiciele urzędów wojewódzkich, marszałkowskich, urzędów miast, wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, oddziałów NFZ, kuratoriów oświaty, służb mundurowych, środowisk medycznych, organizacji pozarządowych).

Cel Operacyjny 5

W NPZ 2021–2025 wyodrębniono cel operacyjny 5 pn. Wyzwania demograficzne.

W ramach powyższego celu zostały zaplanowane zadania z zakresu zdrowia publicznego, dotyczące zdrowotnej polityki senioralnej, polegające m.in. na:

- podnoszeniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa,
- edukacji zdrowotnej,
- promocji zdrowia i profilaktyce chorób,
- tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu,
- ułatwianiu podejmowania wyborów prozdrowotnych skierowanych do osób starszych,

oraz zdrowia prokreacyjnego, w tym działania:

- edukacyjne,
- profilaktyczne,
- szkoleniowe,

- konferencyjne,
- badawcze.

W latach 2022–2023 realizowano w tym celu:

- Działania na rzecz koordynacji opieki nad osobami starszymi dostępnej w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- Działania edukacyjne ukierunkowane na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad unikania skutków polipragmazji,
- Upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej. W 2023 r. wybrany w ramach konkursu realizator – Uniwersytet Medyczny w Lublinie opracował Informator pt. „ABC opieki okołoporodowej”, którego celem jest przekazanie, w sposób przystępny wiedzy o organizacji opieki okołoporodowej wynikającej z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324). Informator skierowany do kobiet w ciąży jest dostępny w poradniach ginekologicznych oraz u położnych podstawowej opieki zdrowotnej.
- W latach 2022–2023 realizowana była kampania informacyjno-promocyjna na temat zaburzeń otępiennych, realizowanej. Hasło przewodnie kampanii brzmiało „Zostań dłużej na scenie życia”. Kampania miała na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat zaburzeń otępiennych, w tym ich objawów, wagi wczesnego rozpoznania choroby, a także kształtowanie właściwych postaw wobec chorych i ich bliskich.
- Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych.

Kreowanie postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszenie kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego

- Rozwój usług wspierających zdrowie i jakość życia związaną ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów nieformalnych, w szczególności przez rozwój dziennych form wsparcia i pomocy psychologicznej.
- Edukacja przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie potrzeb zdrowotnych osób starszych.
- Badania dotyczące stanu zdrowia osób starszych i współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia osób starszych.

Zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze – zadania wspierające

Informacja o zadaniach realizowanych w poszczególnych obszarach merytorycznych zdefiniowanych przez cele operacyjne NPZ wymaga uzupełnienia przez podkreślenie tak wagi zadań koordynacyjnych realizowanych w ramach działalności statutowej Ministerstwa Zdrowia jak i kluczowego charakteru inicjatyw mających na celu monitoring i analizę efektywności i adekwatności podejmowanych wysiłków na terenie kraju, realizowanych przez administrację rządową i inne zaangażowane podmioty. Wśród zadań realizowanych w 2022 r. i 2023 r. należy wymienić przede wszystkim:

- przygotowanie w 2022 r. kompleksowej publikacji opisującej sytuację zdrowotną ludności Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania, z uwzględnieniem społecznych nierówności w zdrowiu,
- upowszechnianie wiedzy na temat powiązań między różnymi zagrożeniami dla zdrowia lub korelującymi czynnikami ryzyka i chroniącymi,
- testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych, niż określone w NPZ przez programy pilotażowe,
- gromadzenie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w danym roku oraz sporządzanie raportów,
- rozwój portalu pacjent.gov.pl jako wiarygodnego źródła informacji,
- działania na rzecz podnoszenia zgłaszalności do rządowych programów profilaktycznych i szczepień obowiązkowych.

Działalność innych ministerstw

Warto podkreślić, że do zmian sytuacji zdrowotnej populacji przyczynia się wiele czynników nieobjętych zakresem działania Ministra Zdrowia, a tym bardziej zakresem jego działania związanym z dodatkowym finansowaniem, o którym mowa w art. 29 ustawy i powyżej opisanym. Czynniki środowiskowe – zarówno społeczno-ekonomiczne jak i te w miejscu pracy, nauki, zamieszkania i rekreacji, determinują bardzo istotnie poziom ryzyka powstania wielu chorób. Dużą zasługą innych ministrów jest inicjowanie i podejmowanie programów rządowych przyczyniających się do kreowania środowisk prozdrowotnych, w różnych wymiarach istotnych dla ich funkcjonowania. Należy podkreślić, że opisane poniżej działania realizowane są zarówno w ramach projektów z określonym dla nich poziomem finansowania, jak i w ramach działalności bieżącej zgodnej z kompetencjami poszczególnych działów administracji

rządowej. Poziom zaangażowania i wpływu Ministra Zdrowia na kształt, zakres i sposób realizacji programów i innych działań był w ostatnich latach zróżnicowany – przedstawiciele Ministra Zdrowia uczestniczyli lub uczestniczą w procesie ich opracowywania, biorą udział w komitetach sterujących, zespołach roboczych lub konsultują je w ramach codziennej współpracy ministerstw. W latach 2022–2023 można było zaobserwować jeszcze ściślejszą współpracę w ramach planowania i realizacji zadań innych ministrów, finansowanych ze środków, o których mowa w art. 29 ustawy, uwzględnianych w rocznych harmonogramach realizacji NPZ 2021–2025.

Ministerstwo Sportu i Turystyki

Ministerstwo w latach 2022–2023 prowadziło prozdrowotną politykę publiczną w zakresie promowanie kultury fizycznej w ramach ogólnopolskiego Programu „Szkolny Klub Sportowy”. Głównym celem programu jest aktywizacja dzieci i młodzieży szkolnej oraz budowa systemu identyfikacji utalentowanych uczniów, których można w przyszłości skierować do sekcji sportowych w klubach. Program zakłada systemowe dofinansowanie organizacji pozalekcyjnych zajęć sportowych prowadzonych przez nauczycieli wychowania fizycznego głównie na terenie obiektów szkolnych. Program ten jest finansowany ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej. Łączna kwota przyznana w 2022 r. na dofinansowanie przedsięwzięcia to 57 633 245 zł ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej. Podczas szóstej edycji programu Szkolny Klub Sportowy dofinansowano ponad 14,7 tys. grup ćwiczebnych i zapewniono systemowe dofinansowanie organizacji pozalekcyjnych zajęć sportowych prowadzonych przez nauczycieli wychowania fizycznego (12 740 nauczycieli) głównie na terenie obiektów szkolnych. Program był realizowany we wszystkich 380 powiatach – w 2 173 gminach. Podczas szóstej edycji programu Szkolny Klub Sportowy przeprowadzono łącznie 876 574 godz. zajęć sportowych w 92 sportach, w których udział wzięło blisko 338 tys. uczniów. W 2023 r. zapewniono dofinansowanie (ponad 15,1 tys. grup ćwiczebnych) organizacji pozalekcyjnych zajęć sportowych prowadzonych przez nauczycieli wychowania fizycznego (13 204 nauczycieli) głównie na terenie obiektów szkolnych. Łączna kwota przyznana w 2022 r. na dofinansowanie przedsięwzięcia to 72 300 171 zł. Program był realizowany we wszystkich 380 powiatach – w 2189 gminach. Podczas siódmej edycji programu Szkolny Klub Sportowy przeprowadzono łącznie 957 652 godz. zajęć sportowych w 92 sportach. Wzięło w nich udział ponad 340 tys. uczniów.

Ministerstwo dofinansowało również ogólnodostępne zajęcia sportowe dla uczniów z elementami gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej skierowane do uczniów szkół podstawowych (w tym korzystających z wychowania przedszkolnego) i gimnazjów. Głównym celem organizacji zajęć jest aktywizacja sportowa dzieci i młodzieży szkolnej oraz profilaktyka wad postawy, w formie odpowiadającej wiekowi i możliwościom psychoruchowym

uczestników. W sprawozdawanych latach zadanie realizowały podmioty o zasięgu ogólnopolskim jak również lokalne organizacje sportowe zlokalizowane na terenie całego kraju. W 2022 r. realizacja zadania umożliwiła uczestnictwo ponad 138,1 tys. dzieci i młodzieży w zorganizowanych pozalekcyjnych zajęciach sportowych z elementami profilaktyki wad postawy. W 2023 r. w programie wzięło udział ponad 112,3 tys. osób.

Ministerstwo Edukacji i Nauki

Ministerstwo Edukacji i Nauki koordynowało działania w środowisku szkolnym z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia czy podnoszenia kompetencji kadr. Pośród zadań realizowanych przez MEiN wymienić należy:

- realizację projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej, takich jak:
 - Pozytywny klimat szkoły: Poradnia on-line – ochrona zdrowia psychicznego dzieci, młodzieży, nauczycieli w okresie pandemii i po powrocie do szkół po nauce zdalnej. Zastosowanie profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej w ramach działalności poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego i współpracy międzysektorowej w środowisku lokalnym; Klimat szkoły – ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży poprzez stwarzanie warunków do budowania pozytywnego klimatu w środowisku nauczania i wychowania oraz doskonalenie umiejętności rozwiązywania sytuacji trudnych i konfliktowych;
 - Pozytywna szkoła: Platforma do diagnozy – podejmowanie trafnych, opartych na podstawach naukowych działań wychowawczo-profilaktycznych w szkołach i placówkach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego uczniów, rodziców i nauczycieli, budowanie pozytywnego klimatu szkoły lub placówki, przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym; Promocja i profilaktyka zdrowia psychicznego; Szkolny wolontariat – realizacja projektów edukacyjnych, wychowawczych lub społecznych aktywizujących do działań wolontariackich grupy uczniów ze szkół; Standardy wsparcia dziecka – podniesienie jakości pracy z dzieckiem, uczniem i rodziną w zakresie psychoterapii i pomocy psychologicznej w publicznych i niepublicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym specjalistycznych oraz w placówkach wychowania przedszkolnego, szkołach i placówkach.
- realizację działań w ramach Porozumienia międzyresortowego w zakresie prowadzenia spójnej polityki przeciwdziałania narkomanii w szkołach i placówkach.

Liczne zadania z zakresu zdrowia publicznego związane z przygotowaniem uczniów do odpowiedzialnego i zdrowego życia, realizowała jednostka podległa Ministrowi Edukacji i Nauki – Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE). Ośrodek opracował materiały edukacyjne, realizował szkolenia, organizował konkursy w celu upowszechniania wiedzy i podnoszenia kompetencji zarówno kadry pedagogicznej, jak i uczniów. ORE prowadził działania edukacyjne w zakresie zdrowego żywienia i promowania aktywności fizycznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, przeciwdziałania przemocy, upowszechnienia i podnoszenia świadomości na temat znaczenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w procesie edukacyjnym w ramach Sieci Szkół i Przedszkoli Promujących Zdrowie. ORE prowadził i aktualizował zasoby edukacyjne w Banku Dobrych Praktyk.”.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Działania Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, tak wobec określonego w ustawie zadania ograniczania nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, ale i celu strategicznego NPZ jakim jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, mają szczególne znaczenie dla realizacji tej ustawy. I należy tu mieć na uwadze wszelkie działania mające pozytywny wpływ na rynek pracy czy dostarczające świadczeń pieniężnych czy innych mechanizmów z zakresu pomocy społecznej, których beneficjentami są różne grupy społeczne i demograficzne.

W ramach aktywności na rzecz zdrowia publicznego Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, wobec zdefiniowanych trendów demograficznych odzwierciedlonych w celu operacyjnym 5 NPZ, należy wyróżnić prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych, w tym: tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych, wspieranie aktywności osób starszych na poziomie lokalnym, wspieranie osób starszych przez umożliwienie korzystania z nowoczesnych technologii przeciwdziałających e-wykluczeniu, wspieranie i promowanie zorganizowanych zajęć adresowanych do osób starszych, z włączeniem w nie młodszych pokoleń, w celu wzmacniania więzi międzypokoleniowych.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji we współpracy z jednostkami podległymi w 2022 r. i 2023 r. realizowało szereg działań informacyjnych, edukacyjnych, profilaktycznych i badawczych z zakresu zdrowia publicznego. Zadania te skierowane były zarówno do pracowników służb mundurowych, jak i do populacji ogólnej, ze szczególnym uwzględnieniem

dzieci i młodzieży. Działania tych instytucji dotyczyły ograniczenia ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym (w miejscu zamieszkania, rekreacji, ale też w miejscu służby i pracy), upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań oraz profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi, a także prawidłowego żywienia i podejmowania aktywności fizycznej.

Pośród realizowanych inicjatyw na szczególną uwagę, z uwagi na ich wpływ na zdrowie populacji, zasługują:

- Promowanie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych. Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom, Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu), Zapewnienie skutecznego przestrzegania przepisów obowiązującego prawa w zakresie polityki antynikotynowej,
- wsparcie realizacji NPZ w obszarze ograniczania popytu i podaży przez opracowanie i realizację resortowych programów, planów działania lub wytycznych ograniczania podaży i popytu środków psychoaktywnych, specjalistyczne szkolenia Policji z zakresu ograniczenia obrotu i dostępności środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych, ograniczenie krajowej produkcji narkotyków syntetycznych oraz konopi innych niż włókniste,
- prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych.

Ministerstwo Obrony Narodowej

Ministerstwo Obrony Narodowej najczęściej podejmowało zadania z zakresu zdrowia publicznego wśród służb mundurowych i ich rodzin, psychologów i psychiatrów wojskowych oraz – szerzej – pracowników podmiotów leczniczych MON – część zadań była realizowana

przez podmioty podległe Ministerstwu, zwłaszcza w ramach celu operacyjnego 4 NPZ, zgodnie z ich kompetencjami. Działania najczęściej miały charakter informacyjny, edukacyjny (zadania dotyczące m.in. modelu prawidłowego żywienia dla służb mundurowych, radzenia sobie ze stresem, mobbingiem), profilaktyczny (np. realizacja szczepień ochronnych), realizowano liczne szkolenia (na temat zdrowego odżywiania i zdrowego stylu życia, zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, pomocy psychologicznej dla pracowników służb mundurowych), nadzorczy oraz badawczy (badania dotyczące zdrowia służb mundurowych).

Wśród zadań na rzecz zdrowia publicznego realizowane przez Ministerstwo Obrony Narodowej i jej jednostki podległe w latach 2022–2023 należy wymienić:

- promowanie inicjatyw dotyczących prawidłowego żywienia i podejmowania aktywności fizycznej wśród służb mundurowych, w tym m.in. w zakresie opracowania materiałów edukacyjnych, przygotowania platformy edukacyjnej czy badań krwi – w celu oceny zaburzeń metabolicznych żołnierzy zgłaszających się na konsultacje psychodietetyczne w celu zindywidualizowania zaleceń dietetycznych,
- promowanie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych poprzez szkolenia z zakresu prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej w aspekcie metabolicznych chorób cywilizacyjnych oraz podniesienia odporności organizmu,
- ocenę wpływu ekspozycji na czynniki chemiczne, biologiczne i fizyczne wynikające ze specyfiki służby żołnierzy zawodowych z wyłączeniem lotnictwa wojskowego i Marynarki Wojennej m.in. poprzez: opracowanie zbiorczych map ryzyka zdrowotnego dla środowiska służby żołnierzy zawodowych Wojsk Lądowych, opracowanie ryzyka zdrowotnego dla zagrożeń fizycznych tj. promieniowanie elektromagnetyczne, promieniowanie jonizujące, hałas, opracowanie mapy ryzyka zdrowotnego dla zagrożeń chemicznych, biologicznych, środowiskowych w rejonach dyslokacji Jednostek Wojskowych żołnierzy zawodowych Wojsk Lądowych. ocenę wpływu uwarunkowań otoczenia (fizycznych, biologicznych i chemicznych) wynikający ze specyfiki życia żołnierzy zawodowych Marynarki Wojennej (z wyłączeniem lotnictwa wojskowego), funkcjonariuszy służb mundurowych i ich rodzin; działalność naukowo-badawcza oraz współpraca międzynarodowa, w tym zlecenie kompleksowego badania sposobu żywienia i stanu odżywiania żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy z identyfikacją czynników ryzyka rozwoju otyłości, z oceną aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu,
- prowadzenie działań mających na celu podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej dotyczącej wpływu egzogennych czynników ryzyka zagrożenia zdrowia i życia, a także

czynników ryzyka chorób układu krążenia w Siłach Powietrznych, Wojskach Obrony Terytorialnej oraz pracowników wojska,

- przygotowanie i wprowadzenie do realizacji programów informacyjnych i szkoleniowych na temat agresji i mobbingu oraz szkolenie w zakresie metod psychoterapeutycznych zaburzeń związanych ze stresem, stresem traumatycznym oraz zapobieganiu następstwom stresu – działania informacyjno-edukacyjne i szkoleniowe mające na celu podniesienie kompetencji psychologów wojskowych w pomocy osobom w radzeniu sobie z mobbingiem, agresją, stresem, dostarczenie wiedzy oraz podniesienie kompetencji żołnierzy, ich rodzin, weteranów w zakresie radzenia sobie z tymi problemami,
- przygotowanie i wprowadzenie do realizacji programów informacyjno-edukacyjnych, szkoleniowych oraz wprowadzenie metod i narzędzi diagnostycznych dotyczących zaburzeń związanych ze stresem, stresem traumatycznym oraz metod zapobiegania następstwom stresu w środowisku wojskowym,
- nadzór nad warunkami pracy i inne działania w środowisku służby i pracy, w tym: prowadzenie programów redukcji nadwagi i otyłości wśród służb mundurowych, ograniczanie ekspozycji na nadmierny hałas, zmniejszanie narażenia na biologiczne czynniki chorobotwórcze.

