Uzasadnienie

1. Uzasadnienie podjęcia prac nad projektem

Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2027–2036 stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 149, 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 ustanowiony został rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492), z kolei Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2026 ustanowiony został rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 642) oraz przedłużony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 1886). Biorąc pod uwagę długofalową specyfikę zdrowia publicznego oraz konieczność konsekwentnych i niezakłóconych działań oraz brzmienie art. 9 ust. 3 ustawy, zgodnie z którym NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat, proponuje się 10-letni okres obowiązywania NPZ.

Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania w okresie realizacji NPZ 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. Niestety epidemia COVID-19 przyczyniła się do odwrócenia niektórych jej trendów oraz wpłynęła negatywnie na realizację bieżących działań z zakresu zdrowia publicznego. Administracja publiczna, zarówno na szczeblu centralnym, jak i terenowym oraz samorządowym, w okresie trwania NPZ na lata 2021–2025 podejmowała działania mające na celu ograniczenie liczby zachorowań na COVID-19 oraz jego negatywnych skutków zdrowotnych. Realizacja bieżących działań z zakresu zdrowia publicznego na skutek panującej epidemii została spowolniona. Należy zauważyć, że skutki pandemii COVID-19 są długofalowe, zarówno w obszarze gospodarki, jak i zmian w dotychczasowych zachowaniach społeczeństwa, w szczególności dotyczących aktywności fizycznej, higieny, modeli pracy oraz rekreacji.

Podnoszenie świadomości społecznej 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. 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.

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.

Przedwczesna umieralność oraz zgony możliwe do uniknięcia stanowią jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej. Z danych OECD opublikowanych w raporcie Health at a Glance 2023 (dane za 2021 r.) wynika, że wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia (avoidable mortality) dla populacji poniżej 75. roku życia w Rzeczypospolitej Polskiej wynosił około 290 zgonów na 100 000 mieszkańców. Chociaż stanowi to pewien spadek w porównaniu do 2020 r. (~310/100 000), wartość ta wciąż znacznie przewyższa średnią unijną (szacowaną na ~180–190/100 000). Struktura zgonów możliwych do uniknięcia obejmuje zarówno: zgony możliwe do zapobieżenia (preventable mortality) oraz zgony możliwe do leczenia (treatable mortality). Zgony należące do tej grupy stanowią 30,0 % ogółu zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej – 38,8 % mężczyzn i 20,7 % kobiet, natomiast w zgonach osób poniżej 75 lat stanowią odpowiednio 66,3 % i 64,6 %. Utrzymujący się wysoki poziom tych wskaźników potwierdza konieczność wzmacniania profilaktyki oraz poprawy dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej.

Choroby niezakaźne (Noncommunicable Diseases, NCD), w tym choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, cukrzyca czy przewlekłe choroby układu oddechowego, pozostają głównymi wyzwaniami zdrowotnymi w naszym kraju. Rozwój tych schorzeń w dużej mierze warunkowany jest przez behawioralne czynniki ryzyka, takie jak: palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, niewłaściwy sposób odżywiania oraz niewystarczająca ilość aktywności fizycznej.

Zachorowalność na przewlekłe choroby niezakaźne jest jedną z głównych przyczyn dezaktywacji zawodowej osób w wieku produkcyjnym, a także przyczynia się do niższej produktywności osób zatrudnionych. Zgodnie z wynikami Global Burden of Disease Study (GBD 2022), opublikowanymi w 2023 r., behawioralne czynniki ryzyka były odpowiedzialne

w Rzeczypospolitej Polskiej za około 28–29 % wszystkich zgonów. Analizując dane według płci, udział zgonów przypisanych tym czynnikom wynosił: ~33–34 % dla mężczyzn oraz ~23–24 % dla kobiet. W odniesieniu do wskaźnika Disability-Adjusted Life Years (DALY), behawioralne czynniki ryzyka odpowiadały w Rzeczypospolitej Polskiej w 2022 r. za około 26,5 % całkowitego obciążenia DALY.

Jak pokazują zagraniczne badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można skutecznie zapobiegać, co jest możliwe dzięki odpowiednio zaplanowanej i wdrożonej promocji zdrowia oraz 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.

