



Analiza desk research w obszarze profilaktyki zdrowia

Opracował Zespół:
Grzegorz Gach
Piotr Krzesiński
Iwona Oknińska
M. Lucjan Paszkiewicz
Adam Stadnicki

Raport został sfinansowany ze środków własnych
budżetu Gminy Miejskiej Świdnik

Spis treści

Skróty	5
Wstęp	8
I. Przegląd systemu formalno-prawnego	13
1. Wprowadzenie	13
2. Podstawy prawne profilaktyki zdrowotnej w Polsce	14
2.1 Ustawa o zdrowiu publicznym	14
2.2 Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	15
2.3 Rozporządzenie MZ w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej	15
2.4 Narodowy Program Zdrowia 2021-2025	16
2.5 Narodowa Strategia Onkologiczna	16
2.6 Program „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”	16
2.7 Ustawy szczegółowe regulujące działania profilaktyczne gminy	17
3. Zadania i obowiązki gmin miejskich (20-100 tys. mieszkańców) w obszarze profilaktyki zdrowotnej	18
3.1 Profilaktyka chorób przewlekłych (kardiologia, cukrzyca, otyłość, choroby nerek, onkologia)	18
3.2 Profilaktyka uzależnień	23
3.3 Profilaktyka zdrowia psychicznego	25
3.4 Profilaktyka chorób zakaźnych	26
3.5 Zdrowie środowiskowe	27
4. Mapowanie kompetencji gminy w obszarze profilaktyki zdrowotnej	31
4.1 Kompetencje obowiązkowe	31
4.2 Kompetencje fakultatywne	32
4.3 Kompetencje zakazane lub ograniczone	32
5. Analiza finansowania profilaktyki zdrowotnej w gminach	34
5.1 Główne źródła finansowania gminnych działań profilaktycznych	34
5.2 Wydatki obowiązkowe i nieobowiązkowe	35
5.3 Kluczowe problemy finansowania	35
6. Luki systemowe w obszarze profilaktyki zdrowotnej na poziomie gmin miejskich	36
6.1 Ograniczenia w dostępie JST do danych epidemiologicznych i systemów monitoringu zdrowia	36
6.2 Niespójność podziału kompetencji między JST, NFZ i POZ w obszarze profilaktyki	37
6.3 Niedobór wyspecjalizowanych kadr zdrowia publicznego na poziomie gmin	38
6.4 Brak sformalizowanych mechanizmów koordynacji międzysektorowej na poziomie lokalnym	39

6.5 Rozproszenie regulacji i brak zintegrowanych narzędzi w obszarze zdrowia środowiskowego	39
6.6 Strukturalne niedofinansowanie lokalnych działań profilaktycznych	40
6.7 Brak jednolitych standardów monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych na poziomie gminy	41
6.8 Niewystarczające zasoby JST do realizacji zadań w sytuacjach kryzysów zdrowotnych.....	41
II. Przegląd aktualnej literatury przedmiotu i stanu dotychczasowych badań.....	43
1. Część merytoryczna	43
1.1 Obszary tematyczne profilaktyki zdrowia.....	44
2. Część metodologiczna	61
2.1 Założenia główne	61
2.2 Pierwszy punkt odniesienia – projekty gmin Mirosławiec i Reszel – badania ankietowe	64
2.3 Drugi punkt odniesienia – programy miejskie z zakresu aktywności fizycznej w gminach Gogolin i Kobylnica	65
2.4 Trzeci punkt odniesienia – Indeks Zdrowych Miast – ogólnopolski projekt badań miejskich.....	66
III. Kluczowe elementy koncepcji badawczej i rekomendacje kierunków działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej	68
1. Wskazówki doboru najbardziej adekwatnych do celu badania rozwiązań metodologicznych, wyznaczenia podstawy do wypracowania spójnej koncepcji badawczej oraz merytorycznego wprowadzenia dla realizatora przyszłych badań pogłębionych.....	68
2. Wskazówki planowania dalszych działań na rzecz profilaktyki zdrowotnej dla Miasta Świdnik	75
2.1 Kluczowe czynniki sukcesu	75
2.2 Rekomendowane działania w poszczególnych obszarach – ukierunkowania działań dla Świdnika – wachlarz możliwości.....	79
2.3 Rekomendacje uzupełniające	99
2.4 Wnioski dotyczące zamówień badawczych	103
Zakończenie	106
Bibliografia – spis źródeł.....	108

Skróty

AI – Sztuczna Inteligencja (ang. *Artificial Intelligence*)

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BCG – Prątek Calmette'a-Guérina (łac. *Bacillus Calmette-Guérin*)

BDOT – Baza Danych Obiektów Topograficznych

BHP – Bezpieczeństwo i Higiena Pracy

BMI – wskaźnik masy ciała (ang. *Body Mass Index*)

CAWI – wywiad internetowy wspomagany komputerowo (ang. *Computer-Assisted Web Interview*)

CHUK – Program profilaktyki Chorób Układu Krążenia

COSI – Inicjatywa monitorowania otyłości u dzieci (ang. *Childhood Obesity Surveillance Initiative*)

DALY – lata życia skorygowane niesprawnością (ang. *Disability-Adjusted Life Years*)

DNA – Kwas deoksyrybonukleinowy (z ang. *deoxyribonucleic acid*)

DPS – Dom Pomocy Społecznej

EFS+ – Europejski Fundusz Społeczny Plus

EKG – elektrokardiogram (ang. *electrocardiogram*) lub elektrokardiografia (ang. *electrocardiography*)

FEnIKS – Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko

FIT – immunochemiczny test do ilościowego oznaczania krwi utajonej w kale (ang. *Faecal Immunological Test*)

GIOŚ – Główny Inspektorat Ochrony Środowiska

GOPS – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

GUS – Główny Urząd Statystyczny

HBV – wirus zapalenia wątroby typu B (ang. *Hepatitis B Virus*)

HCV – wirus zapalenia wątroby typu C (ang. *Hepatitis C virus*)

HPV – wirus brodawczaka ludzkiego (ang. *Human Papillomavirus*)

HBSC – Zachowania Zdrowotne Młodzieży Szkolnej (ang. *Health Behaviour in School-aged Children*)

IKP – Internetowe Konto Pacjenta

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii

IRMiR – Instytut Rozwoju Miast i Regionów

JST – Jednostka Samorządu Terytorialnego
KGP – Komenda Główna Policji
KRN – Krajowy Rejestr Nowotworów
LBC – cytologia na podłożu płynnym (ang. *Liquid Based Cytology*)
MEN – Ministerstwo Edukacji Narodowej
MF – Ministerstwo Finansów
MON – Ministerstwo Obrony Narodowej
MOPS – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
MS – Ministerstwo Sprawiedliwości
MZ – Ministerstwo Zdrowia
NDTK – Niskodawkowa Tomografia Komputerowa
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO – organizacja pozarządowa (ang. *Non-Governmental Organization*)
NIK – Najwyższa Izba Kontroli
NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NPOZP – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
NPZ – Narodowy Program Zdrowia
NSO – Narodowa Strategia Onkologiczna
OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development*)
OPS – Ośrodek Pomocy Społecznej
OPZ – Opis Przedmiotu Zamówienia
OZP – Ochrona Zdrowia Psychicznego
PAPI – metoda badawcza, wywiad z papierowym kwestionariuszem (ang. *Paper and Pencil Interviewing*)
PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna
PM – pył zawieszony (ang. *Particulate Matter*)
POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
PPIS – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
PPZ – Program Polityki Zdrowotnej
PZH – Państwowy Zakład Higieny
PZH-BIP – Państwowy Zakład Higieny-Biuletyn Informacji Publicznej

RODO – Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych Osobowych
RSV – syncytialny wirus oddechowy (ang. Respiratory Syncytial Virus)
SIMP – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki
SMS – usługa krótkich wiadomości tekstowych (ang. *Short Message Service*)
SPZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
TERYT – Krajowy Rejestr Urzędowy Podziału Terytorialnego Kraju
UE – Unia Europejska
USG – Ultrasonografia
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)
WZW-B – Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B

Wstęp

Profilaktyka zdrowotna stanowi jeden z kluczowych filarów polityki zdrowotnej państwa oraz samorządów lokalnych, odgrywając istotną rolę w kształtowaniu jakości życia społeczeństwa i ograniczaniu kosztów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania epidemiologiczne, demograficzne i społeczne wymagają prowadzenia działań opartych na danych, wiedzy naukowej oraz dobrych praktykach.

Polska doświadcza niepokojącego wzrostu liczby osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi i chorobami przewlekłymi. Badania wskazują, że wiele osób skarży się na dolegliwości bólowe wpływające na codzienne funkcjonowanie, co rodzi wysokie zapotrzebowanie na świadczenia medyczne. Dotyczy to także sektora prywatnego, co istotnie obciąża budżety domowe.¹ Stoimy również u progu przełomu demograficznego. Szybkie starzenie się społeczeństwa i spadek liczby ludności oznaczają, że system zdrowotny musi przekierowywać się w istotny sposób na leczenie chorób przewlekłych, opiekę nad seniorami i profilaktykę na poziomie lokalnym.² Od ponad dekady programy polityki zdrowotnej opracowują, wdrażają, realizują i finansują ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego³, jednak ciągle zbyt rzadko budowane są takie kompleksowe programy na poziomie lokalnym.⁴

W obliczu starzejącej się populacji i narastania chorób przewlekłych, efektywną alokacją środków publicznych jest inwestycja w programy promujące zdrowie, edukację zdrowotną, eliminację nierówności i zmianę stylu życia mieszkańców. Lepsza prewencja skutkuje niższymi kosztami systemu zdrowia w przyszłości i podnosi jakość życia lokalnej społeczności. Samorządy mają duży wpływ na realizację profilaktyki, by usługi publiczne były dobrze adresowane, szczególnie wobec jeśli chodzi o grupy podwyższonego ryzyka: seniorzy, dzieci, osoby z niepełnosprawnościami.⁵

W krajowych dokumentach strategicznych wskazuje się, że aktywność profilaktyczna mieszkańców jest niska. Tymczasem wczesna interwencja w zakresie m.in. chorób cywilizacyjnych, nowotworowych, zdrowia psychicznego, fizycznego i środowiskowego buduje potencjał zdrowia populacyjnego oraz minimalizuje obciążenie systemu w przyszłości.⁶ Ogólnopolskie badanie tych zagadnień dowodzi, że prawie jedna trzecia dorosłych ocenia swój stan zdrowia jako gorszy niż równolatków, a ponad 22%

¹ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025

² *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

³ Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.