Ministerstwo Sprawiedliwości

W sprawozdawanym okresie Ministerstwo Sprawiedliwości realizowało zadania przez:

- Służbę Więzienną wobec funkcjonariuszy i pracowników tej służby,
- kuratorską służbę sądową wobec nieletnich skierowanych przez sąd do ośrodka kuratorskiego w ramach środka wychowawczego oraz szkolenia dla kuratorów sądowych realizujących zadania w ośrodkach kuratorskich,
- pedagogów dla wychowanków zakładów poprawczych, schronisk dla nieletnich oraz okręgowych ośrodków wychowawczych oraz dyrektorów tych placówek dla kadry pedagogicznej tam zatrudnionej.

Zakres merytoryczny i charakter tych działań obejmował:

- poszerzenie świadomości funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, która pomoże przeciwdziałać patologiom społecznym i zawodowym, wpłynie na wzrost kompetencji kadry Służby Więziennej umożliwiających wdrażanie nowoczesnych metod w zakresie promowania prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej,

- profilaktykę zdrowia psychicznego i patologii społecznej oraz promocję zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży przejawiających cechy demoralizacji w ośrodkach kuratorskich,
- działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego – realizacja programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych w placówkach dla nieletnich,
- poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego,
- prowadzenie edukacji kadr (w tym w formie szkoleń) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień.

Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi

Niezależnie od realizacji zadań związanych z bezpieczeństwem żywności w zakresie nadzoru nad produkcją rolną czy prowadzenia polityki rolnej mającej wpływ na strukturę produkcji żywności, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi jest odpowiedzialne za nadzorowanie unijnego „Programu dla szkół”, będącego jednym z mechanizmów Wspólnej Polityki Rolnej. Program ten łączy realizowane w poprzednich latach programy „Mleko w szkole” i „Owoce i warzywa w szkole”. Celem podstawowym Programu dla szkół jest upowszechnianie wśród dzieci zdrowych nawyków żywieniowych, skutkujące zwiększeniem w ich diecie udziału świeżych owoców i warzyw oraz mleka spożywczego. Co bardzo istotne organy UE określając założenia programu jako problem, do rozwiązania którego program ma się przyczyniać, wskazały spadkową tendencję spożycia ww. produktów szczególnie wśród dzieci oraz coraz powszechniejsze występowanie wśród nich otyłości, będącej skutkiem utrwalonych niepożądanych nawyków żywieniowych polegających na spożywaniu wysoko przetworzonych środków spożywczych, często z dodatkiem cukru, soli oraz tłuszczu.

Ponadto Ministerstwo realizuje Program Wieloletni na lata 2019–2023 pn. „Ochrona zdrowia zwierząt i zdrowia publicznego”, w ramach którego prowadzone są badania z zakresu kontroli występowania substancji niedozwolonych w żywności pochodzenia zwierzęcego i substancji niepożądanych w paszach, oceny występowania chorób odzwierzęcych, oceny stanu występowania chorób zakaźnych zwierząt hodowlanych i wolno żyjących, a także z zakresu monitorowania wielkości obrotu produktami leczniczymi weterynaryjnymi.

Ponadto Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi realizuje zadania związane z wprowadzaniem do obrotu środków ochrony roślin, w tym w zakresie oceny ich oddziaływania na zdrowie człowieka i zwierząt wynikającego ze stosowania środka ochrony roślin, a także pozostałości (zdrowie konsumenta). Tym samym Ministerstwo zwraca szczególną uwagę, aby dopuszczane do obrotu środki ochrony roślin nie wykazywały szkodliwego wpływu na zdrowie

ludzi lub zwierząt, bezpośrednio lub poprzez wodę pitną, żywność, paszę lub powietrze ani skutków w miejscu pracy.

Ministerstwo Klimatu i Środowiska

W latach 2022–2023 Ministerstwo kontynuowało prowadzenie polityki ukierunkowanej na zmniejszenie narażenia na fizyczne, chemiczne i biologiczne czynniki ryzyka zdrowotnego przez wspieranie poprawy jakości powietrza w ramach koordynacji Programu "Czyste Powietrze". Zadanie to jest realizowane przez wspieranie termomodernizacji, wdrażanie nowego systemu oceny jakości powietrza metodami modelowania matematycznego, ustanowienia wymagań jakościowych dla paliw stałych, ograniczenia emisji z transportu drogowego, powołania doradców energetycznych, organizowaniu spotkań w gminach oraz szkoleniu przez Doradców Energetycznych pracowników Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej. Prowadzono również ogólnopolską kampanię „Nasz Klimat” – kampanię informacyjno-edukacyjną której głównym celem jest podniesienie świadomości ekologicznej społeczeństwa na temat indywidualnych działań, jakie można podejmować na rzecz ochrony klimatu. Istotnym zadaniem kampanii jest kreowanie pozytywnych wzorców w zakresie inicjatyw społecznych oraz codziennych nawyków, które przyczyniają się do zahamowania negatywnych skutków zmian klimatycznych (m.in. oszczędzanie zasobów naturalnych, zrównoważona konsumpcja, korzystanie z przedmiotów powstałych z recyklingu lub biodegradowalnych). Kampania „Nasz Klimat” była w omawianym okresie prowadzona wielokanałowo: za pośrednictwem m.in. mediów tradycyjnych (telewizja, prasa drukowana, radio) i Internetu (bannery, media społecznościowe – Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, podcasty i serwisy VOD) Tylko w 2022 r. emisją spotów objęto ponad 18mln osób.

Ministerstwo realizowało również zadania dotyczące ograniczania ekspozycji na nadmierny hałas m.in. przez badania pomiarowe.

Ponadto, opracowano i przeprowadzono proces legislacyjny projektów rozporządzeń Ministra Klimatu i Środowiska:

- z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych ujętych na strategicznych mapach hałasu, sposobu ich prezentacji i formy ich przekazywania (Dz. U. 2022 poz. 2795),
- z dnia 7 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu ochrony środowiska przed hałasem (Dz. U. 2022 poz. 2786).

Celem ww. nowelizacji było m.in. wprowadzenie wymogu oceny szkodliwych skutków hałasu w procesie sporządzania strategicznych map hałasu oraz wykonywanych na ich podstawie programów ochrony środowiska przed hałasem. W ramach prac nad tymi dokumentami prowadzone były szacunki dotyczące zmniejszenia liczby osób dotkniętych skutkiem znacznej

uciażliwości hałasu (HA) oraz szkodliwymi skutkami takimi, jak: znaczne zaburzenia snu (HSD) i choroba niedokrwienna serca (IHD). W związku z implementacją nowych przepisów Ministerstwo Klimatu i Środowiska prowadziło szkolenia dla marszałków województw w zakresie przygotowywania programów ochrony środowiska przed hałasem.

Powyższe działania miały na celu zwiększenie efektywności realizacji programów ochrony środowiska przed hałasem, co powinno wpłynąć pozytywnie na zapewnienie właściwego klimatu akustycznego środowiska, a tym samym na zdrowie ludzi.

Pozostałe ministerstwa

Omawiając zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowane przez administrację rządową należy mieć na uwadze cały katalog działań innych ministerstw kształtujących środowisko życia i otoczenie prawne mające wpływ na zachowania zdrowotne oraz stanowiących wykonanie prawa (przez szereg działań nadzorczych i kontrolnych).

Ministerstwo Finansów we współpracy z Krajową Administracją Skarbową (KAS) realizowało zadania w zakresie eliminowania nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi, suszem tytoniowym oraz wyrobami powiązanymi, ograniczenia skali przemytu i liczby nielegalnych miejsc odkażania alkoholu, prowadzenia działań zmierzających do ograniczenia przywozu na terytorium RP substancji psychoaktywnych oraz egzekwowanie opłaty za napoje bezalkoholowe, w których składzie znajduje się co najmniej jedna substancja o właściwościach słodzących, kofeina lub tauryna.

W wyniku działań Krajowa Administracja Skarbowa w 2022 r. w 1597 przypadkach ujawniła 72 374 litrów różnego rodzaju wyrobów alkoholowych. Ujawniła i zlikwidowała także 1 nielegalne miejsce odkażania/rozlewu alkoholu oraz 23 bimbrownie. Natomiast w 2023 r. Krajowa Administracja Skarbowa w 1511 przypadkach ujawniła 22 514 litrów różnego rodzaju wyrobów alkoholowych. KAS ujawniła i zlikwidowała także 2 nielegalne miejsce odkażania/rozlewu alkoholu oraz 21 bimbrowni.

W 2022 r. KAS ujawniła i zlikwidowała (sama lub we współpracy z innymi służbami) 23 nielegalne fabryki oraz 21 krajalni wyrobów tytoniowych. Zatrzymano także 199 mln sztuk papierosów, 101,6 tys. kg krajanki oraz 128,1 tys. kg suszu tytoniowego.

Natomiast w 2023 r. KAS ujawniła i zlikwidowała (sama lub we współpracy z innymi służbami) 16 nielegalnych fabryk oraz 13 krajalni wyrobów tytoniowych. Zatrzymano także 195,3 mln sztuk papierosów, 106,8 tys. kg krajanki oraz 96,8 tys. kg suszu tytoniowego. Ponadto KAS realizowała działania mające na celu ograniczenie podaży środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP. W wyniku tych działań Krajowa Administracja Skarbowa w 2022 r. – dokonała łącznie 470 ujawnień środków narkotycznych. W 2023 roku Krajowa Administracja Skarbowa dokonała 830 ujawnień środków narkotycznych.

Także **Ministerstwo Infrastruktury** we współpracy z Państwowym Gospodarstwem Wodnym Wody Polskie realizowało zadania z zakresu zdrowia publicznego.

W 2023 r. Państwowe Gospodarstwo Wodne Wody Polskie, w zakresie działań edukacyjnych podjęło szereg czynności, koncentrujących się wokół zwrócenia uwagi na problem zanieczyszczeń wód, edukacji wodnej i bezpiecznej rekreacji wodnej, co wpisuje się na wpływ środowiska życia na zdrowie. Ponadto Ministerstwo koordynowało zadania z zakresu zdrowia publicznego podejmowane przez jednostki podległe bądź nadzorowane:

- Polskie Koleje Państwowe (PKP) w 2022 r. prowadziły działania promocyjno-edukacyjne z zakresu zdrowia w warunkach epidemii i stanu zagrożenia epidemicznego. W 2023 r. podejmowane były działania z obszaru promocji zdrowia na stanowiskach kolejowych w warunkach badań profilaktycznych po epidemii
- Główny Inspektorat Transportu Drogowego podejmował działania mające na celu poprawę bezpieczeństwa ruchu drogowego w ramach automatycznego nadzoru nad ruchem drogowym oraz realizował projekty edukacyjno-informacyjne promujące zasady bezpieczeństwa w ruchu i transporcie drogowym, a także uczestniczył w konferencjach, akcjach charytatywnych, piknikach, festynach i imprezach branżowych poświęconych tematyce bezpieczeństwa ruchu drogowego.

W ramach realizowanych działań informacyjnych GITD, we współpracy ze służbami sanitarnymi (GIS), promował zasady zdrowego trybu życia wśród kierujących pojazdami, w tym ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb kierowców zawodowych (m.in.: ryzyka wynikające z używania środków psychoaktywnych, palenia papierosów, prowadzenia pojazdów niezgodnie z normami czasu pracy, braku aktywności fizycznej, problemów z nadwagą, chorób układów krążenia, schorzeń kręgosłupa).

Inspektorat prowadził także akcję „Bezpieczna Szkoła Krokodylka Tirka” lekcje bezpieczeństwa skierowane do uczniów szkół podstawowych oraz podopiecznych przedszkoli. Lekcje te odbywały się m.in. z udziałem Małżonki Prezydenta RP, Ministra Infrastruktury, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Edukacji i Nauki. W trakcie lekcji realizowanych we współpracy z Ministerstwem Zdrowia poruszano tematykę bezpieczeństwa w ruchu drogowym oraz z zakresu edukacji zdrowotnej. GITD prowadził również działania w zakresie zapobiegania rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19.

Ponadto w ramach promowania prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych GITD realizowało działania w ramach „dni aktywności fizycznej”. Tylko w 2023 r. działanie to objęło 6500 osób.

Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego realizowało akcję „60+Kultura” skierowaną do osób powyżej sześćdziesiątego roku życia. Dzięki akcji seniorzy mieli okazję dowiedzieć się i zobaczyć, jak wiele do zaoferowania mają działające w ich okolicy placówki kultury. Wśród bezpłatnych lub płatnych symboliczną złotówkę propozycji były m.in. oprowadzania po muzeach, spacerów tematyczne, wystawy, spektakle, projekcje filmów, koncerty, warsztaty, spotkania autorskie, prelekcje, a nawet zajęcia gimnastyczne i taneczne oraz podróże w świecie wirtualnym. Dodatkowo Ministerstwo realizowało programy: Dojrzała sztuka, Edukacja kulturalna, Kultura dostępna czy Dekady ze sztuką – wykłady dla seniorów na trzydziestolecie międzynarodowego Centrum Kultury.

Z kolei jednostki podległe **Ministerstwu Edukacji i Nauki** – Narodowe Centrum Badań i Rozwoju i Narodowe Centrum Nauki, zapewniały finansowanie badań w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

W 2022 r. **Ministerstwo Spraw Zagranicznych** realizowało liczne zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach koordynacji współpracy międzynarodowej.

W realizacji zadań z zakresu współpracy międzynarodowej na rzecz zdrowia publicznego w 2022 r. Stałe Przedstawicielstwo RP przy Biurze Narodów Zjednoczonych w Genewie współpracowało przede wszystkim z wyspecjalizowaną organizacją systemu Narodów Zjednoczonych – Światową Organizacją Zdrowia (WHO). Prace w ramach tej organizacji koncentrowały się na przygotowaniu i wsparciu merytorycznym w przebiegu obrad 150. sesji Rady Wykonawczej (EB) WHO oraz 75. sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA). W ramach 75. Sesji WHA została wypracowana i przyjęta rezolucja współautorstwa Polski dot. skutków zdrowotnych agresji Rosji na Ukrainę. Przedstawiciel polskiej placówki zagranicznej w Genewie wraz z delegatami z Ministerstwa Zdrowia brał również udział w spotkaniach organizowanych w gronie państw Unii Europejskiej i na forum WHO w zakresie prac nad tzw. traktatem pandemicznym oraz nowelizacją Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.

Natomiast prace w nowojorskim ośrodku ONZ w ramach problematyki zdrowotnej w dużej mierze w 2022 r. nadal koncentrowały się na odpowiedzi na skutki pandemii COVID-19, a jednym z istotnych elementów dyskusji była kwestia zapewnienia równego i powszechnego dostępu do szczepionek przeciwko COVID-19.

W wystąpieniach na forum Rady Bezpieczeństwa ONZ i Zgromadzenia Ogólnego ONZ, poświęconych sytuacji humanitarnej na Ukrainie, Polska informowała o pomocy udzielanej ukraińskim uchodźcom, w szczególności w zakresie udzielonego im w Polsce dostępu do opieki zdrowotnej.