2. Efektywność finansowania działań profilaktycznych

Zidentyfikowana literatura w zakresie profilaktyki pierwotnej wskazuje, że działania profilaktyczne przynoszą znaczne korzyści finansowe przez ograniczenie przyszłych kosztów leczenia (medycyny naprawczej) i kosztów pozamedycznych (np. opieka społeczna, zasiłki, utracona produktywność, wydatki prywatne). Chociaż wysokość i czas zwrotu z inwestycji jest różny dla poszczególnych interwencji, przegląd systematyczny[1] wskazuje, że mediana zwrotu z inwestycji (ang. *return on investment,* ROI) dla interwencji zdrowia publicznego wynosiła aż 14,3[2], a w przypadku programów ogólnokrajowych mediana ROI wyniosła 27,2. Inna, podobna analiza[3] wskazała korzyści społeczne powyżej £9 za każdy zainwestowany £1, na co składały się głównie zyskane QALY[4] i produktywność jednostki. Przykładowo, badania oceniające wpływ profilaktyki pierwotnej i wczesnych interwencji w zdrowiu psychicznym oszacowują

[1] Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *71*(8), 827–834.
[2] oznacza to, że za każda złotówka zainwestowana w profilaktykę przynosi korzyści/oszczędności rzędu 14,30 zł.
[3] Hampson E., Maberly O. (2025). The Shift to Prevention: Realising the Socio-Economic Potential. Deloitte.
[4] QALY (ang. *quality-adjusted life year*) – wskaźnik stanu zdrowia, wyrażający długość życia skorygowaną o jego jakość. Wylicza się go jako iloczyn uzyskanych w wyniku interwencji lat życia oraz subiektywnej satysfakcji z jego jakości (w zakresie od 0-śmierć do 1-pełne zdrowie).

średni zwrot rzędu $4-18 na każdego zainwestowanego $1[5,6]. Ponadto, osoby z zaburzeniami psychicznymi mają 2,4-krotnie wyższe ryzyko wielochorobowości[7] i mogą być bardziej narażone na rozwój wielu chorób przewlekłych[8] zatem prewencja zaburzeń psychicznych może przynieść dodatkowe korzyści w ograniczaniu występowania chorób somatycznych.

W toku prac nad projektem przeprowadzono analizy symulacyjne, szacujące wpływ potencjalnych działań prewencyjnych na koszty, które ponosi na leczenie Narodowy Fundusz Zdrowia, na liczbę absencji chorobowych oraz na liczbę przedwczesnych zgonów. Analizowano choroby, których można byłoby uniknąć dzięki profilaktyce[9]. Przyjęto, że wprowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki pierwotnej może doprowadzić do nierozwinięcia się tego rodzaju chorób u od 5% do 20% pacjentów, w zależności od intensywności prowadzonych działań. Symulacja zakłada systematyczne, stopniowe ograniczanie liczby pacjentów z problemami zdrowotnymi, których można uniknąć, przy docelowym poziomie skuteczności interwencji (5%-20%) osiąganym po 10 latach[10]. Oszacowano, że leczenie analizowanych pacjentów kosztowałoby w skali 10 lat, tylko w leczeniu szpitalnym, mniej o od 1,84 do 7,37 mld złotych, przy założeniu stałych kosztów leczenia[11]. Faktyczny pozytywny efekt finansowy byłby znacząco większy, ponieważ leczenie tych pacjentów odbywa się również na innych zakresach świadczeń oraz generuje konieczność refundacji leków. Dodatkowo, wprowadzenie interwencji profilaktyki pierwotnej może mieć pozytywny wpływ na rynek pracy przez zmniejszenie liczby absencji chorobowych – ograniczenie ich o łącznie od 4,6 mln do 18,6 mln dni absencji rocznie począwszy od 10. roku po wejściu w życie projektowanego rozporządzenia. Inwestycja w profilaktykę to także dłuższe życie Polaków w zdrowiu i mniejsza liczba przedwczesnych zgonów w perspektywie

[5] Miller, T. R., & Hendrie, D. (2008). Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis. U.S. Department of Health and Human Services.

[6] Chisholm, D., et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry, 3(5), 415–424.

[7] Halstead, S., Cao, C., Mohr, G. H., Ebdrup, B. H., Pillinger, T., McCutcheon, R. A., ... & Warren, N. (2024). Prevalence of multimorbidity in people with and without severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *11*(6), 431-442.

[8] Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., ... & Kessler, R. C. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries. JAMA psychiatry, 73(2), 150-158.

[9] Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version).

