**Uzasadnienie**

1. **Uzasadnienie podjęcia prac nad projektem**

Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Przepis art. 9 ust. 1 ustawy stanowi, że Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „NPZ”, jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 wprowadzony został rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie NPZ na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492). Biorąc pod uwagę, że art. 9 ust. 3 ustawy stanowi, że NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat, długofalową specyfikę zdrowia publicznego oraz konieczność konsekwentnych i niezakłócanych działań, proponuje się 5-letni okres obowiązywania NPZ.

Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania w okresie realizacji Narodowego Programu Zdrowia ulegały systematycznej poprawie. Wśród najistotniejszych czynników wskazać należy poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i świadomość w wymiarze dbania o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Nieustającym wyzwaniem pozostaje dalsze usprawnianie i koordynacja licznych działań instytucji publicznych, organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego podejmowanych na rzecz zdrowia oraz kształtowania środowisk sprzyjających zdrowiu.

Niewątpliwym wyzwaniem dla zdrowia publicznego – zarówno w kraju, jak również w Europie i na świecie – jest pandemia COVID-19. Administracja centralna, ale również samorządowa, w ostatnich miesiącach podejmowała działania mające na celu ograniczenie liczby zachorowań na COVID-19 oraz ograniczenie ich negatywnych skutków zdrowotnych. Realizacja bieżących działań z zakresu zdrowia publicznego na skutek panującej epidemii została spowolniona. Zauważyć także należy, że nieznane będą długofalowe skutki szerzenia się pandemii w zakresie gospodarki, zmian w dotychczasowych zachowaniach ludzi, w szczególności dotyczących aktywności fizycznej, higieny, modeli pracy, rekreacji. Biorąc pod uwagę stałe ryzyko transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, w projekcie rozporządzenia nie wskazywano wprost odniesień do pandemii, gdyż w ocenie projektodawcy byłoby to ograniczające. Niemniej jednak pandemia i jej wpływ na zdrowie publiczne będą elementem prac w ramach celów operacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem w celu 1, 2, 3 i 4. Przed zdrowiem publicznym w Rzeczypospolitej Polskiej stają nowe, od dawna nieobecne i do niedawna odległe, wyzwania.

Niezależnie od nowych uwarunkowań wynikających z pandemii COVID-19, biorąc pod uwagę dane wieloletnie, umieralność i przeciętna długość życia w naszym kraju w dalszym ciągu odbiegają od średnich wskaźników dla krajów Unii Europejskiej (UE), a poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybkim tempie. Społeczeństwo jest w istotnym stopniu obciążone chorobami cywilizacyjnymi, wynikającymi przede wszystkim z niewłaściwego stylu życia, a także zagrożone ich dalszym rozprzestrzenianiem się. Jak pokazują zagraniczne badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można skutecznie zapobiegać, co jest możliwe dzięki odpowiednio zaplanowanej i wdrożonej profilaktyce zdrowotnej. Koszty leczenia następstw chorób cywilizacyjnych kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na profilaktykę tych chorób. Istotą interwencji w obszarze zdrowia publicznego jest ich systematyczność, stałość i powtarzalność – jedynie konsekwencja działań w perspektywie wieloletniej, jest gwarantem osiągnięcia zakładanych zmian zdrowotnych.

1. **Zmiany we wskaźnikach**

Porównanie wartości wskaźników populacyjnych z roku przyjęcia ustawy z ostatnim rokiem objętym informacją za lata 2016–2017 wskazuje, iż pomiędzy 2015 r. a 2017 r. oczekiwana długość życia wzrosła dla kobiet z 81,6 do 81,8 lat, dla mężczyzn z 73,6 do 74 lat. Jednak w 2018 r. korzystna tendencja nieznacznie odwróciła się, w wypadku kobiet oczekiwana długość życia zmalała do 81,7 lat, w wypadku mężczyzn było to 73,8 lat, zjawisko to jednak ma pokrycie w ogólnoeuropejskich trendach.[[1]](#footnote-1)

Wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia wzrósł w tym samym czasie z 58,3% do 60,7%, przy jednoczesnym spadku wskaźnika złej samooceny z 13,7% do 12,9%.[[2]](#footnote-2) W 2017 r. liczba zgonów w wyniku samobójstw zmniejszyła się o około 7% w porównaniu z 2015 r.[[3]](#footnote-3) Do czynników, które przyczyniły się do zaobserwowanych pozytywnych trendów należy z pewnością poprawa sytuacji materialnej (zaobserwowano m.in. duży spadek liczby osób poniżej granicy ubóstwa), poziomu wiedzy o zdrowiu, zmiana struktury niektórych zachowań zdrowotnych (np. wzrost spożycia owoców), wspierana przez bardzo liczne działania i programy realizowane przez administrację rządową, samorządową oraz współpracujące z nimi organizacje społeczeństwa obywatelskiego. Niezwykle istotna jest również aktywność sektora prywatnego – pracodawców, firm tworzących innowacyjne rozwiązania sprzyjające zdrowiu.

Dane Eurostatu wskazują również na polepszający się standard życia w Rzeczypospolitej Polskiej, spadająca liczba bezrobotnych przekłada się na niższy wskaźnik ludności żyjącej poniżej granicy ubóstwa i nierówności dochodów. Odsetek osób żyjących poniżej granicy ubóstwa maleje, w 2015 r. wynosił on 23,4%, w 2016 r. 21,90% a w 2017 r. 19,50%.[[4]](#footnote-4) W porównaniu z państwami członkowskimi Unii Europejskiej Polska znajduje się poniżej średniej i jest w czołówce krajów Unii Europejskiej z występowaniem najmniejszej liczby ludności żyjącej na granicy ubóstwa i nierówności dochodów.

W 2017 r. liczba ludności kraju wynosiła ponad 38 mln, w tym ponad 9 mln (czyli ponad 24%) stanowiły osoby w wieku 60+. Prognoza demograficzna Głównego Urzędu Statystycznego wskazuje, że do 2050 r. nastąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci (w wieku 0–14 lat) oraz młodzieży i osób dorosłych (w wieku 15–59 lat), natomiast zwiększy się liczba osób w wieku 60+. W rezultacie udział osób 60+ w populacji mieszkańców kraju zwiększy się ze wspomnianych 24% zanotowanych w 2017 r. do ponad 40% (czyli do 13,7 mln osób) w 2050 r. Na tle krajów Unii Europejskiej sytuacja demograficzna kraju zmienia się bardzo dynamicznie, gdyż z kraju o stosunkowo młodej populacji w 2050 r. będziemy siódmym najstarszym krajem w UE pod względem odsetka osób w wieku co najmniej 65 lat. Szacuje się natomiast, że z uwagi na krótsze trwanie życia w Polsce niż w innych krajach UE stosunkowo niski będzie odsetek osób w wieku 80+.

Zachodzące procesy demograficzne stanowią duże wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i powodują konieczność odpowiedniego projektowania rozwiązań ukierunkowanych na wdrażanie właściwych działań profilaktycznych, a także z zakresu promocji zdrowia oraz działań leczniczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Nadwaga jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych związanych ze stylem życia. W naszym kraju odpowiada ona za utratę 11,3% lat przeżytych w zdrowiu (DALY). Zgodnie z raportem „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”[[5]](#footnote-5) z 2018 r. zbyt wysoka masa ciała cechuje 58,8% mężczyzn i 41,1% kobiet w Polsce, a otyłość odpowiednio 11,2% i 11,3%. Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat choroby układu krążenia (ChUK), które w 2016 r. odpowiadały za 43,3% ogółu zgonów. Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce, w ostatnich latach standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu nie wykazują trendu spadkowego a ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów nieznacznie wzrasta. W 2016 r. nowotwory stanowiły 25,8% ogółu zgonów w Polsce.[[6]](#footnote-6) Cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych, stanowi ogromny problem zdrowotny i ekonomiczny wielu krajów. Nazywana jest pierwszą niezakaźną epidemią na świecie. W 2018 r. w Polsce było 2,9 mln dorosłych chorych na cukrzycę (1,3 mln mężczyzn i 1,6 mln kobiet). W latach 2013–2018 zachorowalność na cukrzycę (obliczona na podstawie danych o zrealizowanych świadczeniach) wzrosła wśród osób dorosłych o 13,7%.[[7]](#footnote-7)

Badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej” z 2012 r. wykazało, że wśród 3% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym, wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu.[[8]](#footnote-8) Wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest również zwiększająca się w ostatnich latach konsumpcja alkoholu (o 0,04 litra czystego alkoholu w przeliczeniu na liczbę mieszkańców)[[9]](#footnote-9) oraz zatrzymanie trendu spadkowego liczby osób palących codziennie wyroby tytoniowe (w ostatnich latach na wysokim poziomie - 24%).[[10]](#footnote-10)