Polska aktywnie uczestniczyła w dyskusji dot. zdrowia psychicznego, m.in. poprzez wygłoszenie wystąpienia podczas spotkania Rady Bezpieczeństwa ONZ w formule Arria na

temat zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w kontekście konfliktów zbrojnych, które odbyło się w dniu 25 marca 2022 r. Ponadto Polska dołączyła do grona państw, które poparły inicjatywę Meksyku zatytułowaną „Call to Action on Mental Health and Psychosocial Support”, opierającą się na rekomendacjach przedstawionych podczas ww. spotkania Rady Bezpieczeństwa ONZ.

Stałe Przedstawicielstwo RP przy ONZ w Nowym Jorku kontynuowało zaangażowanie w promocję tematyki ochrony zdrowia w konfliktach zbrojnych. 24 maja 2022 r. odbyło się współorganizowane przez Polskę wirtualne wydarzenie wysokiego szczebla poświęcone ochronie zdrowia w konfliktach zbrojnych i wdrażaniu zapisów rezolucji Rady Bezpieczeństwa ONZ nr 2286. Zostało ono przygotowane razem z Hiszpanią, International Rescue Committee (IRC) i Safeguarding Health in Conflict Coalition (SHCC). Do wydarzenia w charakterze sponsorów dołączyły: Kanada, Unia Europejska, Meksyk i Francja. Spotkanie zostało zorganizowane w ramach tygodnia na rzecz ochrony ludności cywilnej (Protection of Civilians week), które odbył się na marginesie debaty Rady Bezpieczeństwa ONZ

dotyczącej ochrony ludności cywilnej w konfliktach zbrojnych w dniu 25 maja 2022 r. Polska nadal była zaangażowana w dyskusję dotyczącą walki z HIV/AIDS, w szczególności wzięła aktywny udział w posiedzeniu Zgromadzenia Ogólnego ONZ na temat postępów w walce z HIV/AIDS na świecie, które odbyło się w dniu 9 czerwca 2022 r. W wystąpieniu narodowym Polska podkreśliła zaangażowanie w tę problematykę, informując o działaniach podejmowanych na szczeblu krajowym.

W 2023 r. Ministerstwo Spraw Zagranicznych kontynuowało realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach koordynacji współpracy międzynarodowej.

Na forum ONZ w Nowym Jorku toczyły się 3 międzyrządowe procesy dotyczące globalnej agendy zdrowotnej poświęcone przygotowaniom i odpowiedzi na pandemię, walce z gruźlicą oraz powszechnemu dostępowi do opieki zdrowotnej. Zwieńczeniem wyżej wymienionych procesów były 3 spotkania wysokiego szczebla które odbyły się w dniach 20– 22 września 2023 r. w Nowym Jorku, podczas których przyjęto wynegocjowane wcześniej deklaracje polityczne. Stały Przedstawiciel RP pełnił funkcję facylitatora (razem z Uzbekistanem) procesu międzyrządowych negocjacji prowadzących do spotkania wysokiego szczebla na temat walki z gruźlicą.

Ponadto Stały Przedstawiciel RP wziął udział w Konferencji nt. Zdrowych Płuc i specjalnej sesji poświęconej spotkaniu wysokiego szczebla w sprawie gruźlicy, która odbyła się w Paryżu 18 listopada 2023 r. Polska przedstawiła wówczas informacje nt. przyjętej wcześniej na forum ONZ deklaracji politycznej w sprawie walki z gruźlicą.

W 2023 r. Stałe Przedstawicielstwo RP przy ONZ w Nowym Jorku kontynuowało długoletnie zaangażowanie w tematykę ochrony zdrowia podczas konfliktów zbrojnych. W ramach corocznego tygodnia ochrony ludności cywilnej Polska zorganizowała 24 maja 2023 r. – we współpracy z Hiszpanią, International Rescue Committee (IRC) i Safeguarding Health in Conflict Coalition (SHCC) – wydarzenie nt. ochrony zdrowia podczas konfliktów zbrojnych. W charakterze sponsorów dołączyły również: Unia Europejska, Norwegia, Kanada, Geneva Call, Watchlist on Children and Armed Conflict oraz Physicians for Human Rights.

W I połowie 2023 r. na forum ONZ w Nowym Jorku trwały także prace nad rezolucją zainicjowaną przez Meksyk, nt. zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego. Dokument został przyjęty przez ZO ONZ w czerwcu 2023 r., a Polska znalazła się w gronie jego sponsorów.

Stałe Przedstawicielstwo RP w Genewie w 2023 r. realizowało zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach współpracy z wyspecjalizowaną organizacją NZ – Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz Wspólnym Programem Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS (UNAIDS). Prace koncentrowały się na przygotowaniu i wsparciu merytorycznym w przebiegu obrad 152. Sesji Rady Wykonawczej WHO (EB), 76. sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA) oraz sesjach Rady Programowej UNAIDS (PCB).

W ramach 76. sesji została wypracowana i przyjęta decyzja współautorstwa Polski dot. skutków zdrowotnych agresji Rosji na Ukrainę.

Stałe Przedstawicielstwo RP w Genewie, we współpracy z MZ, zorganizowało również wydarzenia towarzyszące WHA:

- nt. skutków zdrowotnych agresji rosyjskiej na Ukrainę,
- dot. walki z gruźlicą pt. „on the road to the second UN High Level meeting on TB”,
- promujące kandydaturę Polski do Rady Wykonawczej WHO.

Przedstawiciel Stałego Przedstawicielstwa w Genewie brał również udział, wraz z delegatami z MZ, w spotkaniach UE i na forum WHO dot. prac nad tzw. Traktatem pandemicznym oraz nowelizacją Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna

W 2022 r. jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawozdały realizację 13 749 interwencji, co stanowiło 93,91% ogółu zadań podjętych przez administrację rządową, z kolei w 2023 r. sprawozdano 13 606 interwencji z zakresu zdrowia publicznego, które stanowiły 93,23% ogółu interwencji podjętych przez administrację rządową.

Działania Inspekcji skupiły się przede wszystkim na:

- nadzorze epidemiologicznym nad czynnikami chemicznymi, fizycznymi, biologicznymi, przygotowaniem raportu o stanie zaszczepienia, profilaktyce grypy, promocji szczepień ochronnych, w tym przeciwko COVID-19,
- działaniach promujących właściwe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną przez prowadzenie prozdrowotnej polityki publicznej, oraz działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących prawidłowego żywienia, w tym bezpiecznego stosowania suplementów diety,
- programie promującym aktywność fizyczną oraz prawidłowe żywienie wśród dzieci i młodzieży pod nazwą „Trzymaj Formę”,
- działaniach w ramach Krajowego Programu Zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS,
- programie skierowanym do dzieci i młodzieży dotyczącym szkodliwości palenia tytoniu „Czyste powietrze wokół nas”,
- zadaniach z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych w tym dopalaczy, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci, młodzieży i rodziców,
- programach promujących zdrowy styl życia, w tym rzucania palenia tytoniu,
- nadzorze na bezpieczeństwem żywności i żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
- nadzorze sanitarnym, w tym kontroli i monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, wody w kąpieliskach, wody na pływalniach,
- nadzorze nad warunkami pracy,
- nadzorze nad przestrzeganiem przepisów o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w miejscach użyteczności publicznej.

Działalność Inspekcji, w tym Głównego Inspektoratu Sanitarnego, była skupiona przede wszystkim na szeroko zakrojonych działaniach statutowych, szczególnie wskazując zaangażowanie w edukację i profilaktykę wielu chorób takich jak otyłość, choroby zakaźne czy profilaktykę uzależnień, w tym od dopalaczy, gdzie niezwykle istotne jest podejście wielopłaszczyznowe ze strony wielu instytucji w kraju.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)

Programy zdrowotne NFZ w 2022 r.

Łącznie, w 2022 r. NFZ prowadził 5 programów zdrowotnych, realizowanych przez 2537 świadczeniodawców. Były to:

- Program profilaktyki raka szyjki macicy;
- Program profilaktyki raka piersi;
- Program badań przesiewowych raka jelita grubego;
- Program badań prenatalnych;
- Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP).

W 2022 r. łączna kwota przeznaczona na finansowanie programów zdrowotnych wyniosła:

- Wartość umów: 256 957 000 zł
- Koszty realizacji świadczeń: 203 853 820 zł

Programy zdrowotne NFZ w 2023 r.

Łącznie, w 2023 r. NFZ prowadził 5 programów zdrowotnych, realizowanych przez 2635 świadczeniodawców. Były to:

- Program profilaktyki raka szyjki macicy;
- Program profilaktyki raka piersi;
- Program badań przesiewowych raka jelita grubego;
- Program badań prenatalnych;
- Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP).

W 2023 r. łączna kwota przeznaczona na finansowanie programów zdrowotnych wyniosła:

- Wartość umów: 391 619 000 zł
- Koszty realizacji świadczeń: 354 218 960 zł.

Dofinansowanie programów polityki zdrowotnej

Zgodnie z art. 3 ust. 5 ustawy, NFZ realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na zasadach określonych w art. 48d tej ustawy.

Dofinansowanie programów polityki zdrowotnej w 2022 r.

W 2022 r. NFZ dofinansował 81 programów polityki zdrowotnej – łączna kwota dofinansowania to 2,38 mln zł.

Zakres programu	Liczba
okulistyka	2
diagnostyka boreliozy	2
choroby zakaźne	3
medycyna sportowa	1
opieka długoterminowa	2
opieka paliatywno-hospicyjna	1
osteoporoza	8
poradnictwo laktacyjne – położnictwo	1
profilaktyka chorób układu krążenia	2
profilaktyka otyłości	2
profilaktyka raka jelita grubego	3
profilaktyka raka piersi	4
profilaktyka wad wzroku i słuchu	2
psychiatria i psychoedukacja	1
pulmonologia	1
rehabilitacja	25
stomatologia	4
szczepienia	10
szczepienia przeciw HPV	2

szkoła rodzenia	3
profilaktyka zdrowotna	1

Tabela 10 – Tematyka dofinansowanych programów polityki zdrowotnej przez NFZ w 2022 r.

W 2022 r. najwięcej programów dotyczyło rehabilitacji (25) i szczepień (12), w tym przede wszystkim szczepienia przeciwko grypie, HPV, meningokokom i pneumokokom. Istotną część programów stanowiły również te dotyczące osteoporozy (8). 35 programów polityki zdrowotnej dotyczyło różnorodnych tematów zgodnie z powyższą tabelą.

Dofinansowanie programów polityki zdrowotnej w 2023 r.

W 2023 r. NFZ dofinansował 99 programów polityki zdrowotnej – łączna kwota dofinansowania to 4,89 mln zł.

Zakres programu	Liczba
cukrzyca	1
okulistyka	1
diagnostyka boreliozy	3
choroby zakaźne	1
medycyna sportowa	1
opieka długoterminowa	2
opieka paliatywno-hospicyjna	1
osteoporoza	7
poradnictwo laktacyjne – położnictwo	1
profilaktyka chorób układu krążenia	2
profilaktyka otyłości	5
profilaktyka raka jelita grubego	3

profilaktyka raka piersi	3
profilaktyka wad wzroku i słuchu	7
psychiatria i psychoedukacja	4
pulmonologia	1
rehabilitacja	30
stomatologia	3
szczepienia	12
szczepienia przeciw HPV	6
szkoła rodzenia	3
neonatologia	1
profilaktyka zdrowotna	1

Tabela 11 – Tematyka dofinansowanych programów polityki zdrowotnej przez NFZ w 2023 r.

W 2023 r. większość dofinansowanych programów polityki zdrowotnej dotyczyła rehabilitacji, w tym tej skierowanej do niepełnosprawnych oraz osób starszych (30), szczepień (18), osteoporozy (7). I tyle samo działań z zakresu profilaktyki wad wzroku i słuchu (7). Reszta programów polityki zdrowotnej dotyczyła różnorodnych tematów zgodnie z powyższym wykresem.

Wykorzystanie środków z opłaty od napojów z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących, kofeiny lub tauryny w 2022 r. i 2023 r.

W 2021 r. weszła w życie ustawa z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów²⁹⁾. Celem ustawy jest wykorzystanie polityki fiskalnej jako narzędzia służącego promocji prozdrowotnych wyborów konsumentów m.in. przez wprowadzenie dodatkowej opłaty na napoje bezalkoholowe, w których składzie znajduje się co najmniej jedna substancja o właściwościach słodzących, kofeina lub tauryna. Zgodnie z art. 12c ust. 1 ustawy, opłata oraz dodatkowa opłata, o której

²⁹⁾ Dz. U. z 2020 r. poz. 1492 i 1493.

mowa w art. 12i ust. 1 ustawy, stanowią w wysokości: 96,5% przychód NFZ oraz 3,5% dochód budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw finansów publicznych.

Stosownie do zapisów ustawy, NFZ przeznacza środki z tzw. opłaty cukrowej na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia świadczeniobiorców z chorobami rozwiniętymi na tle niewłaściwych wyborów i zachowań zdrowotnych, w szczególności z nadwagą i otyłością.

Prezes NFZ, nie później niż do dnia 15 kwietnia, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informację o sposobie wykorzystania środków, o których mowa w art. 12c ust. 1 pkt 1, w poprzednim roku kalendarzowym.

Zgodnie z informacjami przekazywanymi przez Ministerstwo Finansów łączna kwota środków finansowych, które wpłynęły z tytułu tzw. opłaty cukrowej wynosiła:

- 1 655 793 394,88 zł – w 2022 r.
- 1 505 375 961,84 zł – w 2023 r.

Podejmowanie tematyki zdrowia publicznego w mediach publicznych

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Krajową Radę Radiofonii i Telewizji, w ramach programów radiowych i telewizyjnych nadawców publicznych podejmowano tematy wynikające z zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia, w zróżnicowanych gatunkowo i tematycznie audycjach.

W 2022 r. wszyscy nadawcy publiczni (zarówno telewizyjni, jak i radiowi) realizowali w swoich programach zadania wynikające z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Zagadnienia związane ze zdrowiem publicznym były obecne w różnorodnych rodzajach audycji – niektóre z nich w całości poświęcone były tej tematyce (np. *Na zdrowie*), inne w części (np. *Rodzinny PiKnik*). Szerokie było również spektrum poruszanych tematów: od technologii medycznej, przez diagnostykę i leczenie chorób, relacje międzyludzkie i ich wpływ na zdrowie. Zdecydowana większość audycji tworzona była we współpracy z ekspertami i specjalistami z zakresu zdrowia, m.in. lekarzami, psychologami, fizjoterapeutami, dietetykami. Ich adresatem był ogół społeczeństwa, ale także wybrane grupy odbiorców (dzieci, młodzież, rodzice, seniorzy, osoby niepełnosprawne, chore, a także uchodźcy, którzy przybyli do Polski w związku z napaścią Rosji na Ukrainę).

Jedną z podstawowych kwestii poruszanych w audycjach było zdrowie psychiczne, szczególnie w kontekście dzieci i młodzieży – mówiono o depresji, stresie, emocjach, problemach w szkole, wypaleniu zawodowym, miejscach, gdzie szukać pomocy, etc. Dużo miejsca poświęcono również profilaktyce i diagnostyce różnego rodzaju chorób (szczególnie

cywilizacyjnych: nowotworów, otyłości), uzależnieniach (m.in. od alkoholu, mediów, nikotyny, narkotyków), ale także cyberprzemocy. W 2022 r. nadal często mówiono o COVID-19 – najczęściej uwagi poświęcono szczepieniom na koronawirusa, rehabilitacji po-covidowej. Stałe miejsce w programach nadawców publicznych miały również tematy związane z aktywnością fizyczną i zdrowym odżywianiem, co ma bezpośrednie przedłożenie na wydłużenie życia człowieka w dobrej kondycji i zdrowiu. W programach nadawców publicznych szeroko omawiano również: wyzwania demograficzne i problem starzenia się społeczeństwa, krwiodawstwo, przemoc w rodzinie, w tym wobec dzieci oraz przybliżano tematy związane z ciążą i rodzicielstwem oraz z procesami zachodzącymi w ludzkim ciele np. w okresie dojrzewania, menopauzy.