[10] Jako bazowy rok dla symulacji przyjęto rok 2024.

[11] Z roku 2024. W rzeczywistości, co roku koszty leczenia wzrastają. Faktyczna korzyść finansowa będzie więc jeszcze wyższa.

długoterminowej. Profilaktyka mogłaby przyczynić się do uniknięcia w okresie 10-letnim od 22 tys. do nawet 80 tys. przedwczesnych zgonów.

Ponadto w trakcie prac nad projektem przeprowadzono rozbudowaną analizę potencjalnego wpływu redukcji powszechności wybranych czynników ryzyka chorób niezakaźnych. Analiza opiera się na metodzie Potential Impact Fraction (PIF) – narzędziu, które pozwala wyliczyć, ile przypadków choroby można uniknąć, gdy zmniejszy się ekspozycję na dany czynnik. Przygotowany model wskazuje, że 10-procentowa redukcja występowania nawet jednego wybranego czynnika ryzyka przekłada się na znaczące i mierzalne oszczędności dla Narodowego Funduszu Zdrowia oraz na ograniczenie absencji chorobowych i zgonów możliwych do uniknięcia. Wyniki analizy wskazują, że redukcja nadwagi i otyłości o 10% mogłaby wygenerować rocznie 408 mln zł oszczędności Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z tytułu leczenia chorób odczynnikowych związanych z wysoką masą ciała oraz pozwoliłaby uniknąć 652 tys. dni absencji chorobowej, a także 3 772 zgonów rocznie. Ograniczenie palenia tytoniu o 10% mogłoby przynieść 211,3 mln zł oszczędności, zmniejszyć liczbę zwolnień lekarskich o 177 tys. osobodni rocznie oraz uniknąć 11 283 przedwczesnych zgonów. Zmiana nawyków żywieniowych zmniejszająca niedobór owoców i warzyw w diecie o 10% mogłaby się przełożyć na koszty leczenia niższe o 200,7 mln zł rocznie oraz 89 tys. mniej osobodni absencji chorobowej, a także spadek liczby przedwczesnych zgonów o 1 634; natomiast redukcja spożycia napojów słodzonych o 10% mogłaby przynieść 67,9 mln zł oszczędności, 28 tys. unikniętych osobodni zwolnień oraz spadek liczby przedwczesnych zgonów o 436 rocznie. W przypadku niskiej aktywności fizycznej, zmniejszenie jej skali o 10% mogłoby się przełożyć na roczne oszczędności na poziomie 166,3 mln zł, 56,5 tys. osobodni unikniętej absencji oraz zmniejszenie liczby przedwczesnych zgonów o 9 354 rocznie. Redukcja średniorocznego stężenia pyłów PM2,5 o 10% mogłaby wygenerować kolejne 172,0 mln zł oszczędności dla NFZ, 146 tys. mniej dni absencji chorobowej oraz redukcję 5 754 przedwczesnych zgonów rocznie. Wreszcie, ograniczenie szkodliwego spożycia alkoholu o 10% przynosi 83,8 mln zł oszczędności, 73 tys. mniej osobodni absencji i pozwala uniknąć 958 przedwczesnych zgonów rocznie.

Wszystkie powyższe wartości mają charakter coroczny i osiągają pełny efekt po ustabilizowaniu się niższej ekspozycji populacji na dany czynnik ryzyka. Jednocześnie modele uwzględniają tylko koszty leczenia ponoszone przez NFZ – a więc bez dodatkowych korzyści pozamedycznych, takich jak zmniejszenie wydatków na opiekę społeczną, mniejsze koszty

pracodawców czy wyższa produktywność pracowników. Oznacza to, że faktyczne korzyści ekonomiczne są jeszcze większe niż wykazane w modelu.

1. Zmiany we wskaźnikach

Porównanie wartości wskaźników populacyjnych z roku przyjęcia ustawy z ostatnim rokiem objętym informacją wskazuje, iż pomiędzy 2015 r. a 2024 r. oczekiwana długość życia wzrosła dla kobiet z 81,6 do 82,6 lat, dla mężczyzn z 73,6 do 74,9 lat. Warto zaznaczyć, że wzrost ten nie następował liniowo – lata pandemii COVID-19 (2020–2021) przyniosły pogorszenie wyników[12]. Mimo powyższego oczekiwana długość życia w kraju jest nadal istotnie niższa od średniej unijnej, która według danych Eurostat w 2024 r. dla kobiet wynosiła 84,1 lat, a dla mężczyzn 78,9 lat.