1. **Realizacja NPZ w latach 2016 - 2020**

Zauważyć należy, że w okresie od września 2016 r. (wejście w życie) do grudnia 2018 r. obowiązywania NPZ, podmioty wskazane jako Realizatorzy zadań sprawozdały blisko 105 tysięcy inicjatyw na rzecz poprawy zdrowia populacji. Realizowane było każde z 10 zadań określonych w art. 2 ustawy, 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;
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. działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
9. współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego;
10. rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
11. ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
12. działania w obszarze aktywności fizycznej.

Należy przy tym zauważyć, że wiele interwencji z zakresu zdrowia publicznego wpisywało się w więcej niż jedną z powyższych kategorii zadań. Natomiast w ramach NPZ zrealizowano lub podjęto ponad 96% z 388 zadań określonych w tym programie. Działania jednostek samorządu terytorialnego (JST) stanowiły 61% wszystkich sprawozdanych interwencji, pozostała część była realizowana przez administrację rządową. Zostały one w większości ocenione przez wojewodów jako zgodne z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej. Łącznie na realizację działań w ramach ustawy w Rzeczypospolitej Polskiej przeznaczono kwotę 14,4 mld zł (z czego 3,9 mld zł w 2016 r., 4,5 mld zł w 2017 r., 6 mld zł w 2018 r.). Według wstępnych danych sprawozdanych w 2019 r. przez podmioty realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego przekazano do weryfikacji 29 713 zadań. Jednostki samorządu terytorialnego zrealizowały ok. 62% sprawozdanych zadań, natomiast administracja centralna 38% (z czego znaczną część stanowiły zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Świadczy to  o olbrzymim i stale rosnącym zainteresowaniu i zaangażowaniu podmiotów administracji centralnej i jednostek samorządu terytorialnego we wdrażaniu i rozwijaniu działań służących poprawie zdrowia ludności Polski.

Analiza informacji o zrealizowanych w latach 2016–2018 zadaniach z zakresu zdrowia publicznego pozwala na sporządzenie szeregu wniosków.

1. Sytuacja zdrowotna ludności Polski poprawia się systematycznie – zarówno
w odniesieniu do obiektywnych jak i subiektywnych miar zdrowia. Pomimo obserwowanego wzrostu liczby urodzeń prognozy demograficzne nie są jednak optymistyczne. Starzenie się polskiego społeczeństwa będzie w przyszłości istotnie wpływać na zwiększenie zapotrzebowania na opiekę zdrowotną. Podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu jak i dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać wyborów prozdrowotnych wydają się być konieczne 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 obszarze zainteresowania zdrowia publicznego – nie są możliwe do zaobserwowania w perspektywie kilku czy kilkudziesięciu miesięcy. Obserwacja trendów w odniesieniu do zjawisk epidemiologicznych wymaga wieloletnich obserwacji i zmian, co nie zwalnia jednocześnie 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.
4. Realizowane są wszystkie zadania określone w ustawie i niemal wszystkie zadania określone w NPZ co wskazuje na adekwatność opisanego w tych aktach prawnych katalogu interwencji z zakresu zdrowia publicznego.
5. W kolejnych latach możliwe będzie przeprowadzenie szerokich analiz pozwalających na ocenę relacji nakładów do efektów bezpośrednich i populacyjnych. W chwili obecnej taka ewaluacja obejmowałaby zbyt krótki okres obserwacji (widoczne efekty podejmowanych działań – co jest zbyt małą perspektywą w przypadku większości interwencji zdrowia publicznego mających na celu edukację, zmianę postaw i zachowań zdrowotnych), w dodatku opierałaby się w większości o dane zgromadzone *de facto* przed rozpoczęciem pełnej realizacji NPZ, stąd zasadnym jest ustalenie czasu funkcjonowania NPZ do 2025 r. Ewentualny dłuższy niż 5-letni horyzont czasowy zostanie rozważony przy kolejnej edycji NPZ.
6. W aspekcie skali realizowanych działań należy zauważyć, że z pewnością silną stroną zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej jest duża liczba podmiotów zaangażowanych w realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego – wg danych zbieranych od 2016 r. bardzo duża liczba podmiotów realizowała zadania określone w ustawie i NPZ (ponad 3200 podmiotów sprawozdaje co roku ponad 35 000 realizowanych lub podjętych zadań z zakresu zdrowia publicznego). Większość jednostek samorządu terytorialnego sprawozdało realizację co najmniej jednego zadania. Ponadto aktywność wykazują stacje sanitarno-epidemiologiczne.
7. W związku z zauważalnymi istotnymi różnicami w podejściu do 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 w kolejnych latach będzie wymagała co najmniej porównywalnego poziomu aktywności w tym zakresie, co przemawia za kontynuacją i dalszym rozwijaniem działań wskazanych w NPZ.