W 2023 r. media publiczne kontynuowały realizację wszystkich obszarów określonych w NPZ 2021–2025. Dużo miejsca poświęcono profilaktyce, diagnostyce i leczeniu różnego rodzaju chorób, szczególnie cywilizacyjnych, w tym otyłości, cukrzycy, nowotworów. W ramach zagadnień związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości podkreślano wagę sposobu odżywiania oraz aktywności fizycznej, jako głównego czynnika służącego utrzymaniu zdrowia i dobrej kondycji do późnej starości. Zapoznawano również odbiorców z trudnymi problemami związanymi z procesami fizjologicznymi, np. z działaniem układu immunologicznego, zmianami zachodzącymi w ludzkim ciele w okresie dojrzewania, starzeniem się i menopauzą. Przestrzegano przed nadużywaniem niektórych środków farmakologicznych (np. leków przeciwbólowych i psychotropowych, antybiotyków), suplementów oraz zabiegów medycyny estetycznej.

W 2023 r. nadal była obecna tematyka związana z wirusem COVID, aczkolwiek głównie w kontekście popularyzowania szczepień przeciwko temu wirusowi. Promowano też szczepienia przeciwko takim chorobom zakaźnym jak wirus HPV, grypa oraz choroby odkleszczowe.

Kolejnym zagadnieniem często poruszonym w audycjach – podobnie jak w latach poprzednich – była profilaktyka zdrowia psychicznego, w szczególności dotycząca dzieci i młodzieży. Edukowano w zakresie depresji, radzenia sobie ze stresem, negatywnymi emocjami, problemami w szkole, w domu i w pracy oraz prezentowano formy terapii różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. Jednym z elementów służących profilaktyce zdrowia psychicznego były też audycje podejmujące zagadnienia dotyczące jakości relacji międzyludzkich i ich wpływu na zdrowie psychiczne i fizyczne, a także audycje dotyczące sposobów radzenia sobie z niepełnosprawnością, chorobą oraz śmiercią.

W audycjach poświęconych świadomemu rodzicielstwu zachęcano do aktywnych form wypoczynku z dziećmi, edukowano w zakresie sposobu żywienia dzieci, chorób wieku

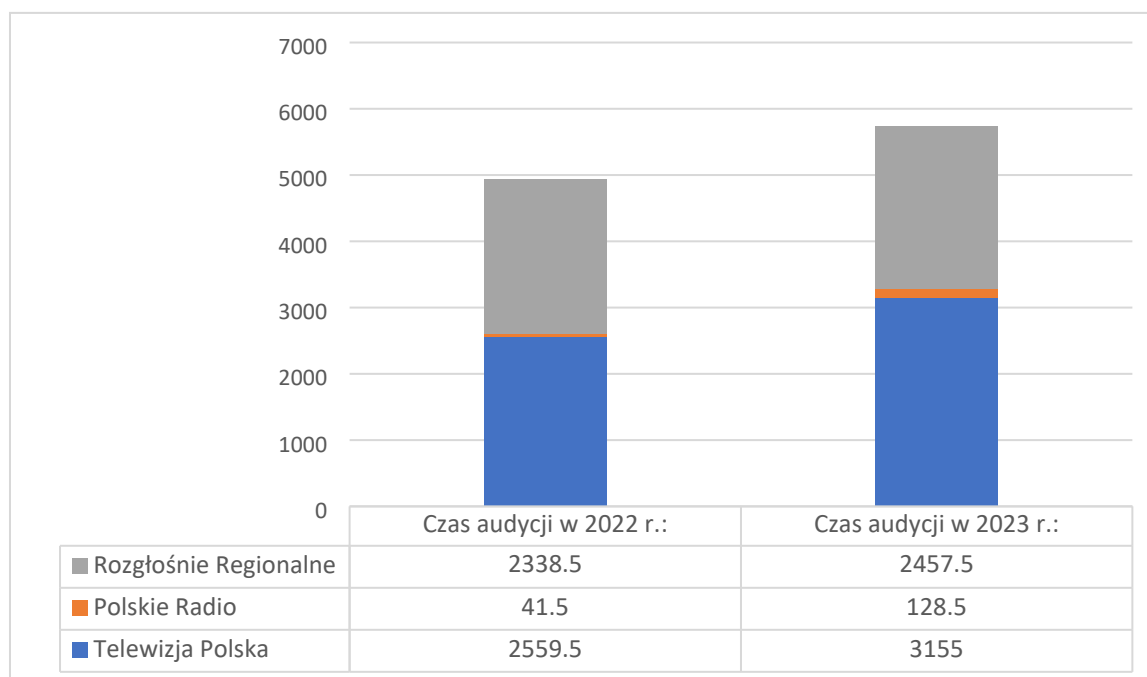
dziecięcego i ochrony przed różnego rodzaju zagrożeniami, np. cyberprzemocą, cyberuzależnieniem, pedofilią.

W programach nadawców publicznych były też podejmowane kwestie związane z profilaktyką i leczeniem różnego rodzaju uzależnień (m.in. od alkoholu, nikotyny, narkotyków – w tym od fentanylu, mediów cyfrowych, uzależnień behawioralnych). Informowano w nich o formach i ośrodkach wsparcia, ostrzegano przed ryzykownymi zachowaniami prowadzącymi do uzależnienia lub konfliktu z prawem.

Omawiano również problem starzenia się społeczeństwa i wynikające z tego wyzwania demograficzne. Nadawano audycje adresowane do seniorów, w których zachęcano ich do aktywności społeczno-zawodowej oraz omawiano kwestie związane z profilaktyką i leczeniem schorzeń występujących u osób starszych.

Były też podejmowane kwestie związane z promocją zdrowia środowiskowego i służące kształtowaniu postaw proekologicznych. Prezentowano walory ekologicznego stylu życia, podkreślano wpływ natury i czynników środowiskowych (np. różnego rodzaju zanieczyszczeń) na dobrostan człowieka.

Poniżej znajduje się zestawienie czasów audycji nadawców publicznych w latach 2022–2023:



Wykres 11 – Czas audycji poświęconych promocji zdrowia i profilaktyce chorób w mediach publicznych w latach 2022–2023 (w godz.)

W 2023 r. względem 2022 r. czas audycji poświęconych promocji zdrowia i profilaktyki chorób zwiększył się o ponad 700 godzin (suma czasu audycji w rozgłosniach regionalnych, radiu i

telewizji). O 19% wzrósł czas audycji w Telewizji Polskiej. Najmniej czasu poświęcono tematyce zdrowia publicznego w Polskim Radiu (w 2022 r. – 41,5h, w 2023 r. – 128,5h).

Ocena zgodności podejmowanych interwencji z zakresu zdrowia publicznego z Krajowym i Wojewódzkimi Planami Transformacji

W oparciu o zgromadzone informacje o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w okresie objętym Informacją, w tym opiniach wojewody dotyczących zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z krajowym planem transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, należy stwierdzić, że interwencje zrealizowane w latach 2022–2023 w swoich obszarach co do zasady były zgodne z krajowym planem transformacji i wojewódzkimi planami transformacji.

2.2 Monitorowanie i ocena sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz jej uwarunkowań

Nie jest możliwe prawidłowe planowanie i realizacja polityki zdrowotnej bez szczegółowej wiedzy o stanie zdrowia społeczeństwa, obserwowanych trendach, prognozach i czynnikach kształtujących sytuację zdrowotną (chroniących, zagrażających). W okresie objętym niniejszym sprawozdaniem podjęte zostały liczne projekty badawcze, które miały na celu uzyskanie informacji o poszczególnych aspektach stanu zdrowia różnych grup społecznych i wiekowych. Poniżej przedstawiono wykaz badań, z syntetycznym opisem oraz wskazaniem rezultatów (częstkowych lub ostatecznych). Realizacja tych zadań pozwala na uzyskanie lepszej diagnozy stanu zdrowia populacji co powinno stanowić podstawę działań całej administracji rządowej, JST i innych interesariuszy. Nie jest możliwe racjonalne i gospodarne prowadzenie polityki publicznej, niezależnie od jej obszaru, bez wiarygodnych, pozyskiwanych systematycznie danych odnoszących się do zdrowia i życia ludności, nie tylko danych opisujących system świadczeń zdrowotnych czy społecznych finansowanych ze środków publicznych czy dotacji na programy pilotażowe czy interwencyjne.

Badania zainicjowane w ramach 1. celu operacyjnego NPZ:

- badania nad opracowaniem przyjaznego systemu etykietowania żywności,
- aktualizacja norm żywienia dla populacji,
- badanie zawartości izomerów trans kwasów tłuszczowych w żywności i prowadzenie bazy danych dotyczących izomerów trans w środkach spożywczych,

- Badanie zawartości wybranych substancji powodujących alergię lub reakcje nietolerancji w produktach spożywczych,
- Ocena zawartości azotynów w produktach mięsnych w Polsce w latach 2019–2020,
- Ocena wpływu wybranych produktów i składników żywności na zakażenie *Helicobacter pylori* (czarna porzeczka)
- Badanie składu i wartości odżywczej żywności oraz aktualizacja bazy danych o wartości odżywczej żywności

W ramach 2. celu operacyjnego KCPU zrealizowało następujące badania:

- Jakość życia i jej wyznaczniki w obliczu doświadczeń wojennych – badania matek i dzieci ukraińskich.
- Badanie czynników leczących w społecznościach terapeutycznych w grupie pacjentów uczestniczących w terapii metodą społeczności terapeutycznych
- System Wczesnego Ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych. W ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach, w okresie referencyjnym prowadzono bieżącą wymianę informacji z EMCDDA oraz partnerami krajowymi dotyczącą identyfikacji nowych substancji psychoaktywnych. W ramach sprawozdawczości rocznej przeanalizowano i przekazano informacje o 604 identyfikacjach nowych substancji psychoaktywnych; przygotowano zgłoszenie o pierwszej w Polsce identyfikacji syntetycznego kannabinoidu o nazwie MDMB-4en-PINACA; Dodatkowo w okresie referencyjnym zebrano dane, przeprowadzono analizę i przygotowano materiały na potrzeby prac Zespołu do Spraw Oceny Ryzyka w oparciu o wszelkie dostępne dane na poziomie krajowym i europejskim na temat następujących substancji: pBPP, 3-HO-PCP, 1CP-LSD, 5-CI-DMT, 5-Br-DMT, 4-PrO-DMT, 5-Br-DMT, 3D-MXE, MXPr, MXiPr; analiza obejmowała charakterystykę chemiczną substancji, dostępną literaturę, informacje o identyfikacji wyżej wymienionych substancji oraz status prawny w krajach europejskich, informacje o ewentualnych zatruciach i zgonach spowodowanych wyżej wymienionymi substancjami na terenie Polski i Europy.
- Wspieranie badań naukowych dotyczących problemu uzależnień i bieżące monitorowanie.

Ponadto Instytut Psychiatrii i Neurologii w ramach realizacji zadania „Wspieranie badań naukowych dotyczących problematyki związanej z piciem alkoholu” realizował badania pn. „DOBROSTAN 2021–2022 – Badanie psychospołecznych warunków pracy specjalistów psychoterapii uzależnień, w tym uwarunkowań wypalenia zawodowego

oraz wpływu pandemii COVID-19". 40 transkrypcji wywiadów zostało poddanych analizie zdanie po zdaniu i oznaczone słowami kluczowymi, odnoszącymi się do dyspozycji do wywiadu. Oznaczenia te stanowiły podstawę do kodowania wywiadu. Do analizy danych na etapie kodowania wywiadów wykorzystano program do wspomaganiej komputerowo analizy danych jakościowych (Atlas.ti). Zastosowano procedurę kodowania otwartego. Ostatnim etapem analizy było poszukiwanie głównych obszarów tematycznych wspólnych dla analizowanych transkrypcji wywiadów oraz interpretacja wyników.

Opracowano narzędzia do badań ilościowych – informację o badaniu oraz ankietę do samodzielnego wypełnienia poprzez platformę online. Ankieta zawiera zarówno pytania autorskie opracowane na podstawie wyników badania jakościowego, jak i skale do badania: wypalenia zawodowego (Oldenburski Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego OLBI), psychospołecznych warunków pracy (Kopenhaskiego Kwestionariusza Psychospołecznego COPSQ II) i lęku przed koronawirusem (Skala Lęku przed Koronawirusem). Opracowano raport z realizacji badań jakościowych zawierający przegląd literatury naukowej, opis metodologii badania oraz wyniki analizy danych jakościowych wraz z rekomendacjami.

W ramach 3 celu operacyjnego NPZ Instytut Psychiatrii i Neurologii prowadził działalność naukowo-badawczą, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych.

W ramach celu operacyjnego 4. NPZ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy realizował m.in. następujące zadania związane z uwarunkowaniami środowiskowymi i prewencją chorób zakaźnych:

- Ocena ochronnych lub łagodzących działanie promieniowania jonizującego właściwości luteiny i zeaksantyny w nasieniu ludzkim,
- Wykrywanie i różnicowanie czynników zakaźnych w zespołach ocznych,
- Identyfikacja, typowanie oraz charakterystyka czynników chorobotwórczych bakterii z grupy *Bacillus cereus* izolowanych z żywności,
- Ocena narażenia niemowląt i małych dzieci na wybrane zanieczyszczenia chemiczne w trakcie rozszerzania diety metodą BLW,
- Zanieczyszczenie mikrobiologiczne wody i powietrza wewnątrz pomieszczeń wybranych budynków użyteczności publicznej,
- Analiza bioróżnorodności i mikrobiologicznego potencjału borowin leczniczych w Polsce,

- Opracowanie metody pobierania próbek wody i metod analitycznych w ocenie ryzyka w zakresie narażenia na ołów, nikiel i miedź,
- Opracowanie i wdrożenie metodyki badawczej do oceny właściwości fizykochemicznych leczniczych past borowinowych,
- Analiza mikrobiologicznych zagrożeń bezpieczeństwa żywności na podstawie badania kolekcji szczepów bakterii patogennych,
- Prace projektowe (etap I) dotyczące utworzenia laboratorium badania alergenów,
- Opracowanie metodyki klonowania oraz wyciszania genów kodujących białka strukturalne *Corynebacterium diphtheriae* BS-1/2023,
- Wpływ pandemii COVID-19 na występowanie i czynniki ryzyka wybranych chorób zakaźnych w Polsce,
- Opracowanie nowej immunoterapii przeciwnowotworowej w leczeniu międzybłoniaka z użyciem adenowirusów onkolitycznych,
- Badanie seroepidemiologiczne połączone z badaniami na obecność SARS-CoV-2 na reprezentatywnej próbie populacji Polski (OBSER-CO 2),
- Molekularna charakterystyka wirusów zakażających układ pokarmowy człowieka uzyskanych z próbek klinicznych i środowiskowych,
- Badanie ścieków komunalnych jako uniwersalne narzędzie do monitorowania krążenia w populacji wirusów.
- prowadzenie baz danych dotyczących chemicznych zanieczyszczeń żywności, pozostałości pestycydów, mikrobiologii żywności, dodatków do żywności, bezpieczeństwa materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

W ramach celu operacyjnego nr 5 prowadzono m.in. następujące badania:

- Ocena sposobu żywienia kobiet ciężarnych i jego wpływu na przebieg ciąży i stan zdrowia noworodka,
- Badania dotyczące stanu zdrowia osób starszych i współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia osób starszych,
- Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrożenie tych rozwiązań.

W ramach zadań koordynacyjnych NIZP-PZH opracował w 2022 r. kompleksową publikację opisującą sytuację zdrowotną ludności Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania, z

uwzględnieniem społecznych nierówności w zdrowiu. Na potrzeby opracowania publikacji realizowano działania o charakterze badawczym.

2.3 Funkcje koordynacyjne i wspierające

Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, w skład którego wchodzi wiceministrowie z ministerstw zaangażowanych bezpośrednio w realizację NPZ. W okresie objętym sprawozdaniem nie zostało zwołane posiedzenie Komitetu.

W skład Rady ds. Zdrowia Publicznego, zgodnie z ustawą wchodzi:

1. przedstawiciel Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
2. przedstawiciele każdego z ministrów kierujących działami administracji rządowej;
3. konsultanci krajowi w dziedzinach: zdrowia publicznego, epidemiologii, chorób zakaźnych, kardiologii, onkologii klinicznej, diabetologii, psychiatrii, medycyny pracy, zdrowia środowiskowego oraz pielęgniarstwa;
4. przedstawiciele wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego (nie więcej niż czterech);
5. przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia;
6. przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
7. przedstawiciel Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom;
8. przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego;
9. przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego Wojska Polskiego;
10. przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
11. przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej;
12. przedstawiciela Naczelnej Rady Aptekarskiej;
13. przedstawiciel Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
14. przedstawiciela Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
15. przedstawiciele reprezentatywnych organizacji pracodawców;
16. przedstawiciele organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2.