Od 2022 r. obserwowany jest jednak stopniowy wzrost przeciętnego trwania życia. Według najnowszych danych Głównego Urzędu Statystycznego, w 2024 r. oczekiwana długość życia wyniosła 82,3 lata dla kobiet i 74,9 roku dla mężczyzn, co oznacza wzrost odpowiednio o 0,3 i 0,2 roku w porównaniu z 2023 r.

W 2024 r. liczba zgonów w wyniku samobójstw (4845) zmniejszyła się o około 15% w porównaniu z 2015 r. (5688).[13] Do czynników, które przyczyniły się do zaobserwowanych pozytywnych trendów należy z pewnością poprawa sytuacji materialnej (do 2022 r. obserwowano między innymi 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 poprawę standardu życia w Rzeczypospolitej Polskiej. Spadająca liczba osób bezrobotnych przekłada się na obniżenie odsetka ludności żyjącej poniżej granicy ubóstwa oraz zmniejszenie nierówności dochodowych. Odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym maleje, w 2015 r. wynosił on 23,4%, a w 2024 r. – 16,0%.[14] Na tle państw członkowskich Unii Europejskiej Rzeczpospolita Polska plasuje się poniżej średniej pod względem zagrożenia ubóstwem i nierówności dochodowych, należąc jednocześnie do grupy państw o najniższym odsetku ludności żyjącej poniżej granicy

[12] Źródło: Główny Urząd Statystyczny.
[13] Źródło: Statystyka Komendy Głównej Policji.
[14] Źródło: Eurostat.

ubóstwa.W 2024 r. liczba ludności kraju wynosiła nieco poniżej 38 mln, w tym 7,79 mln (czyli około 20,8 %) stanowiły osoby w wieku 65+. 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 15–64 lat), natomiast zwiększy się liczba osób w wieku 65+. W rezultacie udział osób 65+ w populacji mieszkańców kraju zwiększy się ze wspomnianych 20% zanotowanych w 2024 r. do ponad 28% (czyli do 9,6 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 krótszą szacowaną długość życia w Rzeczypospolitej Polskiej 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 i działań z zakresu promocji zdrowia oraz działań leczniczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Nadwaga i otyłość są jednymi 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”[15] z 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (BMI≥25) wynosiło 62 % mężczyzn i 43 % kobiet w Polsce, a otyłość odpowiednio 16 % i 12 %. Największym zagrożeniem życia naszego społeczeństwa są od wielu lat choroby układu krążenia (ChUK), które w 2024 r. odpowiadały za 36,8 % ogółu zgonów. Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej, w ostatnich latach standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu nie wykazują trendu spadkowego, a ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów nieznacznie wzrasta. Nowotwory złośliwe w 2024 r. były odpowiedzialne za 24,4 % zgonów ogółu ludności kraju. Cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych, stanowi ogromny problem zdrowotny i ekonomiczny wielu krajów. Nazywana jest pierwszą niezakaźną epidemią na świecie. Według danych Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej[16] (IDF) w 2024 r. na świecie było około 589 mln chorych na cukrzycę (osób dorosłych w wieku 20–79 lat), a w Europie ponad 65 mln. Szacunki

[15] https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/
[16] IDF, Diabetes Atlas 2025, https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/

Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego wskazują, że na cukrzycę choruje ponad 3 mln Polaków, a około 5 mln ma tzw. stan przedcukrzycowy.[17]

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest również konsumpcja alkoholu (8,3 litra czystego alkoholu w przeliczeniu na osobę rocznie - dane za 2025 r.). Od czterech lat notuje się obniżenie wielkości spożycia napojów alkoholowych, przede wszystkim za sprawą zmniejszania ilości wypijanego piwa, podczas gdy wielkość spożywania mocnych napojów alkoholowych pozostawała na porównywalnym poziomie. Rok 2025 przyniósł zmiany w tym zakresie - spadki spożycia odnotowano we wszystkich rodzajach napojów alkoholowych, co wskazuje na skuteczność dotychczasowych działań i konieczność ich kontynuacji.[18] Niekorzystnym zjawiskiem jest zatrzymanie trendu spadkowego liczby osób regularnie palących wyroby tytoniowe lub papierosy elektroniczne (w 2022 r. odsetek ten wynosił 29,8 % dla mężczyzn i 17,6 % dla kobiet)[19].