Należy zauważyć, że komplementarna z NPZ pozostaje Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały z dnia 6 lutego 2020 r.), zwłaszcza jej drugi obszar tematyczny „Inwestycje w edukację – prewencja pierwotna – styl życia” z zakresem 1 i 2 celu operacyjnego NPZ.

1. **Zakres zmian w projektowanym NPZ względem lat 2016–2020**
2. Wydłużony został czas obowiązywania NPZ z okresu 5-letniego: 2016–2020 na kolejny 5-letni okres: 2021–2025.
3. Przeprowadzono rewizję zadań w celu uzyskania większej przejrzystości, w katalogu zadań uwzględniono zmiany instytucjonalne oraz bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ w poprzednich latach, uzupełniono albo zmieniono wskazanych w zadaniach realizatorów. Tam, gdzie było to niezbędne, na bazie doświadczeń z dotychczasowej realizacji, uproszczona i usystematyzowana została treść niektórych zadań, tak by zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów interpretacyjnych.
4. Bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ zaproponowane zostały nowe zadania odpowiadające zdiagnozowanym potrzebom.
5. Zadania, które nie były realizowane w latach 2016–2020 albo cieszyły się znikomym zainteresowaniem ze strony instytucji publicznych realizujących NPZ nie zostały uwzględnione w projekcie.
6. Wprowadzone zostały zmiany w zakresie sposobu koordynacji realizacji NPZ i przyjętych mechanizmów zarządczych.
7. Zaproponowany został, jako integralna część NPZ, katalog zadań z zakresu zapobiegania zachowaniom samobójczym, który przygotowany został przez zespół roboczy Rady do spraw zdrowia publicznego, o której mowa w art. 6 ustawy. To kompleksowy katalog zadań odnoszących się nie tylko do profilaktyki samobójstw, ale także kryzysów psychicznych we wszystkich grupach wiekowych.
8. W związku ze zmianą sposobu realizacji zadania publicznego, przewidziana jest rezygnacja z kontynuacji programu polityki zdrowotnej pn. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2016–2020 i powierzenie zadania (w ramach realizacji celu operacyjnego 4) wskazanym – dysponującym adekwatnymi zasobami i  potencjałem instytutom, w trybie, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy, ze środków pozostających w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia.
9. **Zapobieganie zachowaniom samobójczym**

Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik samobójstw w 2016 r. był na poziomie 10,6 na 100 000 mieszkańców. W Rzeczypospolitej Polskiej rocznie odnotowywanych jest ponad 5 tysięcy samobójstw, z 11 tysięcy podejmowanych prób samobójczych, z uwzględnieniem wszystkich grup wiekowych. Mężczyźni stanowią 85% wszystkich osób, które popełniły samobójstwa. W grupie wiekowej do 18 r. ż. obserwowana jest tendencja wzrostowa wskaźnika prób samobójczych, od 2012 r. z wynikiem 3,8 na 100 000 osób do wskaźnika 13 na 100 000 osób w 2019 r. Natomiast współczynnik samobójstw w niniejszej grupie, utrzymuje się w ostatnich latach na tym samym poziomie i wyniósł 4,3 na 100 000 osób w 2019 r.

W strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” sformułowano cel zmniejszenia „co najmniej o jedną trzecią współczynników samobójstw, przede wszystkim w krajach i grupach o wysokich współczynnikach”. W wielu krajach cel ten realizowany jest w formie krajowych programów zapobiegania samobójstwom. Doświadczenia innych państw rozwiniętych, wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia oraz wyniki dotychczasowych prac Zespołu roboczego do spraw prewencji samobójstw i depresji utworzonego przy Radzie do spraw zdrowia publicznego wskazują na konieczność
wypracowania działań zapobiegających podejmowania samobójstw. Dlatego też niezbędne jest wdrożenie działań w ramach opracowanego Krajowego programu zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Działania na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym mają na celu:

* promowanie i podniesienie świadomości społeczności na temat zachowań samobójczych, opartych na rzeczowych źródłach oraz o dostępnych formach pomocy i interwencjach wspierających,
* zmniejszenie liczby zachowań samobójczych we wszystkich grupach wiekowych przez opracowanie i upowszechnienie programów profilaktycznych,
* zapewnienie dostępu do pomocy osobom w kryzysie psychicznym,
* ograniczenie dostępności środków i nowych metod samobójczych, przez opracowanie systemu szybkiego reagowania oraz standardów postępowania w sytuacji kryzysu samobójczego wraz z ich wdrożeniem,
* wyposażenie i rozwój kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym,
* monitorowanie i ocenę rozpowszechnienia zachowań samobójczych, metod ich dokonywania oraz czynników ryzyka i czynników chroniących, które umożliwią opracowanie interwencji w zakresie zapobiegania samobójstwom,
* konsolidację działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Spodziewane wskaźniki ukierunkowane są na:

* spadek liczby samobójstw w całej populacji,
* redukcję/ograniczenie liczby podejmowanych prób samobójczych/zachowań samobójczych,
* podniesienie świadomości społeczeństwa na temat zachowań samobójczych jak i nabyciu postaw sprzyjających zachowaniu zdrowia psychicznego,
* ograniczenie stygmatyzujących i negatywnych postaw wobec zjawisk samobójczych,
* ograniczenie dostępu do nowych metod jak i środków zachowań samobójczych,
* pozyskaniu danych i efektywnym monitorowaniu zachowań samobójczych.

Ilekroć w niniejszej części NPZ jest mowa o:

1. samobójstwie – rozumie się przez to akt umyślnego odebrania sobie życia;
2. próbie samobójczej – zachowanie samobójcze niezakończone zgonem, którym jest umyślne samouszkodzenie, w tym zatrucie lub okaleczenie ciała, podjęte z intencją odebrania sobie życia (także wtedy gdy intencja jest trudna do wykluczenia);
3. kryzysie psychicznym – rozumie się przez to reakcję człowieka na sytuację, w której nierozwiązywalny według niego problem wywołuje napięcie, niepokój, poczucie dyskomfortu psychicznego, co może warunkować zachowania samobójcze;
4. zachowaniu samobójczym – rozumie się przez to:
* myśli samobójcze,
* planowanie samobójstwa,
* podjęcie próby samobójczej (w tym także udaremnionej, kiedy nie doszło jeszcze do samouszkodzenia),
* samobójstwo, z intencją trudną do rozstrzygnięcia,
* samobójstwo;
1. ilekroć jest mowa o poszczególnych typach profilaktyki:
* profilaktyka uniwersalna zachowań samobójczych – rozumie się przez to przeciwdziałanie zachowaniom samobójczym w populacji przez wzmacnianie czynników chroniących i redukcję czynników ryzyka, np. polepszanie dostępu do opieki społecznej i zdrowotnej, ograniczanie dostępu do metod czy dostarczenie odpowiedniej informacji,
* profilaktyka selektywna zachowań samobójczych – rozumie się przez to działania kierowane do osób, które nie podejmowały zachowań samobójczych, ale które znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka, np. osoby osierocone przez samobójstwo osoby bliskiej, które mają na celu zapobieganie zachowaniom samobójczym, np. rozpoznawanie ryzyka samobójczego czy dostęp do telefonów pomocowych w kryzysie psychicznym,
* profilaktyka wskazująca zachowań samobójczych – rozumie się przez to działania skierowane do osób z zachowaniami samobójczymi, np. z myślami samobójczymi lub po próbach samobójczych mające na celu pomoc w zaprzestaniu zachowań samobójczych.
1. **Porównanie międzynarodowe**

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia publicznego. Rozwiązania stosowane w krajach Unii Europejskiej są bardzo zróżnicowane pod względem organizacji i finansowania. Ponadto zakres przedmiotowy w sposób istotny różni się pomiędzy krajami. Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy obszaru zdrowia publicznego przejęcie wprost w Rzeczypospolitej Polskiej rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest zasadne i realne, ale może służyć jako wytyczna do projektowania i przyjmowania krajowych rozwiązań. Niemniej jednak wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej należą do Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), której dokumenty strategiczne są przyjmowane na posiedzeniach Komitetu Regionalnego WHO oraz Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly – WHA). W tych dokumentach określa się katalog zadań niezbędnych do osiągnięcia poprawy zdrowia, przede wszystkim przez walkę z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi.