Rada ds. Zdrowia Publicznego w 2022 r. odbyła dwa posiedzenia, a w 2023 r. jedno posiedzenie. W 2022 r. została przyjęta przez Radę i opublikowana na stronie Ministerstwa Zdrowia uchwała Rady nr 20/2022 w sprawie przyjęcia podejścia „Jedno zdrowie” w realizacji zadań dotyczących zapobiegania antybiotykooporności drobnoustrojów. Informacje dotyczące Rady ds. Zdrowia Publicznego oraz wszystkie dokumenty wypracowane przez gremium są publikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-do-spraw-zdrowia-publicznego>. W okresie objętym sprawozdaniem odbyły się dwa posiedzenia Rady w ramach których m.in.:

- zniesiono zespół roboczy do spraw programu polityki zdrowotnej służącego wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017–2021.

Od 1 stycznia 2022 r. obowiązuje system „Profibaza – cyfrowe udostępnienie informacji publicznej na temat sytuacji zdrowotnej ludności oraz realizacji programów zdrowotnych dla potrzeb profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Polsce”. System Profibaza jest rozwiązaniem długofalowym, zainicjowanym w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa (POPC).

Celem systemu jest udostępnienie do ponownego wykorzystania w celach poznawczych, naukowych, administracyjnych i komercyjnych gromadzonych przez NIZP PZH – PIB oraz inne podmioty zasobów informacji sektora publicznego dotyczących profilaktyki chorób i promocji zdrowia, a także sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce.

System ten przede wszystkim pozwala na generowanie danych dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności oraz podejmowanych działań w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia na danym terenie, a także zapewnia dostęp do rejestru programów zdrowotnych i innych interwencji zdrowia publicznego w kontekście ich planowania oraz sprawozdawania podjętych działań.

Jedną z funkcji systemu ProfiBaza jest generowanie raportów wykorzystujących dane zgromadzone w systemie. Raporty są stopniowo udostępniane w postaci tabel, map i wykresów różnym grupom odbiorców (m. in.: instytucjom centralnym, JST, stacjom sanitarno-epidemiologicznym, uczelniom wyższym i instytutom badawczym, organizacjom pozarządowym i innym zainteresowanym) w zależności od przyznanych uprawnień.

Współpraca międzynarodowa

Obszar działań związanych z nowoczesnym zdrowiem publicznym jest działalnością naukową i praktyczną relatywnie młodą, a tempo jej rozwoju oraz stale powiększające się repozytorium dostarczające nowych danych i analiz odnoszących się do różnych aspektów zdrowia publicznego wymagają regularnej współpracy międzynarodowej. Wiele państw rozwiniętych od lat buduje swą politykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając

że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i ekonomiczne, sprzyja niwelacji nierówności na różnych płaszczyznach, buduje dobrobyt i dalszy stabilny rozwój. Międzynarodowa polityka rozwojowa w kwestiach dotyczących zdrowia dotyka istoty pojęcia zdrowia publicznego, w którym zapobieganie konsekwencjom zdrowotnym niewłaściwego stylu życia oraz działania czynników środowiskowych jest wskazywane jako bardziej efektywne dla zachowania pożądanej jakości zdrowia i życia ludzi niż świadczenia opieki zdrowotnej o charakterze naprawczym. Kraje rozwinięte, prowadząc działania – skoordynowane w różnym stopniu i na różnym poziomie – na rzecz zdrowia publicznego, realizują opracowywane przez specjalistów zalecenia instytucji międzynarodowych, przyjmowane przez ich państwa członkowskie.

Ustawa powstawała na przełomie dwóch er Organizacji Narodów Zjednoczonych, w środku procesu przejścia z ery Milenijnych Celów Rozwojowych do ery Celów Zrównoważonego Rozwoju. Niewątpliwie te światowe doświadczenia miały wpływ na postrzeganie zdrowia publicznego i jego ponadnarodowego wymiaru tak przez autorów jak i wykonawców przepisów odnoszących się do zdrowia publicznego.

Przemyślana, systematyczna i konsekwentna współpraca międzynarodowa w zdrowiu publicznym wymaga zaangażowania specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i dziedzin powiązanych, teoretyków i praktyków, ośrodków naukowych i decyzyjnych. Wartością dodaną pozostaje, że mimo wspólnych wytycznych organizacji międzynarodowych, czy to na poziomie światowym czy regionalnym, poszczególne rozwiązania stosowane w krajach rozwiniętych, w tym w Unii Europejskiej, są zróżnicowane pod względem systemowym, a zatem prawnym, organizacyjnym czy finansowym. Różnice są pochodną specyfiki poszczególnych zagadnień z obszaru zdrowia publicznego w krajach i regionach, zakresu przedmiotowego realizowanych dokumentów strategicznych bądź też ustalonych priorytetów poszczególnych rządów.

Realizacja takiej współpracy odbywała się na wszystkich wymienionych poziomach i przybierała różnorodne formy, wśród których za najistotniejsze dla zdrowia publicznego i mające największy wkład w rozwój wiedzy o systemach zdrowia publicznego można uznać:

- współpracę z ONZ i organizacjami wyspecjalizowanymi (głównie ze Światową Organizacją Zdrowia – World Health Organization (WHO) i Programem Wspólnym NZ ds. HIV/AIDS – Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) oraz z sekretariatem Ramowej Konwencji o Ograniczaniu Użycia Tytoniu – Framework Convention on Tobacco Control (FCTC),
- działania polegające na ustalaniu treści dokumentów strategicznych i wykonawczych, przekazywanie danych w ramach systemów sprawozdawczych, wymiana wiedzy i doświadczeń,
- współpracę z Komisją Europejską i jej strukturami – zakres działań jw.,

- inne projekty wielostronne i dwustronne realizowane także w ramach środków będących w dyspozycji Komisji Europejskiej (np. w postaci działań wspólnych, tzw. Joint Action), Norweskiego Mechanizmu Finansowego, Współpracy Szwajcarsko-Polskiej.

Rozdział 3

Wskaźniki zdrowotne populacji Rzeczypospolitej Polskiej

Monitorowanie i ewaluacja ustawy jest bezpośrednio związana z oceną wskaźników określonych

w NPZ. Jest ona prowadzona w oparciu o zestaw wskaźników określonych w rozdziale XI NPZ 2021–2025. Zestawy te powstały w oparciu o 88 wskaźników European Community Health Indicators oraz wskaźniki sugerowane do monitorowania na potrzeby wdrażania strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi (ang. *non-communicable diseases*) oraz Zdrowie 2020 (ang. *Health 2020*). Przedstawione poniżej dane przedstawiają wartości najbliższe okresowi sprawozdawczemu. Dane dotyczące poniższych wskaźników zostały opracowane na podstawie załącznika do raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego pt. Analiza możliwości osiągnięcia wskaźników NPZ za 2022 r.” do raportu pt.: „Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego za 2022 r. oraz danych statystycznych m.in. Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i EUROSTAT.

Przegląd najważniejszych wskaźników

Najważniejszym tłem dla przedstawienia wskaźników zdrowotnych są informacje o sytuacji demograficznej oraz ekonomiczno-społecznej. Sytuacja ta warunkuje w sposób istotny stan zdrowia społeczeństwa.

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
2016	62,9	61,3	64,6
2017	62	60,6	63,5
2018	62,4	60,5	64,3
2019	62,5	60,9	64,1
2020	62,3	60,3	64,3

2021	62,6	60,7	64,6
2022	62,9	60,1	63,7

Tabela 52 – Oczekiwana długość życia w zdrowiu w momencie urodzenia

Powyższa tabela przedstawia dane dotyczące oczekiwanej długości życia w zdrowiu (HLY) w momencie urodzenia w podziale na płeć za lata 2016–2022³⁰⁾. Ogólna wartość HLY dla całej populacji wynosiła od 62,0 do 62,9 lat. Dla mężczyzn wartość ta wynosiła od 60,1 do 61,3 lat, natomiast dla kobiet od 63,7 do 64,6 lat. Dane te wskazują na nieznaczne różnice między latami i zarówno dla kobiet jak i mężczyzn uległa nieznacznemu zmniejszeniu, oraz wyraźnie wyższą oczekiwaną długość życia w zdrowiu dla kobiet w porównaniu do mężczyzn.

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
2016	17,7	16,5	18,9
2017	17,5	16,5	18,4
2018	17,5	16,4	18,6
2019	17,8	16,6	18,9
2020	17,5	16,2	18,7
2021	17,6	16,3	18,9
2022	18,0	16,7	19,3

Tabela 13 – Oczekiwana długość życia w zdrowiu osób w wieku 50 lat

Ogólna oczekiwana długość życia w zdrowiu dla osób w wieku 50 lat wynosiła od 17,5 do 18,0 lat. Analiza wykazała, że oczekiwana długość życia w zdrowiu dla mężczyzn, konsekwentnie pozostaje poniżej 17,0 lat podczas gdy dla kobiet każdorazowo przekracza 18,0 lat, co podkreśla znaczną różnicę między płciami³¹⁾.

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
2016	8,6	8,2	8,9

³⁰⁾ Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en>, stan na 03.06.2024 r.

³¹⁾ Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en>, stan na 03.06.2024 r.

2017	8,4	8,3	8,6
2018	8,5	8,2	8,8
2019	8,6	8,1	9,0
2020	8,2	7,6	8,7
2021	8,3	7,7	8,9
2022	8,4	7,8	9,1

Tabela 14 – Oczekiwana długość życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat

W 2016 r. ogólna oczekiwana długość życia wynosiła 8,6 lat, dla mężczyzn 8,2, a dla kobiet 8,9 lat. Dla większości lat obserwujemy wzrost oczekiwanej długości życia zarówno dla ogółu, jak i dla kobiet. Oczekiwana długość życia dla mężczyzn jest zazwyczaj krótsza niż dla kobiet³²⁾.

Wykształcenie			
Rok	podstawowe	średnie	wyższe
2016	74,1	77,2	81,1
2017	72,8	77,0	81,7
2018	74,6	77,2	81,8
2019	75,0	77,3	81,9
2020	75,5	77,4	82,0
2021	76,0	77,6	82,1
2022	76,4	77,7	82,2

Tabela 15 – Wartości oczekiwanej długości życia w zależności od poziomu wykształcenia

Analizę wykonano w podziale na następujących 3 grupy wykształcenia: podstawowe, średnie i wyższe³³⁾. W 2022 r. osoby z wykształceniem podstawowym miały oczekiwaną długość życia

³²⁾ Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en>, stan na 03.06.2024 r.

³³⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdł.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 04.06.2024

wynoszącą 76,4 lata, podczas gdy osoby ze średnim wykształceniem żyły średnio 77,7 lat. Najdłuższą oczekiwaną długość życia miały osoby z wykształceniem wyższym, osiągając w 2022 r. 82,2 lata. Z danych wynika, że wyższy poziom wykształcenia koreluje z dłuższą oczekiwaną długością życia, co jest widoczne na przestrzeni badanych lat.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	413,9	412,0	418,1	409,9	447,8	461,6	417,2
Dolnośląskie	434,9	459,7	479,1	462,9	506,1	614,7	560,2
Kujawsko-Pomorskie	371,0	359,8	381,9	381,5	399,7	534,3	399,9
Lubelskie	434,4	377,8	417,5	425,6	516,2	530,0	453,4
Lubuskie	385,5	386,2	423,0	383,7	390,4	658,5	555,4
Łódzkie	433,6	437,9	425,2	391,0	443,1	430,4	379,7
Małopolskie	451,4	456,4	461,5	468,3	515,0	473,3	440,1
Mazowieckie	403,6	362,4	348,6	316,3	308,4	362,8	307,8
Opolskie	441,2	475,6	445,3	473,1	462,9	462,7	440,7
Podkarpackie	359,2	331,9	343,5	371,3	398,0	384,9	431,0
Podlaskie	312,9	360,4	349,2	339,7	399,5	378,9	409,7
Pomorskie	400,8	420,6	421,3	422,6	485,2	437,9	407,9
Śląskie	454,3	471,0	471,4	459,2	520,6	517,4	456,0
Świętokrzyskie	527,0	488,7	537,1	564,2	699,1	535,5	505,0
Warmińsko-Mazurskie	361,2	382,1	363,4	368,0	397,9	336,3	343,9
Wielkopolskie	337,6	335,5	366,8	365,8	374,8	345,9	321,4
Zachodniopomorskie	467,6	462,3	471,9	476,3	544,1	505,8	488,8

Tabela 16 – Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia mężczyzn mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Ogólna liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia mężczyzn mieszkających w miastach od 2016 do 2022 w przeliczeniu na 100 tys. ludności ulegała nieznacznym wahaniom, odnotowano niewielki wzrost w 2022 r. względem 2016 r. Największe wzrosty na przestrzeni monitorowanego okresu odnotowano w województwach: lubuskim (wzrost o 169,9 zgonów) i dolnośląskim (wzrost o 125,3 zgonów), największy spadek można zauważyć w województwie mazowieckim (spadek o 95,8 zgonów)³⁴⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	418,4	402,4	405,7	401,5	432,1	435,3	390,8
Dolnośląskie	390,3	383,1	413,0	393,6	415,1	517,1	469,1
Kujawsko-Pomorskie	363,1	309,2	344,7	323,2	320,9	478,5	319,5
Lubelskie	551,6	496,3	492,5	486,0	597,7	619,3	515,0
Lubuskie	384,4	391,2	382,1	389,0	350,3	600,5	495,0
Łódzkie	484,2	482,2	458,0	440,6	470,4	433,7	381,7
Małopolskie	399,1	367,3	410,6	403,1	431,3	396,9	373,0
Mazowieckie	424,4	398,9	367,8	367,3	359,9	384,2	315,2
Opolskie	471,9	505,8	458,8	489,0	522,8	490,3	405,0
Podkarpackie	410,6	375,8	383,4	384,9	395,6	400,9	469,7
Podlaskie	526,7	529,9	542,4	490,2	585,9	583,7	569,3
Pomorskie	316,4	334,1	328,8	344,8	367,6	343,6	331,3
Śląskie	466,6	463,3	456,7	459,5	519,3	506,1	429,1
Świętokrzyskie	558,5	521,4	539,4	543,4	655,1	484,0	450,0
Warmińsko-Mazurskie	332,8	360,5	369,3	357,5	358,2	343,2	329,7
Wielkopolskie	309,9	311,5	319,1	322,7	334,5	300,2	288,9

³⁴⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 08.07.2024 r.

Zachodniopomorskie	397,0	395,3	391,4	393,6	462,1	426,0	379,3
--------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Tabela 17 – Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia mężczyzn mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Ogólna liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia mężczyzn mieszkających na wsi od 2016 do 2022 w przeliczeniu na 100 tys. ludności ulegała znacznym wahaniom i zmalała w 2022 r. względem 2016 r. Największe wzrosty odnotowano w województwach: lubuskim (wzrost o 110,6 zgonów) i dolnośląskim (wzrost o 78,8 zgonów), największy spadek można zauważyć w województwie mazowieckim (spadek o 109,2 zgonów) i w województwie świętokrzyskim (spadek o 108,5 zgonów)³⁵⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	438,1	444,5	445,2	427,1	458,9	496,9	442,7
Dolnośląskie	471,6	518,3	509,9	445,8	639,7	639,7	613,0
Kujawsko-Pomorskie	392,5	391,8	414,4	399,3	535,9	535,9	401,1
Lubelskie	440,6	435,7	410,1	420,4	572,6	572,6	494,4
Lubuskie	393,8	390,0	395,7	329,5	624,2	624,2	469,1
Łódzkie	491,4	496,2	505,7	470,0	479,4	479,4	423,3
Małopolskie	466,0	491,9	494,6	479,7	507,9	505,8	483,4
Mazowieckie	421,4	391,1	365,7	324,3	426,8	426,8	329,7
Opolskie	468,9	485,4	453,7	481,4	536,7	536,7	420,4
Podkarpackie	376,0	358,1	352,4	387,7	422,9	422,9	434,4
Podlaskie	362,7	393,0	407,1	387,0	468,5	468,5	465,3
Pomorskie	409,9	437,5	453,6	462,0	471,1	471,1	455,6
Śląskie	492,4	505,1	507,2	500,3	539,7	539,7	495,8
Świętokrzyskie	568,9	535,5	538,4	539,5	556,1	556,1	549,0

³⁵⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 08.07.2024 r.