⁴ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025

⁵ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

⁶ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

nie odbyło żadnej wizyty lekarskiej w roku poprzedzającym badania.⁷ Samorząd musi zidentyfikować grupy, które zrezygnowały z kontaktu z lekarzem z powodów świadomych lub z powodu barier systemowych i fizycznych. W badaniach ujawnia się brak regularnych badań obywateli i ich edukacji nt. profilaktyki. Co dziesiąty respondent spożywa mniej niż trzy posiłki dziennie, co sugeruje luki w edukacji żywieniowej, bądź przyczyny ekonomiczne. Media społecznościowe są głównymi źródłami wiedzy zdrowotnej. Planując interwencje, należy sięgnąć po lokalne dane o grupach szczególnie narażonych na wykluczenia zdrowotne.⁸ Duży odsetek negatywnych samoocen zdrowia odnosi się do osób starszych i nieaktywnych zawodowo. Lokalne strategie profilaktyki zdrowotnej powinny szczególnie uwzględniać te grupy.⁹

W literaturze przedmiotu uznaje się, że profilaktyka zdrowotna – zarówno pierwotna (zapobieganie zachorowaniu), jak i wtórna (wczesne wykrywanie) – jest ekonomicznie uzasadnioną polityką ochrony zdrowia publicznego. Systematyczne działania profilaktyczne przynoszą korzyści społeczne i ekonomiczne dalece przewyższające odroczone wydatki na leczenie. Działania te skracają absencję chorobową, wydłużają czas aktywności zawodowej, wpływają na produktywność i mogą niwelować niedobory kadrowe w gospodarce. Dane statystyczne wykazują, że zwiększenie wydatków na edukację zdrowotną przynosi znacznie wyraźniejsze efekty w redukcji chorobowości¹⁰ i śmiertelności niż wzrost nakładów na medycynę naprawczą. Systemowa, multidyscyplinarna lokalna profilaktyka musi być zaprojektowana nie tylko wokół dostępu do usług, ale także z uwzględnieniem wsparcia motywacyjno-edukacyjnego, z naciskiem na realne potrzeby i ograniczenia mieszkańców.

„Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021-2027” (dokument Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie z 2021 r.) wskazuje na wyzwania cywilizacyjne i epidemiologiczne - starzenie się społeczeństwa, wzrost zachorowań na choroby przewlekłe, skutki COVI

D-19 oraz nierówności w dostępie do usług medycznych, zwłaszcza specjalistycznych. W raporcie podkreślono, że interwencje w styl życia są efektywniejsze niż leczenie. System nastawiony głównie na leczenie, a nie profilaktykę, generuje wysokie koszty i cechuje się niską efektywnością.

⁷ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

⁸ jw.

⁹ jw.

¹⁰ Chorobowość (ang. prevalence) – miara epidemiologiczna określająca liczbę osób chorujących na daną chorobę w określonej populacji w danym momencie lub okresie. Wyraża się ją zazwyczaj jako liczbę przypadków na 100 000 osób lub jako wartość procentową. Chorobowość odzwierciedla zarówno nowe, jak i istniejące wcześniej przypadki choroby, stanowiąc obraz rozpowszechnienia schorzenia w populacji. Źródło: Leksykon Lekarski.

„Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego do 2030 roku” podkreśla, że region zmagają się z wyzwaniami strukturalnymi, w tym niekorzystnymi trendami demograficznymi takimi jak m.in. starzenie się społeczeństwa, migracje, depopulacja. Problemem jest też ograniczony dostęp do wysokojakościowych usług, w tym zdrowotnych i opiekuńczych, a także relatywnie wysoki poziom zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym.¹¹

Samorządy terytorialne są kluczowymi filarami wdrażania i finansowania programów zdrowotnych na swym terenie – odpowiadają m.in. za programy szczepień, badania przesiewowe, kampanie edukacyjne. Jednakże, w ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych znaczna część projektów posiadała źle zdefiniowane cele a ich realizacja uzyskiwała niską ocenę.¹² **Perspektywa samorządu miejskiego takiego jak Świdnik, powinna być pragmatyczna, nastawiona na prewencję oraz racjonalizację kosztów, tak by zyskać długoterminowe efekty zdrowotne, społeczne i ekonomiczne.** Oprócz braków kadrowych w sektorze opieki zdrowotnej, problemów z realizacją świadczeń zdrowotnych z końcem roku kalendarzowego (wyczerpywanie się budżetu NFZ), trzeba mieć na uwadze także wciąż niewystarczającą świadomość zdrowotną mieszkańców. Świdnik, jak większość miast Polski, stoi przed wyzwaniami wzrostu chorób przewlekłych i nierówności zdrowotnych. Kluczowe jest wdrożenie programów profilaktycznych skierowanych do dzieci, młodzieży, osób starszych oraz grup zagrożonych społecznie. Ważne jest monitorowanie lokalnych wskaźników edukacyjnych, ekonomicznych i zdrowotnych oraz współpraca z sektorem społecznym i edukacyjnym.

Miasto Świdnik przeprowadziło kompleksową diagnozę sytuacji społecznej oraz zdrowotnej, wyznaczając kluczowe obszary interwencji społecznej i zdrowotnej na lata 2022-2030. Lokalna strategia opiera się na sześciu filarach: dziecko i rodzina, osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, profilaktyka uzależnień, profilaktyka zdrowotna (w tym zdrowie psychiczne) oraz bezpieczeństwo socjalne i włączenie społeczne. Problemem strategicznym jest ograniczona świadomość korzyści wynikających z badań profilaktycznych oraz relatywnie trudny dostęp do usług profilaktycznych i specjalistycznych.¹³ Troska o zdrowie mieszkańców ma szczególne znaczenie w kontekście współczesnych wyzwań demograficznych, społecznych i cywilizacyjnych. Starzenie się mieszkańców, rosnąca liczba chorób przewlekłych, pogarszający się dobrostan psychiczny, brak zdrowego stylu życia, a także wpływ środowiska i nierówności społecznych sprawiają, że samorządy stają się jednym z kluczowych poziomów zarządzania zdrowiem publicznym. Dla Świdnika, miasta położonego w dynamicznie rozwijającym się obszarze metropolitalnym Lublina, profilaktyka zdrowotna musi stanowić strategiczne wyzwanie nie tylko z punktu

¹¹ *Strategia rozwoju województwa lubelskiego do 2030 roku*, Lublin 2021

¹² P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

¹³ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021

widzenia ochrony zdrowia, lecz także jakości życia, konkurencyjności, atrakcyjności osiedleńczej i trwałości lokalnej wspólnoty. Właśnie dlatego władze miasta dążą do tego, aby planowanie działań zdrowotnych opierało się na mocnych fundamentach: rzetelnej diagnozie, fachowej wiedzy oraz analizie najlepszych praktyk krajowych i regionalnych.

Gmina Miejska Świdnik od wielu lat prowadzi działania ukierunkowane na wzmacnianie zdrowia i jakości życia mieszkańców, konsekwentnie rozwijając inicjatywy edukacyjne, profilaktyczne i prozdrowotne. Dotychczas realizowane projekty pokazują, że troska o zdrowie społeczności lokalnej nie jest w Świdniku zjawiskiem incydentalnym, lecz świadomą, długofalową polityką publiczną. Samorząd świdnicki podejmuje liczne inicjatywy skierowane do różnych grup mieszkańców, reagując na lokalne potrzeby, jak i na zmieniające się wyzwania zdrowia publicznego. To doświadczenie stanowi dziś solidną podstawę do dalszego rozwoju lokalnego systemu profilaktyki zdrowotnej, opartego na analizie danych, rzetelnych badaniach i najlepszej wiedzy pochodzącej także z praktyki innych lokalnych ośrodków.

Niniejsza analiza ma za zadanie usystematyzować aktualną wiedzę z obszaru profilaktyki zdrowotnej, uwzględniając zarówno uwarunkowania formalno-prawne, jak i dorobek najnowszych badań, raportów eksperckich, danych statystycznych, strategii krajowych, regionalnych oraz sektorowych. Zakres dokumentów rekomendowanych przez gminę – obejmujący m.in. strategie profilaktyki, raporty o nierównościach zdrowotnych, dokumenty NFZ, Narodowy Program Zdrowia, Narodową Strategię Onkologiczną, oceny programów profilaktycznych, mapy potrzeb zdrowotnych, dokumenty strategiczne województwa lubelskiego, raporty o stanie zdrowia Polaków oraz analizy dotyczące transformacji systemu ochrony zdrowia – wskazuje jednoznacznie, jak kompleksowe i wielopoziomowe podejście gmina chce zastosować. Fakt ten potwierdza, że Świdnik świadomie dąży do wykorzystania najlepszych dostępnych źródeł, aby zaprojektować przyszłe działania profilaktyczne w sposób osadzony w dowodach, a jednocześnie praktyczny.

Analiza ma pomóc gminie uniknąć ryzyka podejmowania działań, które nie przynoszą efektu, są oparte na intuicji, modzie lub powielaniu nieskutecznych praktyk. Władze miasta mogą budować lokalny system profilaktyki zdrowotnej, który jest nie tylko ambitny, ale przede wszystkim odpowiedzialny, czyli oparty na danych, skuteczny, zorientowany na realne potrzeby i racjonalne wykorzystanie środków publicznych. Jest to podejście zgodne z najnowszymi standardami zarządzania zdrowiem publicznym i z rosnącymi oczekiwaniami mieszkańców wobec jakości usług publicznych.

Raport składa się z trzech zasadniczych części, które tworzą logiczną całość. Pierwsza przedstawia kontekst formalno-prawny i wynikające z niego uwarunkowania działania gmin w obszarze profilaktyki zdrowotnej. Druga część zawiera szeroki przegląd literatury i badań – zarówno w ujęciu merytorycznym, jak i metodologicznym – umożliwiając zrozumienie kluczowych problemów zdrowotnych oraz aktualnych trendów w ich diagnozowaniu. Trzecia część odnosi się do koncepcji przyszłych badań

pogłębionych, które gmina miejska Świdnik zamierza zlecić na kolejnym etapie, wskazuje na niektóre aspekty opisu przedmiotu zamówienia, prezentuje rekomendacje służące ukierunkowaniu lokalnych działań profilaktycznych. W tej części przedstawiono też zestaw **kluczowych czynników sukcesu**, które – zgodnie z najlepszymi praktykami – pozwalają planować badania społeczne i działania profilaktyczne w sposób skuteczny i długofalowy. Spis źródeł (bibliografia), z których można korzystać do uzasadnień nowych świdnickich projektów po roku 2025, znalazł się na końcu opracowania.

Analiza stanowi nie tylko kompendium wiedzy, lecz również może być narzędziem długoterminowego zarządzania zadaniami gminy w obszarze zdrowia publicznego w Świdniku. Jej ostatecznym celem jest wzmocnienie lokalnego systemu profilaktyki zdrowotnej i stworzenie silnych podstaw do podejmowania racjonalnych decyzji, które w perspektywie do 2030 r. przyczynią się do poprawy zdrowia oraz jakości życia mieszkańców gminy.

I. Przegląd systemu formalno-prawnego

1. Wprowadzenie

Profilaktyka zdrowotna jest jednym z kluczowych elementów polityki zdrowotnej państwa. Wynika to zarówno z rosnącego obciążenia chorobami przewlekłymi, jak i z konieczności zwiększania lat życia w zdrowiu, co stanowi strategiczny priorytet Narodowego Programu Zdrowia oraz szeregu ustaw i programów sektorowych.