2. Realizacja NPZ w latach 2021–2026

Zauważyć należy, że w okresie od 2021 r. (wejście w życie) do grudnia 2024 r. obowiązywania NPZ, podmioty wskazane jako Realizatorzy zadań sprawozdały ponad 110 tysięcy inicjatyw na rzecz poprawy zdrowia populacji. Realizowane było każde z 10 zadań określonych w art. 2 ustawy, czyli:

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;
   a) kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych,
   b) zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym zuzależnień;

[17] https://www.termedia.pl/diabetologia/Prawie-8-mln-Polakow-ma-cukrzyce-lub-stanprzedcukrzycowy,58914.html
[18] Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
[19] Źródło: https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/

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:
   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.

Należy przy tym zauważyć, że wiele interwencji z zakresu zdrowia publicznego wpisywało się w więcej niż jedną z powyższych kategorii zadań. W ramach NPZ 2021–2026 zrealizowano 88% (nie zrealizowano 10 zadań) z 83 zadań określonych w tym programie. Działania jednostek samorządu terytorialnego 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 publicznych. Pozostała część zadań była realizowana przez administrację rządową. W latach 2021– 2024 na realizację działań w ramach ustawy przeznaczono około 21 mld zł (z czego 5,4 mld w 2021 r., 5,1 mld w 2022 r., 5,7 mld w 2023 r. i 5,6 mld w 2024 r.). Świadczy to o olbrzymim i stale rosnącym zainteresowaniu i zaangażowaniu administracji rządowej i samorządowej we wdrażaniu i rozwijaniu działań służących poprawie zdrowia ludności Rzeczypospolitej Polskiej.

Analiza informacji o zrealizowanych w latach 2021–2024 zadaniach z zakresu zdrowia publicznego pozwala na sporządzenie szeregu wniosków.

1. Sytuacja zdrowotna ludności Rzeczypospolitej Polskiej poprawia się systematycznie – zarówno w odniesieniu do obiektywnych, jak i subiektywnych miar zdrowia. Pomimo obserwowanego wzrostu liczby urodzeń prognozy demograficzne nie są 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 – będących 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 kontynuowania 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 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 – według danych zbieranych od 2016 r. bardzo duża liczba podmiotów realizowała zadania określone w ustawie i NPZ (ponad 3300 podmiotów sprawozdaje co roku ponad 25 000 realizowanych lub podjętych interwencji z zakresu zdrowia publicznego). Większość jednostek samorządu terytorialnego sprawozdało realizację co najmniej jednej interwencji. Ponadto aktywność wykazują stacje sanitarno-epidemiologiczne.
6. W związku z zauważalnymi istotnymi różnicami w podejściu do priorytetów działań, a także mając na uwadze postulaty kierowane do Ministerstwa Zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego, 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 między innymi o skuteczności

i efektywności różnych interwencji. Stała aktualizacja wiedzy i budowanie właściwych postaw wśród profesjonalistów zajmujących się zdrowiem publicznym jest konieczne.

7. 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 komplementarne z NPZ pozostają:

1) Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (przyjęta w drodze uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M. P. z 2022 r. poz. 814, z późn. zm.));

2) Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (przyjęty w drodze uchwały nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (M. P. poz. 1265, z późn. zm.));

3) zadania realizowane w ramach Funduszu Medycznego w tym Subfunduszu Rozwoju Profilaktyki, który został powołany na podstawie ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 499);

4) zadania realizowane w ramach Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, który został powołany na podstawie ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2025 r. poz. 595, z późn. zm.).

5. Zakres zmian w projektowanym NPZ względem lat 2021–2026

1. Wydłużony został czas obowiązywania NPZ z okresu 6-letniego: 2021–2026 na 10-letni okres: 2027–2036.
2. 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.
3. 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 i rosnącym wyzwaniom dla zdrowia publicznego takim jak między innymi konieczność podjęcia działań w związku ze zmianami klimatycznymi, czy wyzwaniami związanymi z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych.
5. W celu zwiększenia przejrzystości w każdym celu operacyjnym wyszczególniono obszary, które będą realizowane przez działania regulacyjne, interwencje zdrowia publicznego oraz działania wspierające.
6. Treść zadań została dostosowana do celu planowanego do osiągnięcia w wyniku ich realizacji. Wprowadzone zmiany ukierunkowano na zwiększenie efektywności prowadzonych działań.
7. Określono wskaźniki do każdego celu operacyjnego umożliwiające precyzyjne monitorowanie realizacji założeń NPZ.
8. Ukierunkowano działania na ograniczanie czynników ryzyka najczęściej występujących chorób przewlekłych.
9. Zadania, które nie były realizowane w latach 2021–2026 albo cieszyły się znikomym zainteresowaniem ze strony instytucji publicznych realizujących NPZ nie zostały uwzględnione w projekcie.