Warmińsko-Mazurskie	365,1	395,0	381,7	371,2	365,4	365,4	375,9
Wielkopolskie	359,0	357,9	387,8	375,3	370,2	370,2	320,4
Zachodniopomorskie	461,8	475,2	501,7	505,1	545,6	545,6	490,0

Tabela 18 – Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia kobiet mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Ogólna liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia kobiet mieszkających w miastach w przeliczeniu na 100 tys. ludności od 2016 do 2022 ulegała znacznym wahaniom. Największy wzrost odnotowano w województwie dolnośląskim (wzrost o 141,4 zgonów), największy spadek odnotowano w województwie mazowieckim (spadek o 91,7 zgonów)³⁶⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	487,4	484,3	483,1	446,3	492,8	503,1	448,4
Dolnośląskie	453,4	476,4	481,5	388,6	460,0	549,9	513,4
Kujawsko-Pomorskie	398,0	385,2	435,8	378,3	376,2	528,0	383,8
Lubelskie	665,7	626,1	602,0	544,6	734,6	775,2	629,6
Lubuskie	422,8	453,9	399,0	324,2	334,1	603,1	443,9
Łódzkie	582,8	602,8	587,1	524,2	570,4	515,8	470,9
Małopolskie	467,2	452,4	440,5	437,9	482,0	437,0	433,1
Mazowieckie	486,3	482,6	461,5	422,2	432,4	466,7	361,7
Opolskie	539,6	576,4	559,2	498,0	491,9	539,9	486,7
Podkarpackie	500,2	472,4	483,8	454,0	470,5	474,3	501,4
Podlaskie	690,2	700,2	694,2	637,3	701,0	729,7	772,9
Pomorskie	344,8	336,9	354,6	357,5	389,7	362,3	342,6
Śląskie	516,3	512,2	538,8	486,4	569,2	551,1	497,4

³⁶⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Świętokrzyskie	672,3	668,9	649,4	613,8	794,5	665,4	568,2
Warmińsko-Mazurskie	379,0	417,0	397,0	373,2	407,0	396,1	365,1
Wielkopolskie	348,4	346,2	364,0	348,5	351,1	330,7	311,2
Zachodniopomorskie	442,2	447,8	473,6	497,3	489,8	500,3	405,3

Tabela 19 – Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia kobiet mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Ogólna liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia kobiet mieszkających na wsi w przeliczeniu na 100 tys. ludności od 2016 do 2022 ulegała znacznym wahaniom. Największy wzrost odnotowano w województwie podlaskim (wzrost o 82,7 zgonów), największy spadek odnotowano w województwie mazowieckim (spadek o 124,6 zgonów) i w województwie łódzkim (spadek o 111,9 zgonów)³⁷⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	329,4	333,7	340,3	334,6	339,0	314,7	331,6
Dolnośląskie	348,9	362,0	360,8	355,2	365,4	310,2	339,4
Kujawsko-Pomorskie	354,5	361,8	377,1	371,7	398,6	340,6	368,0
Lubelskie	302,5	300,6	307,6	292,8	300,1	294,6	312,3
Lubuskie	320,7	333,0	319,6	321,4	336,6	278,4	291,6
Łódzkie	363,1	372,1	375,8	363,5	360,1	336,4	354,0
Małopolskie	314,3	316,5	319,7	305,5	312,3	306,3	330,1
Mazowieckie	316,2	312,1	315,5	312,5	303,7	279,8	301,2
Opolskie	256,6	302,5	333,5	321,0	344,7	329,8	353,9
Podkarpackie	273,2	274,3	285,8	292,3	289,1	269,9	266,5
Podlaskie	267,0	272,8	284,6	286,3	276,0	272,2	285,9

³⁷⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Pomorskie	338,0	332,6	340,8	325,9	322,0	311,8	335,9
Śląskie	355,7	363,5	370,7	368,0	380,3	351,5	362,1
Świętokrzyskie	350,7	318,3	329,0	332,0	349,2	353,2	372,1
Warmińsko-Mazurskie	334,1	323,9	337,1	331,3	327,1	323,1	325,2
Wielkopolskie	325,7	336,4	346,0	345,6	348,5	318,3	325,3
Zachodniopomorskie	326,9	338,0	345,4	337,3	346,7	343,4	355,2

Tabela 20 – Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych mężczyzn mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych mężczyzn mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022 ulegała nieznacznym fluktuacjom. Największy wzrost odnotowano w województwie opolskim (wzrost o 97,3 zgonów), największy spadek z kolei odnotowano w województwie lubuskim (spadek o 29,1 zgonów)³⁸⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	291,4	285,6	290,9	289,7	291,9	275,2	282,9
Dolnośląskie	309,3	309,2	318,1	307,5	306,4	279,3	291,4
Kujawsko-Pomorskie	295,4	279,8	306,9	299,5	306,4	287,7	282,4
Lubelskie	296,3	302,2	293,6	287,5	306,4	293,1	295,5
Lubuskie	323,4	279,4	282,8	302,6	277,7	254,8	266,8
Łódzkie	314,3	323,8	317,1	321,7	296,1	304,1	302,2
Małopolskie	269,0	255,9	263,7	266,1	269,8	251,4	272,1
Mazowieckie	301,9	304,2	293,0	297,2	300,9	272,4	284,4
Opolskie	233,0	275,7	292,9	308,2	326,6	286,6	321,7

³⁸⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Podkarpackie	263,8	257,2	272,5	271,3	267,9	252,4	245,9
Podlaskie	315,4	288,5	318,9	313,0	306,7	288,3	306,8
Pomorskie	253,9	233,3	244,6	245,8	245,1	252,5	253,7
Śląskie	310,0	310,8	311,8	297,3	300,3	294,6	301,9
Świętokrzyskie	330,2	306,4	319,5	326,7	314,8	338,3	348,7
Warmińsko-Mazurskie	316,1	280,4	302,0	280,9	304,5	286,1	277,6
Wielkopolskie	279,6	279,1	282,0	280,4	281,5	251,8	261,7
Zachodniopomorskie	294,3	292,6	284,3	289,5	320,2	278,2	285,4

Tabela 21 – Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych mężczyzn mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych mężczyzn mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022 ulegała nieznacznym fluktuacjom. Największy wzrost odnotowano w województwie opolskim (wzrost o 88,7 zgonów), największy spadek z kolei odnotowano w województwie lubuskim (spadek o 56,6 zgonów)³⁹⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	264,2	271,2	278,2	280,4	280,7	264,4	278,7
Dolnośląskie	282,1	291,7	297,7	306,2	269,7	269,7	284,3
Kujawsko-Pomorskie	285,3	300,7	304,2	315,9	294,8	294,8	320,1
Lubelskie	217,0	236,3	234,0	238,5	251,2	251,2	263,2
Lubuskie	228,5	258,9	265,2	277,3	241,5	241,5	252,5
Łódzkie	299,7	300,1	312,5	311,1	295,0	295,0	314,0
Małopolskie	262,6	255,3	262,7	267,1	268,0	259,4	274,8

³⁹⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Mazowieckie	265,6	268,7	271,5	268,5	237,3	237,3	257,7
Opolskie	194,7	246,2	289,4	282,9	287,3	287,3	288,6
Podkarpackie	217,1	223,2	220,8	216,1	234,2	234,2	224,1
Podlaskie	210,2	224,1	232,2	231,0	219,1	219,1	231,9
Pomorskie	267,9	271,9	278,9	279,5	250,8	250,8	281,1
Śląskie	283,8	295,4	294,6	297,6	289,7	289,7	306,7
Świętokrzyskie	258,6	267,2	250,0	257,0	280,0	280,0	304,2
Warmińsko-Mazurskie	255,9	240,4	262,3	279,3	255,1	255,1	270,7
Wielkopolskie	266,0	264,9	291,9	282,8	262,3	262,3	265,0
Zachodniopomorskie	262,2	269,4	277,5	286,2	286,9	286,9	275,9

Tabela 22 – Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych kobiet mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych kobiet mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022 ulegała znacznym fluktuacjom. Największy wzrost odnotowano w województwie opolskim (wzrost o 93,9 zgonów), największy spadek z kolei odnotowano w województwie mazowieckim (spadek o 7,9 zgonów)⁴⁰⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	201,5	203,3	208,4	207,9	207,1	201,6	207,7
Dolnośląskie	236,0	240,5	236,9	233,3	245,6	203,1	228,4
Kujawsko-Pomorskie	212,7	230,2	227,6	224,8	210,3	209,4	221,8
Lubelskie	190,4	200,2	200,3	184,0	194,4	206,4	204,6
Lubuskie	200,7	218,0	219,3	236,1	244,7	196,1	228,8

⁴⁰⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Łódzkie	218,4	212,9	230,2	224,9	222,9	214,0	224,4
Małopolskie	182,5	179,4	189,4	192,1	186,4	195,9	198,2
Mazowieckie	199,6	208,6	213,3	214,3	211,0	191,5	208,3
Opolskie	160,0	222,4	217,3	234,5	214,0	222,2	237,8
Podkarpackie	183,1	171,2	176,6	180,9	193,5	173,3	174,1
Podlaskie	224,6	203,6	205,7	203,5	226,7	207,7	205,2
Pomorskie	184,7	174,6	184,8	183,7	166,0	179,3	181,9
Śląskie	220,6	219,2	219,8	210,7	219,4	219,2	215,6
Świętokrzyskie	222,6	198,9	201,7	185,9	196,6	217,5	239,2
Warmińsko-Mazurskie	217,6	218,7	214,3	238,6	225,8	207,3	214,6
Wielkopolskie	194,4	202,4	213,1	208,2	206,4	206,3	195,9
Zachodniopomorskie	213,8	200,2	219,4	240,4	211,4	218,8	214,0

Tabela 23 – Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych kobiet mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych kobiet mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022 ulegała nieznacznym fluktuacjom. Największy wzrost odnotowano w województwie opolskim (wzrost o 77,8 zgonów), największy spadek z kolei w województwie podlaskim (spadek o 19,4 zgonów)⁴¹⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	70,7	77,9	85,0	85,0	91,3	87,9	94,5
Dolnośląskie	81,9	84,1	92,5	97,0	94,2	103,3	130,5
Kujawsko-Pomorskie	66,9	79,1	91,1	89,5	101,0	101,9	96,1

⁴¹⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Lubelskie	45,6	50,6	52,5	53,9	66,5	64,5	71,8
Lubuskie	57,8	45,9	68,3	65,7	67,4	68,9	73,3
Łódzkie	87,3	101,3	115,9	114,2	125,4	115,6	126,4
Małopolskie	48,3	68,0	72,6	81,2	68,5	68,3	65,3
Mazowieckie	93,6	98,0	106,0	101,3	111,1	100,2	99,3
Opolskie	104,5	70,9	63,7	78,4	82,4	70,8	77,1
Podkarpackie	44,8	58,6	68,2	68,8	95,4	91,5	83,6
Podlaskie	61,6	76,5	74,6	80,9	95,6	82,7	87,6
Pomorskie	89,4	95,9	101,9	94,6	99,6	95,2	102,2
Śląskie	52,3	63,6	67,8	69,9	71,2	69,1	80,0
Świętokrzyskie	54,6	61,9	54,6	55,1	84,9	95,9	84,2
Warmińsko-Mazurskie	67,6	73,5	85,9	96,9	102,8	96,0	88,4
Wielkopolskie	71,2	74,8	84,5	77,0	82,3	79,0	103,6
Zachodniopomorskie	77,6	85,7	92,1	86,4	95,6	92,2	96,0

Tabela 24 – Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022 ulegała znacznym fluktuacjom, odnotowano wyraźny wzrost w 2022 r. względem 2016 r. Wzrost odnotowano w 15 województwach, z czego największy w województwie dolnośląskim (wzrost o 48,6 zgonów). Spadek odnotowano wyłącznie w województwie opolskim (spadek o 27,4 zgonów)⁴²⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	69,2	75,8	77,0	75,6	82,9	78,2	81,0

⁴²⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Dolnośląskie	75,9	76,0	73,8	76,0	74,7	86,2	117,0
Kujawsko-Pomorskie	62,0	69,4	77,1	71,5	84,6	79,4	74,1
Lubelskie	67,1	64,6	57,5	51,6	77,0	66,9	74,6
Lubuskie	57,1	65,9	62,8	66,8	78,4	64,8	76,2
Łódzkie	81,6	97,4	91,6	104,6	112,2	98,4	105,5
Małopolskie	53,9	72,4	71,2	77,5	77,9	66,9	62,0
Mazowieckie	89,9	92,4	100,7	86,7	100,5	92,5	88,0
Opolskie	111,8	88,3	54,7	71,2	77,1	83,0	84,7
Podkarpackie	50,5	67,3	69,5	69,0	100,0	80,5	74,1
Podlaskie	104,6	122,8	124,1	123,7	114,5	106,4	107,4
Pomorskie	70,2	70,4	68,2	74,1	75,7	62,2	75,5
Śląskie	55,4	63,0	66,7	61,5	49,7	57,7	71,5
Świętokrzyskie	62,9	60,6	53,9	56,1	83,0	88,3	73,3
Warmińsko-Mazurskie	78,4	86,9	101,2	96,9	91,8	105,1	77,4
Wielkopolskie	60,5	64,4	73,3	67,2	63,8	69,1	81,8
Zachodniopomorskie	58,0	71,2	85,6	74,4	74,0	65,0	70,4

Tabela 25 – Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022 ulegała znacznym fluktuacjom. Wzrost liczby zgonów w 2022 r. w odniesieniu do 2016 r. odnotowano w 13 województwach. Największy wzrost zauważono w województwie dolnośląskim (wzrost o 41,1 zgonów), spadek odnotowano w 3 województwach, z czego największy w województwie opolskim (spadek o 27,1 zgonów)⁴³⁾.

⁴³⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	53,7	63,8	67,2	66,8	68,4	69,3	77,2
Dolnośląskie	53,6	70,9	73,8	79,3	82,3	82,3	104,8
Kujawsko-Pomorskie	50,1	61,8	71,7	74,1	87,8	87,8	82,6
Lubelskie	29,4	44,4	36,0	35,6	48,5	48,5	57,0
Lubuskie	34,8	41,6	56,6	49,9	39,8	39,8	50,7
Łódzkie	80,5	94,1	100,2	93,6	100,5	100,5	114,6
Małopolskie	31,8	53,3	52,4	59,9	54,8	54,8	53,7
Mazowieckie	75,2	80,9	88,4	81,3	79,1	79,1	85,3
Opolskie	88,1	59,2	47,5	57,9	63,6	63,6	77,5
Podkarpackie	33,2	49,0	47,7	52,2	77,5	77,5	62,1
Podlaskie	44,3	59,9	62,4	66,2	63,2	63,2	74,7
Pomorskie	76,1	79,6	83,0	74,4	68,8	68,8	86,4
Śląskie	36,8	45,7	46,1	49,2	50,4	50,4	61,5
Świętokrzyskie	32,3	40,9	27,9	34,8	68,1	68,1	55,6
Warmińsko-Mazurskie	55,9	62,5	73,0	76,3	84,2	84,2	71,0
Wielkopolskie	56,0	64,0	67,5	68,6	61,6	61,6	80,2
Zachodniopomorskie	51,9	64,9	78,9	66,4	67,1	67,1	70,3

Tabela 26 – Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego kobiet mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego kobiet mieszkających w miastach w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022 ulegała znacznym fluktuacjom. W 2022 r. w stosunku do 2016 r. odnotowano wzrost liczby zgonów w 15 województwach, z czego największy w województwie dolnośląskim (wzrost o

51,2 zgonów), spadek odnotowano wyłącznie w województwie opolskim (spadek o 10,6 zgonów)⁴⁴⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	45,1	55,3	54,9	52,7	55,8	58,1	60,5
Dolnośląskie	47,4	62,0	58,0	64,4	55,8	62,9	85,6
Kujawsko-Pomorskie	33,5	44,3	53,2	50,9	52,5	59,9	57,6
Lubelskie	37,1	47,0	36,0	33,4	43,9	49,5	54,9
Lubuskie	44,4	47,8	59,9	46,9	51,6	34,4	49,3
Łódzkie	56,7	64,8	65,8	72,6	81,0	71,1	83,6
Małopolskie	32,5	52,0	49,6	50,1	54,0	47,2	44,2
Mazowieckie	60,2	68,1	69,3	57,1	63,9	67,5	72,5
Opolskie	70,3	59,3	51,6	51,3	65,2	50,9	57,8
Podkarpackie	38,9	52,3	48,1	49,3	64,2	76,8	54,8
Podlaskie	62,6	78,1	81,1	87,5	85,7	75,8	75,8
Pomorskie	43,1	51,0	57,6	51,1	46,6	48,9	51,7
Śląskie	31,5	48,6	42,5	41,5	43,3	41,2	50,5
Świętokrzyskie	39,6	43,5	34,1	34,0	47,4	54,2	47,5
Warmińsko-Mazurskie	49,7	67,7	63,0	66,6	69,5	70,4	62,7
Wielkopolskie	47,2	49,9	55,6	50,1	41,6	55,2	62,9
Zachodniopomorskie	46,5	53,5	67,9	58,8	48,2	57,0	53,2

Tabela 27 – Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego kobiet mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022

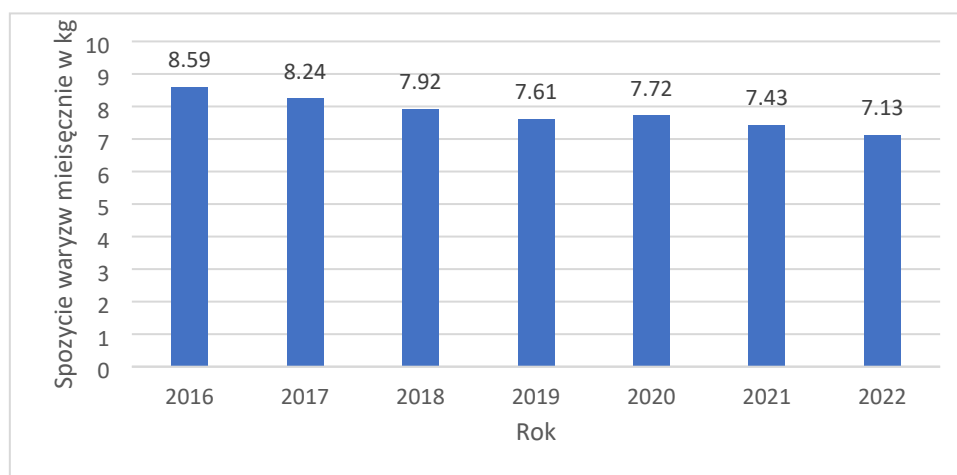
⁴⁴⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego kobiet mieszkających na wsi w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności dla lat 2016–2022 ulegała znacznym fluktuacjom. Wzrost liczby zgonów w 2022 r. względem 2016 r. odnotowano w 15 województwach, z czego największy w województwie dolnośląskim (wzrost o 38,2 zgonów). Spadek odnotowano jedynie w województwie opolskim (spadek o 12,5 zgonów)⁴⁵⁾.