W polskim porządku prawnym profilaktyka nie ogranicza się wyłącznie do działań realizowanych przez system ochrony zdrowia, lecz jest zadaniem wielosektorowym, rozproszonym między administrację rządową, Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty lecznicze oraz jednostki samorządu terytorialnego (JST).

Wśród jednostek samorządu gmina pełni rolę szczególną. Jest najbliższą mieszkańcom, odpowiada za zadania własne z zakresu ochrony zdrowia i zdrowia publicznego, prowadzi lokalne programy polityki zdrowotnej, organizuje działania edukacyjne i prozdrowotne, realizuje obowiązki wynikające z ustaw szczegółowych oraz współpracuje z podmiotami medycznymi, NFZ i Państwową Inspekcją Sanitarną.

Gminy miejskie liczące 20-100 tys. mieszkańców znajdują się w specyficznym położeniu: są zbyt duże, aby działać wyłącznie w logice lokalnej animacji zdrowia (jak małe gminy wiejskie), ale jednocześnie zbyt małe, aby dysponować zasobami, strukturami i budżetami metropolii. To właśnie one najczęściej stają przed wyzwaniem związanym z niedostateczną liczbą danych epidemiologicznych, ograniczonym dostępem do kadr i niską świadomością zdrowotną mieszkańców, a jednocześnie mają rosnące potrzeby zdrowia publicznego.

Niniejszy rozdział przedstawia kompleksową analizę formalno-prawną profilaktyki zdrowotnej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem roli gmin miejskich średniej wielkości. Analiza została przygotowana na podstawie najważniejszych ustaw, strategii i programów, w tym:

- Ustawy o zdrowiu publicznym,
- Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- Ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi,
- Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego,
- Ustawy antynikotynowej,
- Narodowego Programu Zdrowia 2021–2025,
- Narodowej Strategii Onkologicznej wraz z rozporządzeniem Rady Ministrów,
- Programu „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”,
- Rozporządzenia w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej.

Analiza obejmuje zarówno obowiązki nakładane na gminy, jak i ich możliwości działania, źródła finansowania, bariery systemowe oraz potencjalne kierunki rozwoju.

2. Podstawy prawne profilaktyki zdrowotnej w Polsce

System profilaktyki zdrowotnej w Polsce jest oparty na wielowarstwowym układzie aktów prawnych od ustaw systemowych, poprzez programy wykonawcze, aż po rozporządzenia i narzędzia operacyjne. Poniżej przedstawiono ich znaczenie z perspektywy zadań gmin miejskich.

2.1 Ustawa o zdrowiu publicznym¹⁴

Ustawa o zdrowiu publicznym stanowi centralny akt regulujący zadania państwa w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Definiuje ona zdrowie publiczne szeroko, obejmując:

- monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa,
- edukację zdrowotną i promocję zdrowia,
- kreowanie postaw prozdrowotnych,
- profilaktykę chorób,
- działania w środowisku życia i pracy,
- ograniczanie nierówności w zdrowiu,
- rozwój kadr,
- prowadzenie badań naukowych.

W kontekście gmin szczególne znaczenie mają trzy elementy:

Ustawa wprost zalicza promocję i ochronę zdrowia do zadań własnych JST.

Oznacza to, że gmina musi uwzględniać zdrowie publiczne w strategiach i działaniach bieżących — nie jest to zadanie fakultatywne.

Gmina uczestniczy w realizacji zadań zdrowia publicznego we współpracy z administracją rządową. W praktyce oznacza to obowiązek współpracy z:

- Państwową Inspekcją Sanitarną,
- Narodowym Funduszem Zdrowia,
- resortem zdrowia (np. przy konkursach na programy),
- wojewodą (koordynacja regionalna).

Gmina może wnioskować o środki na realizację zadań w trybie konkursowym lub wnioskowym (art. 14). Ten element umożliwia finansowanie niektórych działań profilaktycznych spoza lokalnego budżetu.

Ponadto ustawa definiuje rolę Ministra Zdrowia jako koordynatora, ustanawia Radę ds. Zdrowia Publicznego oraz wprowadza Narodowy Program Zdrowia jako podstawowy dokument strategiczny.

¹⁴ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916)

2.2 Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵

Ustawa ta stanowi fundament dla realizacji programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ oraz dla działalności lokalnych programów polityki zdrowotnej. Najważniejsze elementy dla gmin to:

a) Programy polityki zdrowotnej (PPZ)

Gmina może opracować i realizować PPZ w celu poprawy zdrowia mieszkańców. Aby program był legalny i mógł być finansowany musi zostać opracowany zgodnie z rozporządzeniem MZ, zawierać mierniki, opis populacji, budżet, plan ewaluacji, uzyskać opinię AOTMiT, co jest często barierą dla mniejszych gmin) i być spójny z NPZ i dowodami naukowymi.

b) Rola POZ i świadczeń gwarantowanych

Profilaktyka podstawowa (np. bilanse, badania przesiewowe, edukacja) realizowana jest w dużej mierze poprzez POZ niezależnie od działań gminy. Oznacza to, że samorząd nie może finansować świadczeń już gwarantowanych, ale może wspierać aktywizację mieszkańców, prowadzić kampanie, organizować działania uzupełniające, rozszerzać zakres badań ponad koszyk świadczeń.

c) Program „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”

To istotny element systemu profilaktyki populacyjnej po 2025 r., który wpływa na rolę samorządu w aktywizowaniu mieszkańców do badań.

2.3 Rozporządzenie MZ w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej¹⁶

Ten akt reguluje **procedurę i strukturę PPZ**, które są podstawowym narzędziem gmin w systemie profilaktyki. Najważniejsze wymagania:

- szczegółowy opis problemu zdrowotnego i epidemii,
- cele, mierniki i interwencje,
- populacja docelowa i kryteria kwalifikacji,
- harmonogram i organizacja realizacji,
- budżet i koszty jednostkowe,
- bibliografia i dowody naukowe,

¹⁵ Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476)

- procedura ewaluacji i monitorowania.

W praktyce rozporządzenie ustawia bardzo wysokie wymagania metodologiczne, co jest wyzwaniem dla gmin 20-100 tys. mieszkańców, które często nie dysponują własnymi epidemiologami czy analitykami danych.

2.4 Narodowy Program Zdrowia 2021-2025¹⁷

NPZ jest nadrzędnym dokumentem strategicznym zdrowia publicznego, wskazującym cele operacyjne (np. profilaktyka otyłości, uzależnień, zdrowie psychiczne), zadania poszczególnych ministerstw, obszary, w których JST mają obowiązki współdziałania, maksymalne limity finansowania. Dla gmin kluczowe jest, że NPZ:

- określa ramy tematyczne, w których powinny poruszać się lokalne polityki zdrowotne,
- wskazuje kierunki działań możliwe do finansowania centralnego,
- definiuje priorytety na poziomie lokalnym, np. profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci.

2.5 Narodowa Strategia Onkologiczna¹⁸

NSO ma znaczenie dla gmin z dwóch powodów:

1. Silny nacisk na profilaktykę pierwotną i edukację zdrowotną, np. walka z otyłością, aktywność fizyczna, profilaktyka palenia.
2. Promowanie przesiewów populacyjnych, które JST mogą wspierać poprzez kampanie, koordynację lokalną i współpracę z POZ.

2.6 Program „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”¹⁹

Program tworzy nowy standard profilaktyki populacyjnej dorosłych:

- badania co 3 lub 5 lat,
- szeroki zakres diagnostyki,
- powiązanie z analizą stylu życia i zdrowia psychicznego.

Znaczenie dla gmin jest następujące:

- konieczność aktywizowania mieszkańców,
- współpraca z POZ w zakresie zapewnienia dostępności,

¹⁷ Załącznik do rozporządzenia RM z dnia 30.03.2021 w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642)

¹⁸ Załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 04.02.2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M.P. 2020 poz. 189)

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30.04.2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025 poz. 584)

- możliwość integrowania lokalnych działań profilaktycznych z programem ogólnopolskim.

2.7 Ustawy szczegółowe regulujące działania profilaktyczne gminy

a) Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS)²⁰

Gminy współpracują z Państwową Inspekcją Sanitarną w zakresie nadzoru epidemiologicznego, edukacji zdrowotnej, zdrowia środowiskowego oraz działań kontrolnych dotyczących obiektów użyteczności publicznej i placówek oświatowych. Współpraca obejmuje przekazywanie danych, realizację zaleceń inspekcji oraz udział w działaniach zapobiegawczych.

b) Ustawa o chorobach zakaźnych²¹

Ustawa nakłada na gminy obowiązki związane przede wszystkim z sytuacjami epidemicznymi, w tym współpracę z Państwową Inspekcją Sanitarną, realizację działań informacyjnych oraz uczestnictwo w działaniach wspierających wykonywanie szczepień ochronnych. Gminy mogą także tworzyć i realizować lokalne programy zdrowotne wspierające profilaktykę chorób zakaźnych.

c) Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego²²

Gmina odpowiada za organizowanie i wspieranie środowiskowych form pomocy, prowadzenie działań edukacyjnych i promocyjnych na rzecz zdrowia psychicznego oraz współpracę z podmiotami leczniczymi i jednostkami pomocy społecznej. Zadania te mają wzmacniać lokalne systemy wsparcia i zwiększać dostępność pomocy.

d) Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (tzw. ustawa antynikotynowa)²³

Ustawa nie nakłada na gminy funkcji nadzorczych. Nadzór nad przestrzeganiem zakazu palenia należy do Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Gminy mogą natomiast realizować działania edukacyjne i profilaktyczne, w tym kampanie informacyjne, programy w szkołach oraz inicjatywy lokalne wspierające ograniczanie palenia, jako część polityki zdrowotnej i działań z zakresu zdrowia publicznego.

²⁰ Ustawa z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U. 1985 nr 12 poz. 49; t.j. Dz.U. 2024 poz. 416)

²¹ Ustawa z dnia 05.04.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570; t.j. Dz.U. 2024 poz. 924, 1897)

²² Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535; t.j. Dz.U. 2024 poz. 917)

²³ Ustawa z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996 nr. 10 poz. 55; t.j. Dz.U. 2024 poz. 1162, Dz.U. 2025 poz. 427, 799)

3. Zadania i obowiązki gmin miejskich (20-100 tys. mieszkańców) w obszarze profilaktyki zdrowotnej

Gmina miejska średniej wielkości²⁴ funkcjonuje na styku dwóch systemów: z jednej strony edukacji, pomocy społecznej i infrastruktury publicznej, a z drugiej ochrony zdrowia, który jest koordynowany na poziomie centralnym i wojewódzkim (MZ/NFZ), a zadania z jego zakresu nie są zadaniem własnym gminy (poza zdrowiem publicznym). Zadania profilaktyczne wynikają z ustaw o zdrowiu publicznym²⁵, w tym NSO.

Poniższa analiza opisuje obowiązki gminy w pięciu kluczowych blokach:

- choroby przewlekłe,
- uzależnienia,
- zdrowie psychiczne,
- choroby zakaźne,
- zdrowie środowiskowe.