Kraje rozwinięte, prowadząc działania na rzecz zdrowia publicznego, realizują opracowywane przez specjalistów zalecenia instytucji międzynarodowych, przyjmowane przez ich państwa członkowskie. NPZ uwzględnia analizy dostępnych publikacji i rekomendacji dotyczących walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, substancjami psychoaktywnymi, działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, poprawy zdrowia środowiskowego oraz zdrowotnej polityki senioralnej. Zaproponowane w programie interwencje są zgodne z działaniami prowadzonymi w państwach członkowskich UE/OECD.

Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi opracowany w latach 2015-2016 Narodowy Program Zdrowia pozostaje zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty WHO pt. ,,Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek”[[11]](#footnote-11) i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”[[12]](#footnote-12) oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”[[13]](#footnote-13). Należy jednak podkreślić, że dokumenty te i wskazane w nich priorytety pozostają aktualne po 2020 r. i tworzone są plany i strategie obejmujące planowany okres obowiązywania NPZ na lata 2021–2025, przykładem jest dokument WHO dotyczący globalnej strategii wobec zasobów ludzkich w ochronie zdrowia pt. „Global strategy on human resources for health: WorkForce 2030”[[14]](#footnote-14), a także raport ESPAS pt. „Światowe tendencje do 2030”[[15]](#footnote-15).

Ponadto, we wrześniu 2015 r. przyjęta została Agenda na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030[[16]](#footnote-16), która jest ustalonym przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ), w drodze negocjacji pomiędzy krajami członkowskimi, kompleksowym planem rozwoju dla świata z perspektywą do 2030 r. (Sustainable Development Goals – SDGs[[17]](#footnote-17)). Cele te skupiają się na zapewnieniu godnego życia dla wszystkich mieszkańców świata, pokoju i postępu gospodarczego, przy równoczesnej ochronie środowiska naturalnego i przeciwdziałaniu zmianom klimatu. Agenda 2030 koncentruje się na pięciu aspektach o kluczowym znaczeniu dla ludzkości i naszej planety (tzw. 5xP):

1. Ludzie (People) – eliminacja ubóstwa i głodu, pełne wykorzystanie indywidualnego potencjału w poczuciu godności i równości szans oraz życie w zdrowym środowisku to główne wyzwania i warunki zrównoważonego rozwoju;
2. Planeta (Planet) – racjonalne wykorzystanie zasobów naturalnych, zrównoważona konsumpcja i produkcja, wzrost gospodarczy sprzyjający włączeniu społecznemu oraz działania w dziedzinie klimatu pozwolą uchronić planetę przed degradacją oraz zapewnią sprawiedliwość wewnątrz- i międzypokoleniową;
3. Dobrobyt (Prosperity) – uniwersalny dostęp do dobrej edukacji, opieki zdrowotnej oraz infrastruktury w powiązaniu z przyjaznym środowisku postępem gospodarczym
i technologicznym pozwoli na korzystanie z dobrodziejstw dostatniego
i satysfakcjonującego życia;
4. Pokój (Peace) – Osiągnięcie jej celów możliwe jest jedynie w społeczeństwach wolnych od przemocy i lęku, opartych na tolerancji i włączeniu;
5. Partnerstwo (Partnership) – globalna współpraca wszystkich krajów, współdziałanie rządu, przedsiębiorców oraz społeczeństwa obywatelskiego, w duchu solidarności
z najsłabszymi.

Problematyka zdrowia publicznego jest związana z kilkoma celami tej agendy.

1. **Finanse**

Projektowana regulacja nie ma bezpośredniego wpływu na sektor finansów publicznych. Limit wydatków budżetu państwa oraz wydatków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów na zadania wskazane w projekcie rozporządzenia został określony w art. 29 ust. 1 i 2 ustawy. Planowana wysokość wydatków w 2021 r. na zadania wskazane w projekcie rozporządzenia zawiera się w ww. limicie i jest zgodna z projektem ustawy budżetowej. Poziom wydatków w kolejnych latach określany będzie w analogiczny sposób.