2022	2023
6 401 334 uczestników	5 341 082 uczestników

Tabela 28 – Liczba uczestników zadań realizowanych w ramach programu sportu dla wszystkich w latach 2022–2023

W oparciu o powyższe dane należy zauważyć spadek liczby uczestników zadań realizowanych w ramach programu sportu dla wszystkich w 2023 r. względem 2022 r.⁴⁶⁾



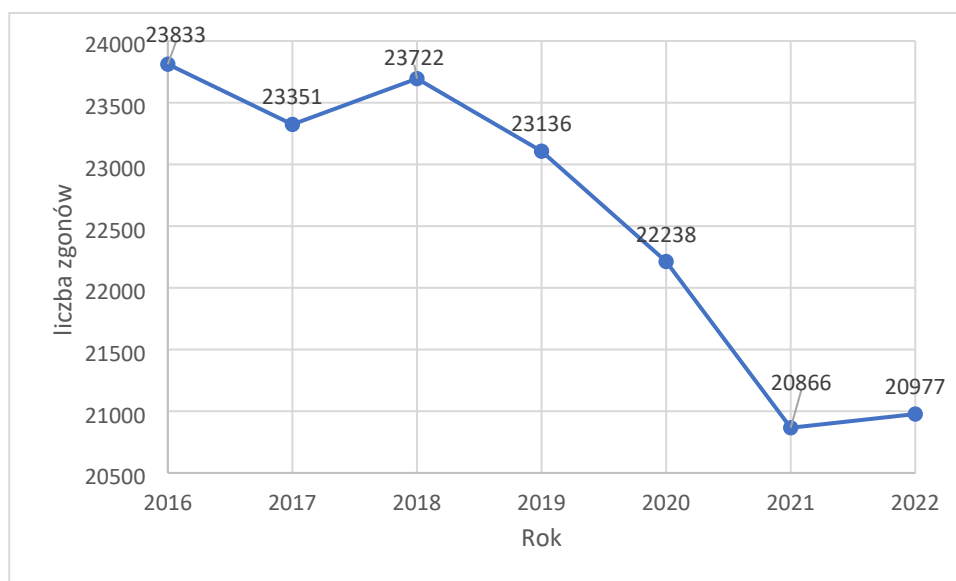
Wykres 12 – Przeciętne miesięczne spożycie warzyw na 1 osobę (w kg)

W latach 2016–2022 ilość zjadanych warzyw systematycznie zmniejszała się, w 2020 r. trend ten się nieznacznie odwrócił, by znów ilość zjadanych warzyw zaczęła spadać. Spożycie warzyw w 2022 r. w porównaniu do 2016 r. spadło o 1,46 kg⁴⁷⁾.

⁴⁵⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

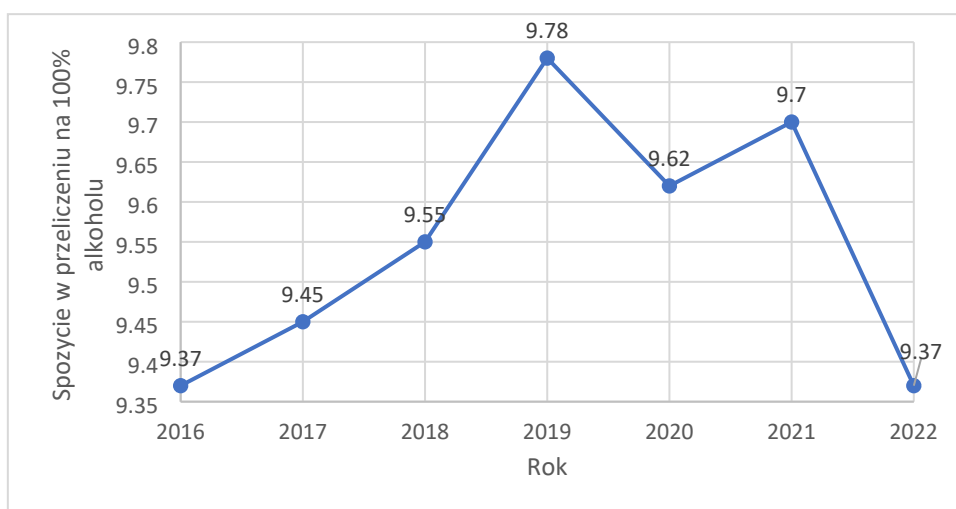
⁴⁶⁾ Departament Sportu dla Wszystkich w Ministerstwie Sportu i Turystyki, stan na 10.07.2024 r.

⁴⁷⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/metadane/cechy/2456?back=True>, stan na 10.07.2024 r.



Wykres 13 – Zgony z powodu nowotworu złośliwego tchawicy/oskrzela/płuca

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić wyraźny spadek liczby zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy/oskrzela/płuca w latach 2016–2021. W 2022 r. odnotowano nieznaczny wzrost liczby zgonów w porównaniu z 2021 r.⁴⁸⁾



Wykres 14 – Średnie roczne spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca w litrach w przeliczeniu na 100% alkoholu

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że roczne spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca w litrach w przeliczeniu na 100% alkoholu na przestrzeni lat 2016–2022, pomimo nieznacznych fluktuacji, pozostaje na niezmiennym poziomie⁴⁹⁾.

⁴⁸⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>, stan na 10.07.2024 r.

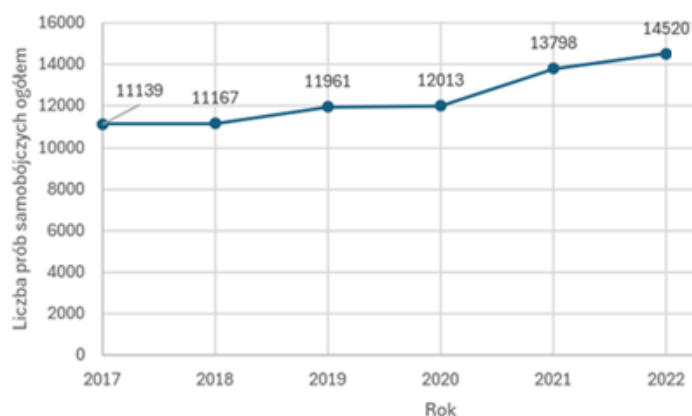
⁴⁹⁾ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/09/Spozycie-napojow-alkoholowych-na-jednego-mieszkanca.pdf>, stan na 10.12.2024 r.

Rok	Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	Wino i miody pitne	Wino i miody pitne w przeliczeniu na 100% alkohol	Piwo	Piwo w przeliczeniu na 100% alkohol
2016	3,2	5,8	0,7	99,5	5,47
2017	3,3	6,1	0,73	98,5	5,42
2018	3,3	6	0,72	100,5	5,53
2019	3,7	6,2	0,74	97,1	5,34
2020	3,7	6,5	0,77	94	5,17
2021	3,8	6,7	0,8	93,2	5,13
2022	3,5	6,3	0,76	92,9	5,11
2023	3,4	6,8	0,72	87,4	4,81

Tabela 29 – Spożycie w litrach na jednego mieszkańca i w przeliczeniu na 100% alkohol

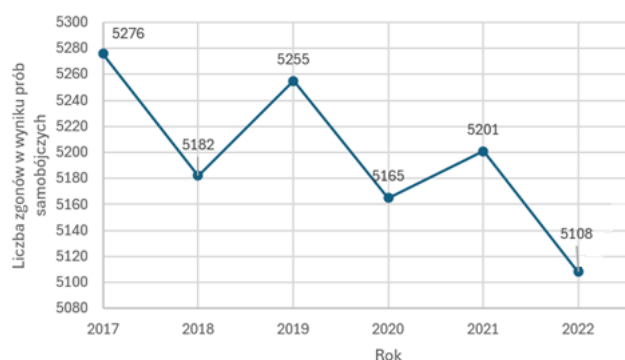
Zgodnie z powyższymi danymi można stwierdzić nieznaczną tendencję wzrostową spożycia alkoholi wysoko procentowych, w tym wyrobów spirytusowych (w przeliczeniu na 100% alkoholu) i win oraz miódów pitnych. Tendencję spadkową odnotowano w zakresie spożycia piw⁵⁰⁾.

⁵⁰⁾ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/09/Spozycie-napojow-alkoholowych-na-jednego-mieszkanca.pdf>, stan na 10.07.2024 r.



Wykres 15 – Liczba zamachów samobójczych – ogółem

W latach 2017–2022 należy odnotować stały, wyraźny wzrost liczby prób samobójczych. W 2022 r. liczba prób samobójczych była wyższa o 30,3% względem 2016 r.⁵¹⁾



Wykres 16 – Liczba zgonów w wyniku samobójstw – ogółem

Liczba zgonów w wyniku samobójstw na przestrzeni lat 2017–2022 ulegała nieznacznym fluktuacjom. Należy odnotować spadek w 2022 r. względem 2021 r.⁵²⁾

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV)	11,09	10,44	8,96	8,73	2,51	3,26	6,69
Wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV)	9,9	8,75	8,32	7,41	2,59	4,05	6,61
HIV	3,61	3,81	3,45	4,59	2,09	3,27	6,34

⁵¹⁾ Komenda Główna Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>, stan na 10.07.2024 r.

⁵²⁾ Komenda Główna Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>, stan na 10.07.2024 r.

Różyczka	2,9	1,2	1,1	0,7	0,26	0,13	0,40
Odra	0,35	0,16	0,93	3,94	0,08	0,03	0,07
Polio	0	0	0	0	0	0,67	0,87

Tabela 30 – Zapadalność na wybrane choroby zakaźne (na 100 tys. osób)

W latach 2016–2020 systematycznie zmniejszała się zapadalność na wirusowe zapalenia wątroby typu B i C, różyczkę, by ponownie znacząco wzrosnąć w 2022 r. W przypadku HIV zapadalność również malała do 2020 r., jednakże w 2022 r. odnotowano duży wzrost zapadalności, do poziomów nie notowanych od 2016 r.⁵³⁾ Wzrost zachorowań na odrę, różyczkę i polio był związany ze wzrostem liczby zachorowań w całym regionie Europejskim WHO, w tym krajach bezpośrednio graniczących z Polską, co wiąże się prawdopodobnie z dużymi ruchami uchodźczymi w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie, jak również z wieloletnią aktywnością ruchów antyszczepionkowych prowadzących do spadku zaufania do szczepień ochronnych.

Stan zdrowia	Zmienna	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bardzo dobre	Miasta	17,4	18,2	17,8	17,3	15,5	17,1
	Wieś	16,0	16,0	14,9	15,3	15,2	16,2
	Mężczyźni	18,9	19,6	18,3	18,2	17,4	18,8
	Kobiety	14,9	15,3	15,1	14,9	13,6	14,8
	60–74	1,9	2,6	2,4	2,7	2,2	2,4
	75 lat+	0,2	0,6	0,8	0,9	0,6	1,1
	Ogółem	16,8	17,3	16,6	16,6	15,4	16,7
	Miasta	43,1	43,5	44,4	45,3	47,8	49,2
	Wieś	43,8	43,1	44,6	45,6	48,1	49,0

⁵³⁾ Główny Inspektorat Sanitarny, Raport Stan Sanitarny Kraju 2022, <https://www.gov.pl/web/gis/stan-sanitarny-kraju-w-2022-r-opublikowany--podsumowanie-dzialan-panstwowej-inspekcji-sanitarnej>, stan na 10.07.2024 r.

Dobre	Mężczyźni	44,8	44,7	46,0	47,2	49,1	50,7
	Kobiety	42,0	42,0	43,2	43,7	46,8	47,6
	60–74	22,5	27,2	28,9	30,3	33,1	35,7
	75 lat+	9,3	11,8	11,0	14,2	14,4	17,2
	Ogółem	43,4	43,3	44,5	45,4	47,9	49,1
Ani dobre, ani złe	Miasta	26,8	25,9	26,2	25,8	26,5	24,2
	Wieś	26,8	27,3	27,7	26,4	26,1	24,5
	Mężczyźni	24,7	24,1	24,7	23,5	24,0	21,5
	Kobiety	28,7	28,6	28,7	28,3	28,5	26,9
	60–74	51,1	47,3	47,7	46,5	48,0	45,9
	75 lat+	41,7	41,9	46,2	43,4	47,9	47,7
	Ogółem	26,8	26,4	26,8	26,0	26,4	24,3
Złe	Miasta	10,1	9,7	9,2	9,2	8,3	7,8
	Wieś	11,1	11,3	10,5	10,7	9,2	8,8
	Mężczyźni	9,2	9,3	9,0	8,8	7,8	7,5
	Kobiety	11,7	11,4	10,4	10,7	9,4	8,9
	60–74	20,8	18,2	17,4	16,9	14,0	13,9
	75 lat+	37,3	34,8	30,8	31,5	30,0	27,0
	Ogółem	10,5	10,4	9,7	9,8	8,6	8,2
	Miasta	2,7	2,7	2,4	2,5	8,3	1,7
	Wieś	2,3	2,3	2,3	2,1	9,2	1,6
	Mężczyźni	2,3	2,4	2,1	2,2	7,8	1,5

Bardzo złe	Kobiety	2,7	2,7	2,6	2,4	9,4	1,8
	60–74	3,6	4,6	3,6	3,7	14,0	2,1
	75 lat+	11,5	10,8	11,2	10,0	30,0	7,0
	Ogółem	2,5	2,5	2,3	2,3	1,7	1,6

Tabela 31 – Samoocena stanu zdrowia (Self-perceived health) osób w wieku, co najmniej 60 lat (dla osób w wieku 60–74 i 75+) według miejsca zamieszkania, płci w latach 2016–2021

W kolejnych latach można zaobserwować wzrosty i spadki dynamiki zmian samooceny stanu zdrowia. Osoby starsze oceniają swój stan zdrowia ogólnie jako gorszy. W podziale na płeć kobiety gorzej niż mężczyźni oceniają swój stan zdrowia. W przypadku osób mieszkających na wsi i w miastach wartości wskaźnika samooceny były do siebie zbliżone⁵⁴⁾.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Kobiety	20,4	20,2	20,1	20,1	19,1	18,4	19,5
Mężczyźni	16,0	15,9	15,8	16,0	14,6	14,1	15,3

Tabela 32 – Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat w latach 2016–2022

W 2022 r. należy odnotować spadek przeciętnego dalszego trwania życia zarówno kobiet jak i mężczyzn w porównaniu z 2016 r. U Kobiet spadek ten wyniósł 0,9 lat, u mężczyzn 0,7 lat⁵⁵⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	8,4	8,5	8,5	8,5	8,3	8,2	8,6
Dolnośląskie	8,0	8,2	8,5	8,4	8,1	8,0	8,9
Kujawsko-Pomorskie	8,8	8,8	8,8	8,7	8,5	8,0	8,3
Lubelskie	8,2	8,5	8,4	8,4	8,0	8,2	8,0

⁵⁴⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia>, stan na 10.07.2024 r.