3.1 Profilaktyka chorób przewlekłych (kardiologia, cukrzyca, otyłość, choroby nerek, onkologia)

3.1.1 Podstawy prawne i ogólne obowiązki gminy

Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym, gmina jest odpowiedzialna za:

- promocję zdrowia (art. 2 pkt 3),
- edukację zdrowotną (art. 2 pkt 2),
- profilaktykę chorób (art. 2 pkt 4),
- inicjowanie działań minimalizujących czynniki ryzyka (art. 2 pkt 3a, 3b).

W praktyce oznacza to, że gmina musi prowadzić działania z zakresu profilaktyki pierwotnej i może (choć nie musi) realizować profilaktykę wtórną poprzez lokalne programy polityki zdrowotnej.

²⁴ Główny Urząd Statystyczny w *Miasta w liczbach 2009* dzieli miasta na małe (<20 tys. mieszkańców), średnie (20-100 tys. mieszkańców) oraz duże (>100 tys. mieszkańców)

²⁵ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2-3

Ustawa z dnia 05.04.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – art. 5, 8, 32-34, 44

Ustawa z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Pracy – art. 1-4

Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 48a-48d

Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 9

3.1.2 Obowiązek diagnozowania potrzeb zdrowotnych mieszkańców

Każdy program polityki zdrowotnej wymaga zdiagnozowania potrzeb zdrowotnych mieszkańców, przede wszystkim analizy lokalnych danych epidemiologicznych²⁶, odniesienia do NPZ oraz dokumentów strategicznych właściwych dla danego obszaru a także określenia populacji wysokiego ryzyka²⁷. W przypadku gmin o liczbie mieszkańców 20–100 tys. kluczowym problemem pozostaje ograniczony dostęp do szczegółowych danych lokalnych. Ustawy systemowe nie nakładają na NFZ, POZ ani AOS obowiązku przekazywania JST szczegółowych danych zdrowotnych, a ustawa o zdrowiu publicznym – mimo że wskazuje, że monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa jest jednym z zadań zdrowia publicznego²⁸ – nie daje gminom narzędzi umożliwiających dostęp do szczegółowych, anonimowych i zagregowanych danych medycznych, zdezagregowanych do poziomu gminy.

W efekcie diagnoza poprzedzająca przygotowanie programu opiera się przede wszystkim na danych PIS, publicznych zestawieniach NFZ, statystykach GUS, raportach NIZP–PZH oraz informacjach z lokalnych instytucji społecznych i edukacyjnych. Ze względu na ograniczoną dostępność danych lokalnych i ich wysoki poziom agregacji, gminy często muszą opierać diagnozę na danych wojewódzkich, danych ogólnopolskich czy wskaźnikach publikowanych przez WHO, OECD i instytuty krajowe. Konsekwencją tego jest utrudnione uzyskanie pozytywnej opinii AOTMiT, ponieważ Agencja wymaga wyraźnego uzasadnienia lokalnego problemu zdrowotnego, pokazania skali problemu na poziomie populacji gminy, wykazania ponadprzeciętnej potrzeby interwencji.

W przypadku programów profilaktycznych obowiązują te same wymagania formalne, jeśli są realizowane w formule programu polityki zdrowotnej, określonej w art. 48–48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to konieczność:

- opisanie problemu zdrowotnego i populacji docelowej,
- przedstawienia celów i mierników,
- oparcia interwencji na aktualnych dowodach naukowych,
- przygotowania budżetu oraz harmonogramu,
- zaplanowania systemu monitorowania i ewaluacji,
- uzyskania opinii AOTMiT przed przyjęciem programu przez radę gminy,

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476) – część „Opis problemu zdrowotnego”

²⁷ Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 48a

²⁸ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 ust. 1

- zapewnienia, aby program nie dublował świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ, zgodnie z art. 48 ustawy i koszykiem świadczeń POZ

Szczegółowe wymagania dotyczące struktury i sposobu opracowania programu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, które nakłada obowiązek m.in. przedstawienia mierników, organizacji udzielania świadczeń, kosztów jednostkowych oraz metod ewaluacji interwencji.

Programy profilaktyczne realizowane poza formułą programu polityki zdrowotnej (np. działania edukacyjne, aktywizujące lub środowiskowe) nie wymagają opinii AOTMiT, jednak muszą mieścić się w zakresie zadań własnych gminy wynikających z ustawy o zdrowiu publicznym (promocja zdrowia, profilaktyka chorób, edukacja zdrowotna) oraz nie mogą dotyczyć świadczeń medycznych objętych finansowaniem NFZ.

Jeżeli gmina zdecyduje się realizować działania profilaktyczne w formule **programu polityki zdrowotnej**, obowiązują wymogi art. 48–48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym konieczność opisanie problemu zdrowotnego, zaplanowania mierników, przygotowania budżetu, harmonogramu i sposobu ewaluacji oraz uzyskania opinii AOTMiT przed przyjęciem programu. Szczegółowe wymagania dotyczące struktury dokumentu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej. Ta forma jest właściwa wyłącznie wtedy, gdy planowane działania mają charakter świadczeń zdrowotnych wykraczających poza koszyk świadczeń gwarantowanych.

3.1.3 Programy polityki zdrowotnej gminy

Gmina może uruchamiać programy polityki zdrowotnej (PPZ) dotyczące istotnych problemów zdrowotnych mieszkańców, m.in.:

- wczesnego wykrywania cukrzycy,
- profilaktyki chorób układu krążenia,
- badań przesiewowych w kierunku raka piersi, raka jelita grubego, czerniaka,
- promocji aktywności fizycznej,
- edukacji żywieniowej,
- profilaktyki otyłości u dzieci.

Zakres tematyczny programów wynika z:

- definicji programu polityki zdrowotnej²⁹,
- celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia³⁰,

²⁹ Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 48a ust. 1

³⁰ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 9

- Narodowej Strategii Onkologicznej: obszar badań przesiewowych i profilaktyki pierwotnej,
- lokalnych danych epidemiologicznych lub ich odpowiedników na poziomie wojewódzkim/krajowym.

Najczęściej realizowane programy dotyczą szczepień przeciw grypie dla seniorów, HPV, aktywności fizycznej, otyłości i nadwagi u dzieci.

Każdy PPZ musi:

- zostać opracowany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wzoru PPZ³¹,
- uzyskać opinię AOTMiT³²,
- opierać się na dowodach naukowych i rekomendacjach Evidence-Based Public Health³³,
- nie dublować świadczeń NFZ³⁴, np. nie można finansować morfologii, jeśli jest w koszyku POZ.

Przykładowo gmina może finansować badania wykraczające poza koszyk POZ, np. USG, badania laboratoryjne niebędące świadczeniem gwarantowanym, ale nie może finansować badań objętych katalogiem świadczeń gwarantowanych, takich jak standardowa morfologia w POZ.

3.1.4 Ograniczenia kompetencyjne

Gmina nie może:

- finansować świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ³⁵,
- organizować, nadzorować ani ingerować w sposób funkcjonowania POZ i AOS³⁶,

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476)

³² Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 48a

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2017 r. op cit

³⁴ Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 48a ust. 8

³⁵ Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 48a ust. 8

³⁶ Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654; t.j. Dz.U. 2025 poz. 450, 620, 637, 1211) – art. 8 ust 1

Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 132-150

- narzucać lekarzom sposobu prowadzenia pacjentów lub standardów diagnostyczno-terapeutycznych³⁷,
- prowadzić działalności leczniczej bez posiadania statusu podmiotu leczniczego³⁸.

Może natomiast:

- finansować działania edukacyjne i informacyjne³⁹,
- organizować dodatkowe świadczenia zdrowotne wykraczające poza koszyk świadczeń gwarantowanych⁴⁰,
- prowadzić kampanie motywacyjne, lokalne akcje zdrowotne i interwencje sprzyjające zmianie stylu życia⁴¹,
- rozwijać infrastrukturę sprzyjającą zdrowiu⁴², np. ścieżki rowerowe, strefy aktywności,
- współpracować z podmiotami leczniczymi, PIS i instytucjami państwowymi w zakresie działań prozdrowotnych i informacyjnych⁴³.

3.1.5 Gmina a „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”

Program ten, realizowany przez POZ, obejmuje szerokie badanie profilaktyczne osób 20–65 lat. Gmina nie jest realizatorem programu i nie może ingerować w jego zakres kliniczny czy organizacyjny, jednak może w nim aktywnie uczestniczyć. Może m. in.:

- informować mieszkańców o możliwości skorzystania z bilansu zdrowia,
- współpracować z POZ w zakresie upowszechniania informacji i organizacji dostępu,
- włączać bilanse do lokalnych działań w ramach PPZ o ile nie naruszają one zakazu dublowania świadczeń gwarantowanych,
- organizować działania wspierające np. transport, edukację, punkt konsultacyjny.

W praktyce gminy pełnią rolę aktywizacyjną a nie wykonawczą, gdyż program należy do grupy świadczeń gwarantowanych NFZ.

3.1.6 Szczególne znaczenie profilaktyki onkologicznej

Profilaktyka onkologiczna jest jednym z kluczowych obszarów zdrowia publicznego i znajduje umocowanie zarówno w ustawie, jak i dokumentach strategicznych. Zgodnie

³⁷ Ustawa z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152; t.j. Dz.U. 2024 poz. 1287, 1897, 2025 poz. 619, 769, 1301) – art. 4

³⁸ Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654; t.j. Dz.U. 2025 poz. 450, 620, 637, 1211) – art. 4 ust 1

³⁹ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 pkt 2-3

⁴⁰ Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654; t.j. Dz.U. 2025 poz. 450, 620, 637, 1211) – art. 8 ust 1 i ust. 8

⁴¹ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 pkt 3 i 3a

⁴² Ustawa z dnia 08.03.1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95; t.j. Dz.U. 2025 poz. 1153, 1436)

⁴³ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 10

z ustawą o zdrowiu publicznym⁴⁴, NPZ 2021-2025⁴⁵ i NSO⁴⁶ gmina powinna współpracować w obszarach:

- kampanii antynikotynowych⁴⁷,
- profilaktyki ekspozycji na promieniowanie UV⁴⁸,
- promocji aktywności fizycznej jako czynnika redukującego ryzyko nowotworów⁴⁹,
- zwiększania dostępności do badań przesiewowych⁵⁰.

Ponadto w zakresie działań profilaktycznych gmina powinna:

- wspierać dostęp do mammografii i cytologii, np. kampanie, punkty mobilne,
- ułatwiać dostęp do informacji o programach NFZ,
- prowadzić edukację dotyczącą objawów alarmowych.

Choć NSO nie nakłada bezpośrednich obowiązków ustawowych na gminy, jest dokumentem strategicznym przyjętym rozporządzeniem Rady Ministrów. Gmina jest więc traktowana jako naturalny partner w działaniach mających na celu wspieranie profilaktyki pierwotnej, zmniejszanie opóźnień diagnostycznych, zwiększanie udziału mieszkańców w badaniach przesiewowych.