Zadania przewidziane projektowanym rozporządzeniem będą sfinansowane ze środków budżetu państwa oraz ze środków państwowych funduszy celowych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw sportu a także innych środków pozostających w dyspozycji realizatorów, tj. ze środków własnych podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań oraz realizatorów zadań (zgodnie z ustawą). Realizacja Programu nie będzie stanowiła podstawy do ubiegania się o zwiększenie limitu wydatków budżetu państwa przez poszczególnych dysponentów środków budżetowych i nie będzie powodowała dodatkowych potrzeb etatowych (poza wynikającymi z ustawy).

Art. 29 ustawy określa maksymalny limit wydatków budżetu państwa, będących skutkiem finansowym ustawy i maksymalny limit wydatków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów do 2025 r.

Zadania określone w ramach celów operacyjnych NPZ albo zadania wspierające – jeżeli w NPZ nie wskazano, iż będą to zadania powierzane przez odpowiedniego ministra będącego dysponentem środków – są zadaniami, które uznaje się za zadania własne podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, finansowane ze środków pozostających w ich dyspozycji. Zadania własne nie wymagają pozyskiwania dodatkowych środków finansowych z budżetu państwa, o których mowa w art. 29 ust. 1 ustawy, z zastrzeżeniem ust. 3.

Zadania powierzane do realizacji w trybie konkursowym lub wnioskowym, o których mowa w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy, są finansowane ze środków planowanych przez odpowiednich dysponentów części budżetowych lub w ramach rocznych planów finansowych funduszy celowych, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, z późn. zm.), zgodnie z limitami określonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jako koordynującego realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zadania powierzane do realizacji w trybie konkursowym lub wnioskowym, o których mowa w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy, mogą być też finansowane ze środków, o których mowa w art. 13 ustawy.

W przypadku zadań realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach celu operacyjnego 2, finansowanie odbywa się przez zwiększenie środków pozostających w dyspozycji tych podmiotów lub upoważnienie do dysponowania środkami Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (dofinansowanie w trybie naboru wniosków (FRPH), chyba że wskazano inaczej. Jednostka podległa lub nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia może opracować szczegółowy harmonogram realizacji zadań zgodnie ze zidentyfikowanymi priorytetami w zakresie profilaktyki uzależnień.

W przypadku zadań realizowanych przez Koordynatora w ramach celu operacyjnego 3 – Zapobieganie samobójstwom, finansowanie odbywa się przez powierzenie realizacji zadań Instytutowi Psychiatrii i Neurologii (IPiN), zwanemu w tej części Koordynatorem, w trybie, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy. IPiN powierza się koordynację realizacji wszystkich zadań określonych w tej części NPZ.

Zadania określone w NPZ powinny być realizowane we wskazanych latach. Podział środków pomiędzy poszczególne cele operacyjne i zadania wspierające ustala się w harmonogramach.

1. **Zgodność z prawem UE**

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

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

1. Źródło: Główny Urząd Statystyczny. [↑](#footnote-ref-1)
2. Źródło: Główny Urząd Statystyczny. [↑](#footnote-ref-2)
3. Źródło: Statystyka Komendy Głównej Policji. [↑](#footnote-ref-3)
4. Źródło: Eurostat. [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzh-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>. [↑](#footnote-ref-5)
6. Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. [↑](#footnote-ref-6)
7. Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia. [↑](#footnote-ref-7)
8. Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii. [↑](#footnote-ref-8)
9. Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. [↑](#footnote-ref-9)
10. Źródło: Główny Inspektorat Sanitarny. [↑](#footnote-ref-10)
11. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>. [↑](#footnote-ref-11)
12. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>. [↑](#footnote-ref-12)
13. <https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>. [↑](#footnote-ref-13)
14. <https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/>. [↑](#footnote-ref-14)
15. [https://espas.secure.europarl.europa.eu/orbis/sites/default/files//generated/document/en/espas-report-2015pl.pdf](https://espas.secure.europarl.europa.eu/orbis/sites/default/files/generated/document/en/espas-report-2015pl.pdf). [↑](#footnote-ref-15)
16. <https://www.gov.pl/documents/910151/911704/Agenda_2030_na_rzecz_zrownowazonego_rozwoju.pdf/d56cd332-4ba5-2035-9439-5a8a5212cbed>. [↑](#footnote-ref-16)
17. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>. [↑](#footnote-ref-17)