⁵⁵⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica>, stan na 10.07.2024 r.

Lubuskie	7,9	8,3	8,7	9,1	9,1	8,1	9,5
Łódzkie	8,8	8,2	8,0	8,0	7,9	9,0	7,9
Małopolskie	8,8	8,8	8,7	8,5	8,4	8,1	8,9
Mazowieckie	9,0	8,4	8,2	8,2	8,3	8,3	8,8
Opolskie	8,0	8,2	8,5	8,4	8,2	8,2	9,0
Podkarpackie	8,3	8,6	8,5	8,5	8,0	8,3	8,1
Podlaskie	8,3	8,7	8,5	8,5	8,1	8,0	8,1
Pomorskie	8,8	8,9	8,9	8,8	8,7	8,2	8,4
Śląskie	8,4	8,5	8,3	8,2	8,2	7,9	8,5
Świętokrzyskie	8,1	8,5	8,4	8,3	8,1	8,0	8,2
Warmińsko-Mazurskie	8,8	8,9	8,9	8,7	8,6	8,5	8,4
Wielkopolskie	7,9	8,3	8,8	9,1	9,2	9,1	9,5
Zachodniopomorskie	7,9	8,3	8,8	9,1	9,3	9,1	9,5

Tabela 33 – Oczekiwana długość życia w zdrowiu kobiet w wieku 65 lat w poszczególnych województwach

Oczekiwana długość życia w zdrowiu kobiet w wieku 65 lat w latach 2016–2022 ulegała nieznacznym fluktuacjom. Największy wzrost odnotowano w województwie wielkopolskim, lubuskim i zachodniopomorskim, o 1,6 lat, największy spadek odnotowano w województwie łódzkim, o 0,9 lat⁵⁶⁾.

Województwo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Polska	7,4	7,6	7,8	7,8	7,3	7,1	7,6
Dolnośląskie	6,9	7,1	7,4	7,6	7,2	7,2	7,7

⁵⁶⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Kujawsko-Pomorskie	7,7	7,7	7,7	7,6	7,2	6,8	7,3
Lubelskie	7,4	8,1	8,1	8,1	7,3	6,9	7,3
Lubuskie	7,1	7,7	7,9	7,9	7,7	7,5	8,2
Łódzkie	7,5	7,3	7,4	7,5	7,1	7,1	7,2
Małopolskie	8,0	8,0	7,8	7,6	7,1	7,0	7,6
Mazowieckie	7,8	7,7	7,7	7,9	7,0	7,1	7,7
Opolskie	7,0	7,1	7,5	7,7	7,3	7,4	7,7
Podkarpackie	7,7	8,4	8,5	8,3	7,5	7,2	7,5
Podlaskie	7,6	8,3	8,3	8,2	7,6	7,0	7,3
Pomorskie	7,7	7,9	7,9	7,8	7,4	7,0	7,3
Śląskie	7,7	7,6	7,6	7,3	6,8	6,6	7,2
Świętokrzyskie	7,5	8,1	8,2	8,0	7,2	7,2	7,3
Warmińsko-Mazurskie	7,4	7,5	7,5	7,5	7,2	6,7	7,2
Wielkopolskie	7,2	7,8	8,0	8,2	7,8	7,7	8,3
Zachodniopomorskie	7,2	7,6	8,0	8,2	7,8	7,7	8,2

Tabela 34 – Oczekiwana długość życia w zdrowiu mężczyzn w wieku 65 lat w poszczególnych województwach

Oczekiwana długość życia w zdrowiu mężczyzn w wieku 65 lat w latach 2016–2022 ulegała nieznacznym fluktuacjom. Największy wzrost odnotowano w województwie lubuskim i wielkopolskim, o 1,1 lat, największy spadek odnotowano w województwie śląskim, o 0,5 lat⁵⁷⁾.

2022 r.	2023 r.
22 923 interwencje	22 589 interwencji

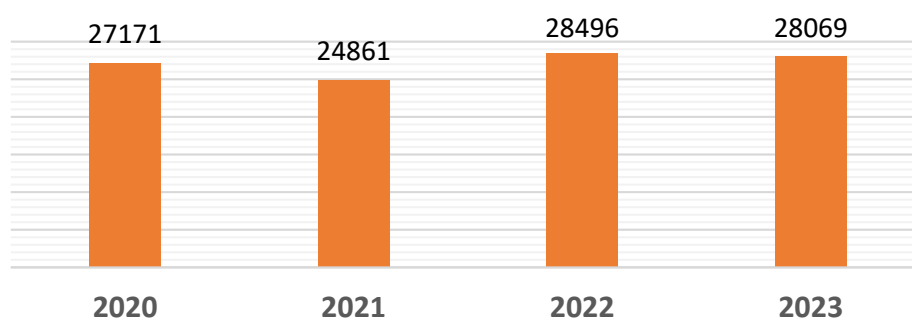
⁵⁷⁾ Główny Urząd Statystyczny, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat/3/7/2577>, stan na 10.07.2024 r.

Tabela 35 – Liczba interwencji sprawozdanych do systemu ProfiBaza, w których wskazano jeden z 5 celów operacyjnych NPZ na lata 2021–2025 wraz z zadaniami wspierającymi

Na podstawie powyższych danych należy zauważyć że liczba zadań realizowanych w ramach NPZ na lata 2021–2025 w 2022 r. i 2023 r. utrzymuje się na podobnym poziomie. ⁵⁸⁾

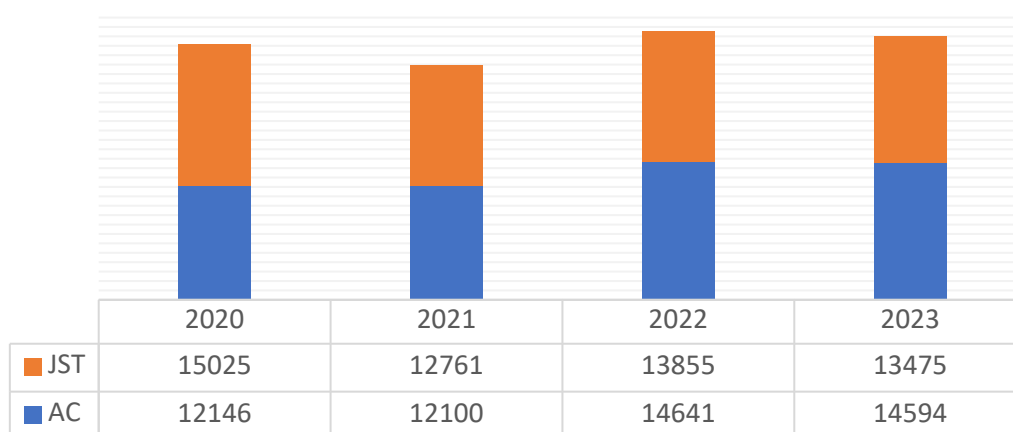
Rozdział 4

Porównanie z okresem sprawozdawczym za lata 2020 i 2021



Wykres 17 – Liczba interwencji zrealizowanych w latach 2020–2023 ogółem.

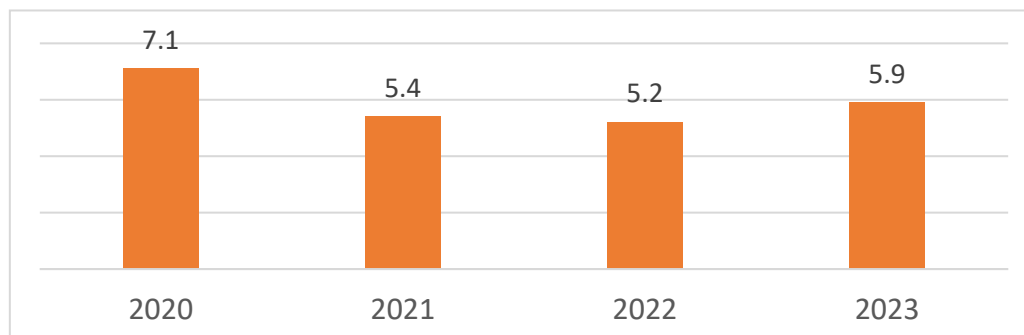
W okresie 2020–2023 zauważalne jest, że liczba interwencji ulegała nieznacznym fluktuacjom, z zauważalnym spadkiem w 2021 r. (pierwszy rok sprawozdawczy objęty sprawozdawczością w systemie Profibaza). w latach 2022–2023 zauważalny jest wyraźny wzrost liczby interwencji w porównaniu z poprzednim okresem.



Wykres 18 – Liczba zadań/interwencji zrealizowanych w latach 2020–2023 w podziale na administrację centralną i JST.

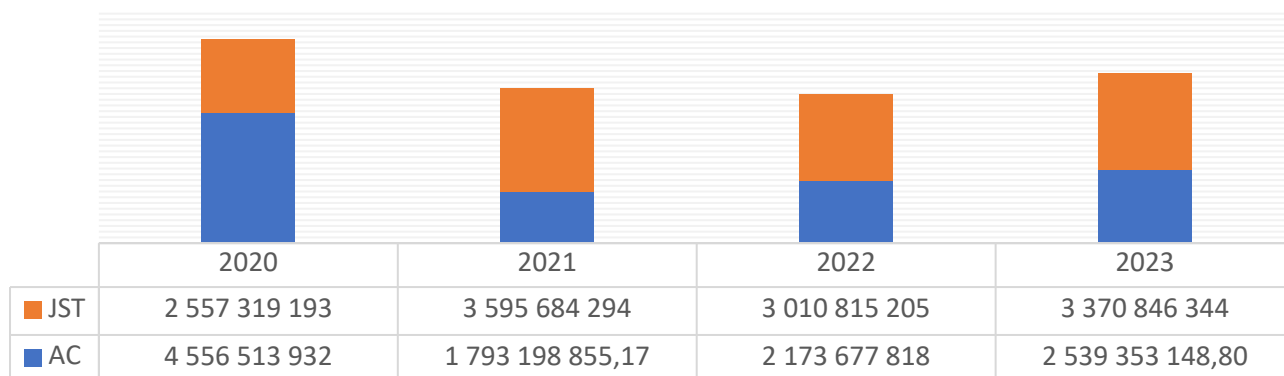
⁵⁸⁾ System Profibaza, <https://profibaza.pzh.gov.pl/>, stan na 10.12.2024 r.

W latach 2020–2021 największą liczbę zadań/interwencji sprawozdały JST. Jednak w latach 2022–2023 tendencja odwróciła się – większość interwencji sprawozdała administracja centralna. Lata 2022–2023 to także zwiększenie liczby realizowanych interwencji w porównaniu z latami 2020–2021.



Wykres 19 – Finansowanie w latach 2020–2023 ogółem (w mld).

2023 r. to spadek względem 2020 r., w zakresie finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego. W porównaniu z 2020 r. sumaryczny koszt zadań spadł w 2023 r. o ok. 1,2 mld., a w porównaniu z 2021 r. wzrósł o ok 500 mln złotych.



Wykres 20 – Koszt realizacji zadań/interwencji w latach 2020–2023 w podziale na administrację centralną i JST.

2023 r. to spadek, względem 2020 r., jeśli chodzi o nakłady podmiotów centralnych na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, w wypadku JST jednakże odnotowano wzrost. W porównaniu z 2020 r. sumaryczny koszt zadań JST w 2023 r. wzrósł o ponad 800 mln zł. – natomiast finansowanie przez administrację centralną zmniejszyło się o ok. 2 mld zł.

Wnioski z realizacji ustawy w latach 2022–2023

Analiza informacji o zrealizowanych w 2022 i 2023 r. zadaniach z zakresu zdrowia publicznego pozwala na sporządzenie wniosków.

1. W ostatnim czasie poprawia się stan zdrowia ludności Rzeczypospolitej Polskiej po epidemii COVID-19. Jednakże prognozy demograficzne nie są optymistyczne. Starzenie się polskiego

społeczeństwa będzie w przyszłości istotnie wpływać na zwiększenie zapotrzebowania na opiekę zdrowotną. Dodatkowo, w wyniku epidemii COVID-19 oczekiwana długość życia w Rzeczypospolitej Polskiej uległa skróceniu, chociaż nastąpiło korzystne odbicie wskaźników, niezbędne jest dalsze intensyfikowanie działań profilaktycznych w celu poprawy zdrowia publicznego. Zasadne jest podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu jak i dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać wyborów prozdrowotnych by minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia.

2. Zmiany postaw i zachowań oraz ich konsekwencje dla zdrowia w wymiarze tak jednostki jak i populacji – co jest w ognisku zainteresowania zdrowia publicznego – nie są możliwe do zaobserwowania w perspektywie kilku czy kilkadziesiątu miesięcy. Obserwacja trendów w odniesieniu do zjawisk epidemiologicznych wymaga wieloletnich obserwacji. Brak natychmiastowych efektów nie zwalnia z czynienia wysiłków na rzecz zmian prozdrowotnych.

3. Działania profilaktyczne i edukacyjne muszą być wspierane działaniami regulacyjnymi, których kierunek został określony w NPZ – czego dobrym przykładem jest polityka antytytoniowa i tzw. opłata cukrowa.

4. Konieczne jest prowadzenie profilaktyki dostosowanej do popartych danymi potrzeb zdrowotnych populacji, adekwatnej do określonych czynników chroniących i czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, choroby układu oddechowego).

5. Realizowane były wszystkie zadania określone w ustawie i niemal wszystkie zadania określone w NPZ 2021–2025 co wskazuje na adekwatność opisanego w tych aktach prawnych katalogu interwencji z zakresu zdrowia publicznego.

6. Silną stroną zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej jest duża liczba podmiotów zaangażowanych w realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego – bardzo duża liczba podmiotów realizowała zadania określone w ustawie i NPZ 2021–2025. Większość JST sprawozdało realizację co najmniej jednego zadania. Ponadto wysoką aktywność wykazują stacje sanitarno-epidemiologiczne.

7. JST potrzebują wsparcia merytorycznego w przygotowaniu, realizacji i ocenie programów prozdrowotnych (JST wdrażają ok. 50% wszystkich programów). W związku z zauważalnymi istotnymi różnicami w podejściu do sprawozdawczości, zróżnicowaniem terytorialnym priorytetów działań a także mając na uwadze postulaty kierowane do Ministerstwa Zdrowia przez JST niezbędne jest utworzenie mechanizmu stałych szkoleń dla administracji samorządowej dotyczących aspektów merytorycznych i prawnych zdrowia publicznego. Trzeba zauważyć, że zdrowie publiczne jest dyscypliną rozwijającą się bardzo dynamicznie,

kolejne lata dostarczają nowych danych m.in. o skuteczności i efektywności różnych interwencji. Stała aktualizacja wiedzy i budowanie właściwych postaw wśród profesjonalistów zajmujących się zdrowiem publicznym wydaje się być konieczne.

8. Realizacja NPZ 2021–2025 w kolejnych latach będzie wymagała co najmniej porównywalnego poziomu zaangażowania właściwych instytucji.

Na uwagę zasługuje również kilka szczegółowych zagadnień:

- wdrożono nowy system Profibaza do gromadzenia danych o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. System ten pozwala na generowanie danych dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności oraz podejmowanych działań w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia na danym terenie, a także zapewnia dostęp do rejestru programów zdrowotnych i innych interwencji zdrowia publicznego w kontekście ich planowania oraz sprawozdawania podjętych działań,
- poprawiła się jakość sprawozdawczości – przede wszystkim wynika to z coraz lepszej identyfikacji podejmowanych interwencji jako zadań z zakresu zdrowia publicznego, zwiększenia intensywności starań urzędów wojewódzkich oraz wprowadzenia nowego systemu Profibaza.