3.2 Profilaktyka uzależnień

Obszar uzależnień obejmujący m.in. uzależnienia od alkoholu, narkotyków, tytoniu, czy behawioralne jest jednym z najlepiej uregulowanych formalnie, a obowiązki gminy są jednoznaczne i wynikają z kilku ustaw.

3.2.1 Lokalny program przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii – obowiązek ustawowy

Z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁵¹ oraz z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii⁵² wynika obowiązek realizacji zadań gminy w formie

⁴⁴ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 pkt 3, 3a, 4, 10

⁴⁵ Jeden z celów operacyjnych dotyczy chorób nowotworowych.

⁴⁶ Część dotycząca profilaktyki pierwotnej i badań przesiewowych.

⁴⁷ Ustawa z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996 nr 10 poz. 55; t.j. Dz.U. 2024 poz. 1162, 2025 poz. 427, 799) – art. 5-13
Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 pkt 3

⁴⁸ NSO – działania profilaktyki pierwotnej nowotworów skóry.

Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 pkt 5

⁴⁹ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 pkt 10

NPZ – cel „Aktywność fizyczna”

⁵⁰ NSO – obszar „Wzmocnienie profilaktyki wtórnej”

Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 pkt 3

⁵¹ Ustawa z dnia 26.10.1982 e. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230; t.j. Dz.U. 2023 poz. 2151) – art. 4¹

⁵² Ustawa z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485; t.j. Dz.U. 2023 poz. 1939 – art. 10

gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Program ten stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych i uwzględnia cele operacyjne określone w Narodowym Programie Zdrowia. Może on również obejmować zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym. Program sporządza się na okres nie dłuższy niż 4 lata, a jego realizacja powierzana jest ośrodkowi pomocy społecznej, centrum usług społecznych lub innej jednostce wskazanej w programie. Wójt, burmistrz lub prezydent miasta może powołać pełnomocnika odpowiedzialnego za jego wykonanie.

Źródłem finansowania jest tzw. fundusz korkowy, na który składają się wpływy z zezwoleń na sprzedaż alkoholu⁵³.

Gmina może finansować m. in.:

- kampanie profilaktyczne i edukacyjne,
- programy terapeutyczne i wsparcie środowiskowe,
- zajęcia alternatywne dla dzieci i młodzieży,
- działania streetworkerów⁵⁴,
- działania prewencyjne w przestrzeni publicznej.

3.2.2 Obowiązki wynikające z NPZ

Narodowy Program Zdrowia wyróżnia „profilaktykę uzależnień” jako jeden z pięciu celów operacyjnych polityki zdrowia publicznego. JST muszą:

- realizować działania przeciwdziałające alkoholizmowi, narkomanii i uzależnieniom behawioralnym,
- prowadzić kampanie edukacyjne,
- współpracować z resortami i instytucjami państwowymi, np. MON, MS, MEN, MF, KGP.

3.2.3 Ustawy dotyczące nikotynizmu

Podstawą działań gmin w obszarze ograniczania palenia tytoniu i używania wyrobów nikotynowych jest ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Ustawa ta:

- wprowadza zakazy palenia w określonych miejscach publicznych,
- określa obowiązki właścicieli i zarządców obiektów,
- przewiduje wykroczenia za nieprzestrzeganie zakazów.

⁵³ Ustawa z dnia 26.10.1982 e. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230; t.j. Dz.U. 2023 poz. 2151 – art. 18²

⁵⁴ Streetworking to metoda pracy socjalnej polegająca na docieraniu do osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym (takich jak bezdomni, narkomani czy młodzież w trudnej sytuacji) w ich naturalnym środowisku, np. na ulicy, dworcach czy w innych miejscach, w których przebywają na co dzień.

Ustawa nie nakłada jednak na gminę bezpośredniego obowiązku kontrolowania przestrzegania zakazu palenia. Kontrola zakazu palenia w miejscach publicznych prowadzona jest przede wszystkim przez PIS i Policję. Gmina może realizować tę kompetencję jedynie za pośrednictwem straży miejskiej bądź gminnej, jeśli takową posiada. Uprawnienia straży miejskiej/gminnej wynikają z przepisów ustawy o strażach gminnych⁵⁵ i Kodeksu Wykroczeń⁵⁶.

3.2.4 Uzależnienia behawioralne

W świetle ustawy o zdrowiu publicznym⁵⁷ i NPZ⁵⁸ gminy odpowiadają również za profilaktykę wobec uzależnień od:

- hazardu,
- uzależnień cyfrowych,
- uzależnień od gier.

Zadania te można finansować z funduszu korkowego w zakresie uzależnień behawioralnych, środków własnych bądź ze środków zewnętrznych, np. konkursy w ramach art. 14 ustawy o zdrowiu publicznym.

3.3 Profilaktyka zdrowia psychicznego

3.3.1 Obowiązki wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

- prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych⁵⁹,
- organizacja wsparcia środowiskowego⁶⁰,
- współpraca z podmiotami leczniczymi psychiatrycznymi⁶¹,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji⁶²,
- rozwijanie lokalnych inicjatyw wspierających zdrowie psychiczne.

3.3.2 Wsparcie dzieci i młodzieży

Zgodnie z NPZ⁶³ i NPOZP gmina powinna:

⁵⁵ Ustawa z dnia 29.08.1997 r. o strażach gminnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 779; t.j. Dz.U. 2021 poz.1763) – art. 10-11

⁵⁶ Ustawa z dnia 20.05.1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz.U. 1971 nr 2 poz. 114; t.j. Dz.U. 2025 poz. 734)

⁵⁷ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2 pkt 3a i 3b

⁵⁸ Cel operacyjny obejmujący przeciwdziałania uzależnieniom.

⁵⁹ Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535) – art. 2 ust. 1 pkt 1, art. 4 ust. 1-2

⁶⁰ Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535) – art. 2 ust. 1 pkt 2, art. 8 ust. 1-2, art. 9 ust. 1-2 i ust. 4

⁶¹ Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535) – art. 8 ust. 1

⁶² Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535) – art. 2 ust. 1 pkt 3

⁶³ Cel operacyjny 2 „Profilaktyka uzależnień” i cel operacyjny 3 „Promocja zdrowia psychicznego”

- prowadzić działania w szkołach,
- wzmacniać kompetencje wychowawcze rodziców,
- współpracować z Ośrodkami Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej.

3.3.3 Zapobieganie samobójstwom

To szczególne zadanie wynikające z NPZ⁶⁴, którego realizatorem są JST:

- gmina powinna organizować kampanie informacyjne,
- tworzyć lokalne procedury kryzysowe,
- szkolić nauczycieli, pracowników socjalnych i służby miejskie.

Funkcję koordynatora działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym w ramach NPZ pełni Biuro ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym.

3.3.4 Rola środowiska lokalnego

W ustawach brak jest zamkniętego katalogu JST dotyczących profilaktyki zdrowia psychicznego w środowisku lokalnym. Natomiast na podstawie przepisów dotyczących promocji, edukacji i profilaktyki zdrowia psychicznego gmina może wdrażać np.:

- programy kompetencji społecznych,
- „miejsca dobrostanu”⁶⁵,
- szkolenia z pierwszej pomocy psychologicznej,
- działania aktywizujące seniorów,
- budowanie sieci wsparcia lokalnego (NGO, parafie, kluby).

3.4 Profilaktyka chorób zakaźnych

3.4.1 Podstawy prawne

Regulowana jest przez:

- ustawę o chorobach zakaźnych⁶⁶,
- ustawę o PIS⁶⁷,
- NPZ,
- rozporządzenia dot. szczepień ochronnych.

3.4.2 Kompetencje JST w zakresie chorób zakaźnych

Do zakresu kompetencji JST należą:

⁶⁴ W ramach celu operacyjnego 3 część „Zapobieganie zachowaniom samobójczym”

⁶⁵ Tu rozumiane jako lokalne przestrzenie wspierające zdrowie psychiczne (np. centra aktywności, ogrody społeczne, kluby seniora)

⁶⁶ Ustawa z dnia 05.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570; t.j. Dz.U. z 2024 poz. 924, 1897)

⁶⁷ Ustawa z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Pracy

- współpraca z PIS w monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej,
- prowadzenie działań edukacyjnych dot. szczepień,
- możliwość organizowania lokalnych programów szczepień, np. HPV, grypa,
- wspieranie działań sanitarnych w środowisku lokalnym, m.in. szkoły, przedszkola, DPS,
- uczestnictwo w zwalczaniu epidemii poprzez udostępnianie zasobów, komunikację z mieszkańcami oraz działania logistyczne.

3.4.3 Szczepienia ochronne

Gmina nie może finansować szczepień obowiązkowych, ponieważ są one finansowane ze środków publicznych na poziomie państwa. Może natomiast finansować szczepienia zalecane, o ile zostaną one wprowadzone do realizacji na podstawie lokalnego programu polityki zdrowotnej (zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) lub, w przypadku szczepień wykraczających poza zakres świadczeń zdrowotnych, jako element usługi społecznej realizowanej na podstawie odrębnej uchwały gminy. Dopuszczalne jest finansowanie m.in. szczepień przeciw HPV, grypie, pneumokokom u dorosłych, meningokokom czy ospie wietrznej, przy czym katalog ten nie jest zamknięty. Gmina może objąć finansowaniem każde szczepienie zalecane, o ile spełnia ono wymogi formalne (w tym uzyskanie pozytywnej opinii AOTMiT w przypadku PPZ) oraz jest zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

3.5 Zdrowie środowiskowe

Zdrowie środowiskowe stanowi jeden z kluczowych obszarów odpowiedzialności gminy, ponieważ większość działań w tym zakresie wynika z ustawowych zadań własnych oraz obowiązków współpracy z Państwową Inspekcją Sanitarną.

3.5.1 Współpraca z PIS

Gmina ma obowiązek współpracować z PIS w zakresie zadań wynikających z ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Do współpracy należą w szczególności:

- nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia: PIS sprawuje nadzór, a gmina jest zobowiązana do współpracy i przekazywania danych⁶⁸,
- nadzór sanitarny nad obiektami użyteczności publicznej, w tym szkołami, żłobkami, obiektami sportowymi⁶⁹,

⁶⁸ Ustawa z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Pracy – art. 4 ust. 1 pkt 4
Ustawa z dnia 20.07.2017 r. Prawo wodne (Dz.U. 2017 poz. 1566; t.j. Dz.U. z 2025 poz. 960)
– art. 12-13

⁶⁹ Ustawa z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Pracy – art. 4 ust. 1 pkt 1-3

- gospodarka odpadami: inspekcja nadzoruje warunki higieniczne, gmina realizuje zadania własne; współpraca ma charakter obowiązkowy⁷⁰.

3.5.2 Obowiązki wynikające z ustaw samorządowych

Zgodnie z ustawą o samorządzie gminnym oraz ustawami sektorowymi, do zadań własnych gminy należą:

- wodociągi i kanalizacja, zaopatrzenie w wodę i odprowadzanie ścieków⁷¹,
- gospodarka odpadami komunalnymi⁷²,
- ochrona przed hałasem – w zakresie planowania przestrzennego i realizacji lokalnych programów ochrony środowiska⁷³,
- zieleń miejska i tereny rekreacyjne⁷⁴,
- utrzymanie obiektów użyteczności publicznej w należyтым stanie technicznym⁷⁵,
- nadzór nad kąpieliskami i miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpeli⁷⁶.