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 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 pozostaje zgodny opracowany w 2026 r. NPZ, należy wskazać przede wszystkim dokumenty WHO pt., Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek"[20] i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka"[21] oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu"[22]. Należy jednak podkreślić, że te dokumenty i wskazane w nich priorytety pozostają aktualne po 2020 r. i tworzone są plany i strategie obejmujące planowany okres obowiązywania NPZ na lata 2027–2036, przykładem jest dokument WHO dotyczący globalnej strategii wobec zasobów ludzkich w ochronie zdrowia pt. „Global strategy on human resources for health: WorkForce 2030"[23], a także raport ESPAS pt. „Światowe tendencje do 2030"[24].

Ponadto, we wrześniu 2015 r. przyjęta została Agenda na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030[25], 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[26]). Cele te skupiają się na zapewnieniu godnego życia dla wszystkich mieszkańców świata, pokoju i postępu gospodarczego, przy równoczesnej ochronie środowiska naturalnego i przeciwdziałaniu zmianie klimatu. Agenda 2030 koncentruje się na pięciu aspektach o kluczowym znaczeniu dla ludzkości i naszej planety (tzw. 5xP):

[20] http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013.
[21] 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.
[22] https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf.
[23] https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/.
[24] https://espas.secure.europarl.europa.eu/orbis/sites/default/files//generated/document/en/espas-report-2015pl.pdf.
[25]https://www.gov.pl/documents/910151/911704/Agenda_2030_na_rzecz_zrownowazonego_rozwoju.pdf/d56cd332-4ba5-2035-9439-5a8a5212cbed.
[26] https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/.

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 tego celu jest możliwe 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.

2. Finanse

Zadania określone w ramach celów operacyjnych NPZ albo zadania wspierające – jeżeli w NPZ nie wskazano, że 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. Przy powierzaniu innych zadań z zakresu zdrowia publicznego stosuje się tryb konkursowy zawierania umowy na ich realizację lub tryb wnioskowy, o których mowa w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy.

Zadania określone w NPZ powinny być realizowane we wskazanych latach.

Podział środków pomiędzy poszczególne cele operacyjne i zadania wspierające ustala się co roku, w harmonogramach realizacji NPZ. Wzór harmonogramu załączony jest do Oceny Skutków Regulacji i będzie aktualizowany każdego roku, na podstawie ustaleń z realizatorami dotyczących zadań planowanych do powierzenia w trybie konkursowym lub wnioskowym. Przygotowany harmonogram, zgodnie z dotychczasową praktyką zostanie skonsultowany i

zaopiniowany przez Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 10 ustawy, w skład którego wchodzą przedstawiciele ministrów wskazanych w NPZ jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych. Przyjęty harmonogram jest podstawą do planowania finansowania poszczególnych zadań powierzanych w trybie konkursowym lub wnioskowym przez odpowiednich dysponentów.

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 dysponentów części budżetowych lub w ramach rocznych planów finansowych państwowych funduszy celowych, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483, z późn.zm.), zgodnie ze wskazaniem w załączniku do rozporządzenia. 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.

3. Pozostałe elementy uzasadnienia

Zakłada się, że projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie ma bezpośredniego wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców, ponieważ proponowane zmiany nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej. Jednakże dzięki działaniom wpływającym na poprawę stanu zdrowia oraz pozytywnych zachowań zdrowotnych, przewiduje się, że pośredni wpływ na przedsiębiorców będzie pozytywny. Wiąże się to z potencjalnym ograniczeniem absencji chorobowych oraz zwiększeniem produktywności osób aktywnych zawodowo. Oszacowano, że wprowadzone zmiany mogą spowodować zmniejszenie liczby absencji chorobowych o łącznie od 4,6 mln do 18,6 mln dni absencji na przestrzeni 10 lat.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.