3.5.3 Profilaktyka chorób środowiskowych

Gmina może prowadzić działania profilaktyczne związane ze zdrowiem środowiskowym, o ile mieszczą się one w zadaniach własnych z zakresu ochrony środowiska oraz zdrowia publicznego. W praktyce obejmują one przede wszystkim prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych dotyczących jakości powietrza i skutków niskiej emisji, a także realizację lokalnych programów wymiany źródeł ciepła⁷⁷. Uzupełnieniem tych działań jest edukacja mieszkańców w zakresie jakości wody, zmniejszania natężenia hałasu i znaczenia terenów zielonych⁷⁸.

Poziom hałasu określa się m.in. za pomocą wskaźnika LDWN (ang. long-term day-evening-night noise level), który obejmuje hałas w ciągu doby, uwzględniając pory dnia, wieczorne i nocne. Wskaźnik LN (ang. night noise indicator) koncentruje się na hałasie w porze nocnej, który ma szczególne znaczenie dla zdrowia (np. zaburzenia snu). Zgodnie z ustawą Prawo ochrony środowiska, gminy (miasta) są zobowiązane m.in. do sporządzania i aktualizowania strategicznych map hałasu oraz programów ochrony środowiska przed hałasem, co ma na celu monitorowanie i zarządzanie poziomami hałasu w środowisku. Mapowanie akustyczne wykonywane

⁷⁰ Ustawa z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Pracy – art. 4 ust. 1 pkt 5

Ustawa z dnia 13.09.1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz.U. 1996 nr 132 poz. 622; t.j. Dz.U. z 2025 poz. 733) – art. 3

⁷¹ Ustawa z dnia 08.03.1990 r. o samorządzie gminnym – art. 7 ust. 1 pkt 3

⁷² Ustawa z dnia 13.09.1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz.U. 1996 nr 132 poz. 622; t.j. Dz.U. z 2025 poz. 733) – art. 3-6

⁷³ Ustawa z dnia 27.04.2001 r. Prawo ochrony środowiska (Dz.U. 2001 nr 62 poz. 627; t.j. Dz.U. z 2025 poz. 647, 1080) – art. 18-19

⁷⁴ Ustawa z dnia 08.03.1990 r. o samorządzie gminnym – art. 7 ust. 1 pkt 12

⁷⁵ Ustawa z dnia 08.03.1990 r. o samorządzie gminnym – art. 7 ust. 1 pkt 15

⁷⁶ Ustawa z dnia 20.07.2017 r. Prawo wodne – art. 34-40

⁷⁷ Ustawa z dnia 27.04.2001 r. Prawo ochrony środowiska – art. 403

⁷⁸ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym – art. 2

jest na podstawie dyrektywy UE (Dyrektywa 2002/49/WE) oraz polskich przepisów wykonawczych, a strategiczne mapy hałasu stanowią podstawę do planowania działań ograniczających negatywne skutki hałasu. Badania monitorujące hałas w polskich miastach pokazują, że problem ten nie dotyczy wyłącznie największych aglomeracji: choć oficjalne strategiczne mapy hałasu opracowywane są przede wszystkim dla miast powyżej 100 000 mieszkańców, to w tych ośrodkach w 2021 r. ok. 282,8 tys. mieszkańców było narażonych na hałas przekraczający dopuszczalne normy, przy czym największe obciążenie dotyczyło hałasu drogowego. Dla hałasu mierzonych wskaźnikiem LDWN najczęściej przekroczenia dopuszczalnych poziomów w porze nocnej w dużych miastach nie przekraczały 5 dB ponad normę, ale występują w istotnej części obszarów miejskich.⁷⁹

3.5.4 Presje środowiskowe charakterystyczne dla miast 20-100 tys.

Miasta średniej wielkości, czyli liczące 20-100 tys. mieszkańców, mierzą się z zestawem presji środowiskowych dobrze opisanych w raportach dotyczących stanu środowiska i warunków miejskich w Polsce. Do najważniejszych należą problemy związane z zanieczyszczeniem powietrza generowanym przez tzw. niską emisję, na co wskazują coroczne oceny jakości powietrza publikowane przez Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, potwierdzające przekroczenia norm w wielu strefach miejskich o zbliżonej wielkości i charakterystyce⁸⁰. Istotnym wyzwaniem są także miejskie wyspy ciepła, które – jak wynika z ogólnokrajowej diagnozy przygotowanej przez Instytut Rozwoju Miast i Regionów – występują nie tylko w dużych aglomeracjach, lecz również w miastach średnich, zwłaszcza tam, gdzie zabudowa jest zwarta, a powierzchnia biologicznie czynna ograniczona⁸¹.

Do presji środowiskowych należy również rosnące natężenie ruchu samochodowego, prowadzące do degradacji jakości powietrza, wzrostu natężenia hałasu komunikacyjnego i pogorszenia warunków życia mieszkańców. Hałas drogowy – zgodnie z przepisami Prawa ochrony środowiska dotyczącymi strategicznych map hałasu i programów ochrony przed hałasem – jest jedną z głównych uciążliwości w obszarach zurbanizowanych.

Analizy IRMiR wskazują, że miasta średnie w Polsce charakteryzują się wysokim wskaźnikiem motoryzacji, co dodatkowo potęguje lokalne problemy transportowe i energetyczne⁸². Ograniczona dostępność terenów zielonych – problem potwierdzony w kolejnych edycjach raportów GIOŚ dotyczących stanu środowiska⁸³ – obniża zdolność miast do łagodzenia skutków zmian klimatu, w tym właśnie efektu miejskiej

⁷⁹ *Population exposure to noise in cities with over 100 thousand inhabitants*, GUS, 2024

⁸⁰ *Ocena jakości powietrza w strefach w Polsce za rok 2023*, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa 2024

⁸¹ A. Rzeńca, A. Sobol, P. Ogórek, *Raport o stanie polskich miast. Środowisko i adaptacja do zmian klimatu*, Obserwatorium Polityki Miejskiej IRMiR, Kraków-Warszawa 2021

⁸² A. Rzeńca, A. Sobol, P. Ogórek, *idem*

⁸³ *Stan środowiska w Polsce – Raport 2022*, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa 2023

wyspy ciepła. Uzupełnia to problem starzejącej się infrastruktury komunalnej, którego skala jest szczególnie widoczna w miastach średniej wielkości modernizujących sieci kanalizacyjne, wodociągowe czy transportowe etapowo i w zależności od dostępności środków.

Skumulowane oddziaływanie tych czynników sprawia, że zdrowie środowiskowe staje się jednym z najważniejszych obszarów profilaktyki lokalnej. Zjawiska te – dobrze udokumentowane w najważniejszych raportach środowiskowych i urbanistycznych – pokazują, że miasta 20-100 tys. mieszkańców, choć często pomijane w debacie publicznej, stoją przed wyzwaniami typowymi dla procesów urbanizacyjnych w całym kraju.

4. Mapowanie kompetencji gminy w obszarze profilaktyki zdrowotnej

4.1 Kompetencje obowiązkowe

Obowiązki gmin w zakresie zdrowia publicznego wynikają z zestawu ustaw, które określają zarówno zadania operacyjne, jak i ramy współpracy instytucjonalnej. Ustawa o zdrowiu publicznym przypisuje samorządom prowadzenie działań edukacyjnych, informacyjnych i promocyjnych na rzecz zdrowego stylu życia oraz profilaktyki chorób. Ich realizacja stanowi podstawowy, choć często niedostrzegany filar lokalnej polityki zdrowotnej.

Istotną częścią odpowiedzialności gmin jest także profilaktyka uzależnień, uregulowana w ustawie o wychowaniu w trzeźwości oraz ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Przepisy nakładają obowiązek opracowywania i wdrażania lokalnych programów profilaktycznych, finansowanych głównie z dochodów pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu. Instrument ten zapewnia względnie stabilne źródło środków na działania ograniczające szkody zdrowotne i społeczne.

W sytuacjach związanych z chorobami zakaźnymi, ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określa zadania gmin obejmujące współpracę przy zwalczaniu epidemii, prowadzenie działań informacyjnych oraz wspieranie szczepień ochronnych. Obowiązki te wzmacniają zdolność lokalnych struktur do reagowania na zagrożenia epidemiologiczne i zabezpieczania ciągłości podstawowych usług publicznych.

Zakres odpowiedzialności gmin obejmuje również zdrowie środowiskowe, oparte na ustawach samorządowych oraz powiązanych regulacjach ochronnych. Należą do nich zadania dotyczące gospodarki wodno-ściekowej, systemu odpadów komunalnych, ograniczania hałasu oraz poprawy jakości powietrza. Są to kluczowe elementy długoterminowego kształtowania warunków życia mieszkańców i ochrony zdrowia populacji.

W obszarze ochrony zdrowia psychicznego, zgodnie z ustawą regulującą ten zakres, gminy prowadzą działania edukacyjne, współpracują z podmiotami leczniczymi oraz organizują formy wsparcia środowiskowego. Zadania te mają na celu wzmacnianie lokalnych systemów opieki i zwiększanie dostępności usług dla osób wymagających pomocy.

Ustawa o zdrowiu publicznym nakłada także obowiązek raportowania działań samorządowych na rzecz zdrowia publicznego. Gminy przekazują dane ministrowi zdrowia za pośrednictwem Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub właściwego wojewody, co umożliwia koordynację i monitoring polityki zdrowotnej na poziomie krajowym.

Gmina ma również obowiązek uwzględniać kwestie zdrowotne w swoich dokumentach i działaniach strategicznych. Obejmuje to w szczególności strategię rozwoju gminy,

lokalne programy socjalne i oświatowe, projekty infrastrukturalne dotyczące przestrzeni publicznej oraz polityki skierowane do seniorów i młodzieży.

4.2 Kompetencje fakultatywne

Gmina może realizować szeroki zakres działań uzupełniających politykę zdrowotną, wzmacniając lokalne systemy profilaktyki i promocji zdrowia. W ramach lokalnych programów polityki zdrowotnej może wdrażać inicjatywy profilaktyczne obejmujące m.in. zapobieganie zakażeniom HPV, przeciwdziałanie otyłości, profilaktykę chorób układu krążenia, nowotworowych oraz działania wspierające zdrowie psychiczne. Są to przykłady najczęściej realizowanych interwencji, zgodnych z ustawą o zdrowiu publicznym, Narodowym Programem Zdrowia i Narodową Strategią Onkologiczną, jednak katalog możliwych działań nie jest zamknięty.

Samorząd może również finansować dodatkowe szczepienia zalecane – takie jak szczepienia przeciw HPV, grypie czy pneumokokom – pod warunkiem przyjęcia odpowiedniego programu polityki zdrowotnej lub uchwały gminy. Zakres finansowanych szczepień zależy od lokalnych potrzeb i nie jest ograniczony do wskazanych przykładów.

Możliwe jest także organizowanie badań przesiewowych niewchodzących w zakres świadczeń gwarantowanych przez NFZ, co pozwala na wcześniejsze wykrywanie chorób i lepsze planowanie działań profilaktycznych. W szkołach gmina może prowadzić programy edukacyjne, obejmujące żywienie, przeciwdziałanie paleniu i innym uzależnieniom, w tym cyfrowym, a także szkolenia z zakresu pierwszej pomocy psychologicznej.

Samorząd ma również możliwość wspierania aktywności fizycznej mieszkańców poprzez programy ćwiczeń, rozwój infrastruktury rekreacyjnej i tworzenie stref aktywności. W ramach szerszych polityk prozdrowotnych może kształtować środowisko sprzyjające zdrowiu, m.in. poprzez rozwój zieleni miejskiej, budowę ścieżek rowerowych oraz inicjatywy promujące zdrowe odżywianie.

Uzupełnieniem tych działań jest współpraca z podstawową i ambulatoryjną opieką zdrowotną, obejmująca wspólne kampanie informacyjne, koordynację dostępności usług i integrację działań edukacyjnych. Gmina może również wzmacniać lokalny sektor społeczny poprzez wsparcie organizacji pozarządowych, w tym finansowanie projektów realizowanych przez NGO w obszarze zdrowia.

4.3 Kompetencje zakazane lub ograniczone

Jednostki samorządu terytorialnego dysponują szerokim zakresem kompetencji w obszarze zdrowia publicznego, jednak ich działalność podlega wyraźnym ograniczeniom ustawowym. Przede wszystkim gmina nie może finansować świadczeń gwarantowanych, których pokrywanie należy wyłącznie do Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych. Ograniczeniem jest także zakaz samodzielnego wykonywania badań medycznych, jeżeli gmina nie posiada statusu podmiotu leczniczego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, co oznacza, że wszelkie działania diagnostyczne muszą być realizowane przez odpowiednio uprawnione jednostki.

Samorząd nie może również ingerować w sposób leczenia pacjentów przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ decyzje terapeutyczne i organizacyjne leżą wyłącznie w gestii lekarzy oraz podmiotów medycznych. Kolejne ograniczenie dotyczy programów polityki zdrowotnej. Gmina nie może organizować działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, co wynika z obowiązku uzyskania opinii AOTMiT, która negatywnie ocenia projekty niespełniające kryteriów dowodowych. Oznacza to, że samorządy nie mogą wprowadzać inicjatyw o charakterze pseudomedycznym ani takich, które nie posiadają potwierdzonej skuteczności.

Prawo uniemożliwia również finansowanie programów komercyjnych o charakterze marketingowym, które nie stanowią interwencji zdrowotnej i mogłyby naruszać zasady gospodarowania środkami publicznymi. Dodatkowo, gmina jest zobowiązana do ścisłego przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych – w tym RODO – co oznacza zakaz gromadzenia lub przetwarzania danych medycznych mieszkańców w sposób wykraczający poza określone cele i bez spełnienia wymogów prawnych dotyczących danych wrażliwych.

Ograniczenia te w praktyce często utrudniają projektowanie lokalnych programów zdrowotnych, zwłaszcza wtedy, gdy samorządy próbują reagować na luki systemowe lub niedostatki finansowania po stronie NFZ. Wymuszają one jednak konieczność ścisłego trzymania się ram prawnych, współpracy z podmiotami leczniczymi oraz oparcia działań na dowodach naukowych, co ma zapewnić bezpieczeństwo, legalność i skuteczność podejmowanych interwencji.

5. Analiza finansowania profilaktyki zdrowotnej w gminach

5.1 Główne źródła finansowania gminnych działań profilaktycznych

a) Środki własne gminy mogą pokrywać:

- PPZ,
- kampanie edukacyjne,
- działania profilaktyczne w szkołach,
- lokalne programy prozdrowotne.

b) Fundusz korkowy:

- środki muszą być przeznaczone na profilaktykę uzależnień,
- można finansować także uzależnienia behawioralne,
- finansowana jest pomoc terapeutyczna, edukacja, streetworking.

W gminach o liczbie mieszkańców 20-100 tys., fundusz ten często stanowi 60–80% budżetu profilaktyki.

c) Gminy mogą pozyskiwać środki w trybie konkursowym i wnioskowym - art. 14 ustawy o zdrowiu publicznym na:

- duże programy profilaktyczne,
- działania zgodne z NPZ,
- projekty innowacyjne w zdrowiu publicznym.

W praktyce środki te są rzadko wykorzystywane ze względu na wysoką konkurencję i wymogi formalne.

d) Narodowy Fundusz Zdrowia

Wszystko w koszyku świadczeń gwarantowanych finansuje NFZ. Gmina może jednak organizować kampanie zachęcające do udziału w poszczególnych działaniach, prowadzić działania uzupełniające, finansować dodatkowe świadczenia poza koszykiem.

e) Środki unijne takie jak m.in. EFS+, Fundusz Spójności, FEnIKS są najczęściej wykorzystywane w projektach:

- zdrowia psychicznego,
- aktywności fizycznej,
- seniorów,
- infrastruktury zdrowotnej.

f) W ramach partnerstwa publiczno-prywatnego i NGO gminy mogą:

- zlecać realizację zadań organizacjom pozarządowym,
- zawierać partnerstwa lokalne,
- współpracować z pracodawcami w zakresie zdrowia pracowników.

5.2 Wydatki obowiązkowe i nieobowiązkowe

Wydatki jednostek samorządu terytorialnego w obszarze zdrowia publicznego obejmują zarówno pozycje obowiązkowe, jak i te, które choć nieobowiązkowe, są powszechnie rekomendowane ze względu na ich znaczenie dla lokalnej polityki zdrowotnej.

Do wydatków obowiązkowych należą środki przeznaczone na realizację programów przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, działania wspierające zdrowie psychiczne w środowisku lokalnym oraz zadania związane ze zdrowiem środowiskowym, w tym zapewnieniem jakości wody czy gospodarką odpadami.

Wśród wydatków nieobowiązkowych, lecz uznawanych za szczególnie wartościowe, znajdują się finansowanie lokalnych programów profilaktyki zdrowotnej, takich jak szczepienia przeciw HPV czy inicjatywy przeciwdziałania otyłości, a także organizacja badań przesiewowych nie wchodzących w zakres świadczeń gwarantowanych. Samorządy mogą ponadto rozwijać działania na rzecz zdrowia psychicznego, inicjatywy antysmogowe oraz edukację zdrowotną w szkołach, co wzmacnia lokalne systemy profilaktyki i promocji zdrowia.

5.3 Kluczowe problemy finansowania

Finansowanie zadań zdrowotnych na poziomie gminnym obarczone jest kilkoma strukturalnymi ograniczeniami. Po pierwsze, udział ochrony zdrowia w wydatkach ogółem gmin pozostaje marginalny – analizy finansów samorządów wskazywały, że w gminach wydatki na ochronę zdrowia kształtowały się na poziomie około 0,7% wszystkich wydatków, przy czym dominowały w nich zadania związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi i narkomanii.⁸⁴

Po drugie, coraz większa część lokalnej polityki zdrowotnej w obszarze uzależnień opiera się na środkach z tzw. funduszu korkowego, którego przeznaczenie jest ustawowo ściśle powiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych i narkotykowych, a jednocześnie rośnie zarówno skala wpływów (w skali kraju to setki milionów złotych rocznie), jak i oczekiwań wobec zadań finansowanych z tego źródła.⁸⁵

Trzecim problemem jest ograniczone wykorzystanie środków centralnych przewidzianych w ustawie o zdrowiu publicznym. Choć art. 14 tej ustawy umożliwia jednostkom samorządu terytorialnego ubieganie się – w trybie konkursowym lub wnioskowym – o finansowanie zadań zdrowia publicznego realizowanych

⁸⁴ P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2015; 13 (1); str. 55-68

⁸⁵ *Dochody z „korkowego” i tzw. „małpek” – jak je wydatkować zgodnie z prawem. Przewodnik dla Skarbników*, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2024

w ramach Narodowego Programu Zdrowia, mechanizm ten w praktyce był wykorzystywany w niewielkim zakresie. Kontrola Najwyższej Izby Kontroli⁸⁶ dotycząca realizacji NPZ wykazała, że zadania programu były w większości realizowane przez JST ze środków własnych, natomiast konkursy ministra zdrowia pełniły rolę uzupełniającą i charakteryzowały się ograniczoną dostępnością. W efekcie JST miały tylko częściową możliwość pozyskiwania zewnętrznych środków na działania profilaktyczne, co w praktyce zawężało ich budżet i zwiększało zależność od finansowania lokalnego.

Dodatkowo samorządy muszą mierzyć się z wysoką złożonością formalną programów polityki zdrowotnej – wymogiem uzyskania opinii AOTMiT⁸⁷, rozbudowanym opisem epidemiologicznym, szczegółowym budżetem i obowiązkową ewaluacją – co generuje relatywnie istotne koszty przygotowania i obsługi takich programów, szczególnie dotkliwe dla mniejszych gmin.

Wreszcie, liczne kontrole i analizy wskazują, że wiele interwencji zdrowotnych na poziomie JST ma charakter krótkookresowy, realizowany w horyzoncie od roku do kilku lat, co utrudnia budowanie stabilnych, wieloletnich programów profilaktycznych i wzmacnianie ich efektów w czasie.

6. Luki systemowe w obszarze profilaktyki zdrowotnej na poziomie gmin miejskich

Pomimo rozbudowanego systemu regulacji obejmującego m.in. ustawę o zdrowiu publicznym, ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę o działalności leczniczej czy ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, praktyka funkcjonowania samorządów, zwłaszcza gmin miejskich średniej wielkości liczących 20-100 tys. mieszkańców, ujawnia szereg trwałych luk systemowych. Wynikają one nie tyle z całkowitego braku regulacji, ile z rozproszenia przepisów, braku precyzyjnych mechanizmów wykonawczych oraz niedostatecznych zasobów finansowych, kadrowych i informacyjnych, które uniemożliwiają pełne wykonywanie nałożonych zadań.

6.1 Ograniczenia w dostępie JST do danych epidemiologicznych i systemów monitoringu zdrowia

Jedną z kluczowych barier jest ograniczony dostęp gmin do aktualnych, szczegółowych danych epidemiologicznych oraz brak jasno uregulowanych procedur

⁸⁶ Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, nr ewid. 2/2020/P/060/KZD, NIK, Warszawa 2020

⁸⁷ K. Liszka-Michałka, *Czy Program Zdrowotny bez opinii AOTMiT jest ważny?* Dziennik warto wiedzieć, 29.09.2022, https://wartowiedziec.pl/polityka-zdrowotna/66029-czy-program-zdrowotny-bez-opinii-aotmit-jest-wazny?utm_source=chatgpt.com (dostęp 03.12.2025)

przekazywania danych między NFZ, świadczeniodawcami POZ, Państwową Inspekcją Sanitarną (PIS) a jednostkami samorządu terytorialnego.

Ustawa o zdrowiu publicznym nakłada na organy władzy publicznej – w tym JST – obowiązek „monitorowania i oceny stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa” (art. 2 pkt 1), ale nie ustanawia odrębnego trybu przekazywania danych z NFZ czy od świadczeniodawców do gmin. Tryb przekazywania danych został szczegółowo uregulowany przede wszystkim w relacji <minister – NFZ – państwowe jednostki organizacyjne> (art. 3-4), a nie w relacji <NFZ/POZ – JST>.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej definiuje pojęcie potrzeb zdrowotnych i wprowadza instrument „map potrzeb zdrowotnych” na poziomie krajowym i wojewódzkim (art. 5 pkt 29, art. 95a i nast.), ale nie przewiduje dedykowanego kanału systematycznego przekazywania szczegółowych danych epidemiologicznych do gmin. JST korzystają z tych informacji pośrednio, głównie poprzez dokumenty o charakterze zbiorczym.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.12.2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej wymaga, by w PPZ wykorzystywać możliwie aktualne dane epidemiologiczne, ale nie tworzy mechanizmu, dzięki któremu JST mogłyby uzyskać te dane – odsyła jedynie do „dostępnych danych” ogólnokrajowych, wojewódzkich, powiatowych lub gminnych.

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi precyzyjnie reguluje raportowanie i obieg danych między PIS, świadczeniodawcami i organami administracji rządowej, ale nie tworzy samodzielnego, systematycznego kanału udostępniania zagregowanych danych JST. Gminy otrzymują informacje głównie incydentalnie, na przykład w sytuacjach kryzysowych, a nie w ramach stałego monitoringu lokalnego.

Z punktu widzenia samorządu jest to realna luka systemowa: na gminę nakłada się obowiązek monitorowania stanu zdrowia mieszkańców, przy jednoczesnym braku ustawowo zagwarantowanych narzędzi dostępu do danych i standardów ich przepływu z instytucji systemu ochrony zdrowia.

6.2 Niespójność podziału kompetencji między JST, NFZ i POZ w obszarze profilaktyki

Model systemu ochrony zdrowia w Polsce zakłada, że podstawowa opieka zdrowotna (POZ) odpowiada za indywidualną profilaktykę medyczną, NFZ za finansowanie świadczeń, a JST za działania z zakresu zdrowia publicznego, w tym promocję zdrowia i profilaktykę populacyjną. Źródła prawa nie określają jednak precyzyjnie granic między tymi sferami, co w praktyce prowadzi do nakładania się kompetencji i obszarów odpowiedzialności.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej reguluje programy polityki zdrowotnej (PPZ) jednostek samorządu terytorialnego (art. 48a-48d). JST mogą przygotowywać i realizować PPZ, a NFZ „może” je współfinansować na podstawie art. 48d – co w praktyce oznacza, że zasadniczy ciężar finansowy i organizacyjny spoczywa na gminach, przy ograniczonej możliwości kształtowania świadczeń kontraktowanych przez NFZ w POZ. Jednocześnie przepisy nie zawierają jasnego testu rozgraniczającego, kiedy dany typ świadczeń powinien być realizowany w ramach standardowej opieki POZ, a kiedy jako dodatkowy program gminny.

Program „Moje Zdrowie” – ogólnopolski bilans zdrowia dorosłego finansowany przez NFZ i realizowany w placówkach POZ – jest kolejnym przykładem działań profilaktycznych projektowanych na poziomie centralnym, w których formalnie nie przewidziano roli JST jako partnera czy koordynatora. Utrudnia to spójne planowanie lokalnych programów profilaktycznych i zwiększa ryzyko nakładania się interwencji gminnych z działaniami POZ.

Ustawa o zdrowiu publicznym natomiast przyznaje JST szeroki katalog zadań w obszarze promocji i ochrony zdrowia (art. 2 w zw. z art. 3), ale nie daje im kompetencji w zakresie kształtowania kontraktów NFZ z POZ. Rola samorządu w relacji z POZ jest głównie pośrednia, np. jako organizatora podmiotów leczniczych, a nie regulacyjna.

W efekcie mamy do czynienia z luką umiarkowaną: system przewiduje formalne zadania i instrumenty, ale brakuje czytelnego rozdziału odpowiedzialności i efektywnych narzędzi koordynacji między JST, NFZ a świadczeniodawcami POZ.

6.3 Niedobór wyspecjalizowanych kadr zdrowia publicznego na poziomie gmin

Na poziomie gmin – w tym gmin miejskich 20-100 tys. mieszkańców – brak jest ustawowego wymogu tworzenia etatów dla specjalistów zdrowia publicznego, analityków epidemiologicznych czy koordynatorów profilaktyki.

Ustawa o zdrowiu publicznym wymienia szereg zadań, które wymagają ekspertów (monitorowanie i ocena stanu zdrowia, edukacja zdrowotna, działania w obszarze zdrowia środowiskowego, ograniczanie nierówności w zdrowiu itd.), ale nie określa minimalnych standardów kadrowych po stronie JST ani nie tworzy odrębnych strumieni finansowania na te etaty.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) oraz inne programy strategii publicznych przypisują gminom rolę kluczowych realizatorów wielu zadań, ale również nie ustanawiają ani obowiązku zatrudniania specjalistów zdrowia publicznego, ani wsparcia finansowego na budowę takich zespołów. Analizy PZH i opracowania eksperckie wskazują, że zadania JST w tym obszarze są realne, natomiast zaplecze kadrowe i kompetencyjne – niewystarczające.

W praktyce oznacza to niemal pełną lukę regulacyjną w zakresie kadr zdrowia publicznego na poziomie gmin.

6.4 Brak sformalizowanych mechanizmów koordynacji międzysektorowej na poziomie lokalnym

Działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej na poziomie lokalnym wymagają współpracy szkół, OPS, POZ, PIS, policji, straży miejskiej, jednostek zajmujących się środowiskiem, organizacji pozarządowych i innych podmiotów. Obowiązek współdziałania istnieje, ale prawo tylko ogólnie go deklaruje, bez tworzenia konkretnych struktur czy procedur.

Ustawa o zdrowiu publicznym stanowi, że zadania realizują „współdziałając ze sobą” organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego (art. 3), ale nie określa form współpracy na poziomie gminy – nie ma obowiązkowych lokalnych rad zdrowia, zespołów koordynacyjnych ani stałych forów współpracy międzysektorowej.

Ustawa o zapobieganiu zakażeniom szczegółowo reguluje współdziałanie w ramach PIS i organów administracji rządowej, a także zadania wójta/burmistrza/prezydenta w sytuacjach epidemicznych, jednak brak w niej modelu stałej, sformalizowanej współpracy JST z POZ czy innymi podmiotami spoza systemu sanitarnego.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje działania środowiskowe oraz współpracę różnych instytucji na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, ale również nie narzuca konkretnego modelu lokalnej koordynacji (np. obowiązkowych lokalnych zespołów ds. zdrowia psychicznego).

W efekcie mamy lukę częściowo strukturalną: współpraca jest co do zasady wymagana, natomiast ustawodawca nie wyposaża JST w obowiązkowe, stałe instrumenty koordynacji międzysektorowej.

6.5 Rozproszenie regulacji i brak zintegrowanych narzędzi w obszarze zdrowia środowiskowego

Obowiązki gmin w obszarze zdrowia środowiskowego są rozbudowane, ale rozproszone między różne ustawy sektorowe, a powiązania z systemem zdrowia publicznego są słabe.

Ustawa o zdrowiu publicznym w art. 2 pkt 5 zalicza do zadań z zakresu zdrowia publicznego działania dotyczące środowiskowych uwarunkowań zdrowia, lecz szczegółowe instrumenty regulacyjne i wykonawcze znajdują się w odrębnych aktach – m.in. w Prawie ochrony środowiska, Prawie wodnym oraz ustawie o utrzymaniu czystości i porządku w gminach. Akty te koncentrują się na parametrach środowiska (emisje, hałas, gospodarka wodno-ściekowa, odpady), a nie na spójnej polityce zdrowia środowiskowego na poziomie lokalnym.

Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej lokuje nadzór sanitarny i ocenę ryzyka zdrowotnego po stronie organów PIS – podporządkowanych administracji rządowej – a nie samorządu, co powoduje, że gmina ma liczne obowiązki w obszarze środowiska, ale kluczowe kompetencje kontrolne pozostają poza jej strukturą.

Ustawa o zapobieganiu zakażeniom zajmuje się głównie sytuacjami skażeń i zagrożeń, nie zaś kompleksowym podejściem do zdrowia środowiskowego w codziennym funkcjonowaniu miasta.

Luka ma charakter funkcjonalny: przepisy środowiskowe i zdrowotne istnieją, ale nie tworzą jednolitego, lokalnego systemu zdrowia środowiskowego z jasnym podziałem ról i narzędzi między JST, PIS i innymi instytucjami.

6.6 Strukturalne niedofinansowanie lokalnych działań profilaktycznych

Konstrukcja finansowania profilaktyki zdrowotnej przez JST wynika przede wszystkim z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i ustawy o zdrowiu publicznym.

Programy polityki zdrowotnej JST są – co do zasady – finansowane z budżetu jednostki samorządu terytorialnego. NFZ może je dofinansować, ale jest to uprawnienie fakultatywne, uzależnione od spełnienia kryteriów określonych w ustawie i rozporządzeniu w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie (art. 48d ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenie MZ z 28 grudnia 2016 r.).

Ustawa o zdrowiu publicznym przewiduje dodatkowe środki w formie konkursów Ministra Zdrowia (art. 14), jednak są to środki niestabilne i limitowane; potwierdzają to zarówno dane o wielkości środków, jak i sprawozdania z realizacji NPZ. NPZ z kolei nakłada szereg zadań na JST, ale nie ustanawia osobnego, gwarantowanego strumienia finansowania działań lokalnych, raczej odsyłając do istniejących środków w systemie.

Dodatkowo JST będące organami tworzącymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (szpitale, przychodnie) są obciążone konsekwencjami ich sytuacji finansowej. Po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 2019 r. (sygn. K 4/17) zniesiono bezwzględny obowiązek pokrywania strat SPZOZ z budżetu JST, ale praktyka i analizy finansowe pokazują, że samorządy nadal często angażują środki w utrzymanie podległych podmiotów leczniczych, co ogranicza przestrzeń finansową na lokalne programy profilaktyczne.

W rezultacie niedofinansowanie profilaktyki zdrowotnej na poziomie gmin ma charakter strukturalny: obowiązki są szerokie, a dedykowane źródła finansowania fragmentaryczne i konkurujące z innymi potrzebami systemu ochrony zdrowia.

6.7 Brak jednolitych standardów monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych na poziomie gminy

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego wprost wymaga, aby każdy PPZ zawierał opis sposobu monitorowania i ewaluacji programu, a raport końcowy – informacje o wynikach i efektach zdrowotnych. Rozporządzenie nie wprowadza jednak jednolitego katalogu wskaźników ani norm referencyjnych dla gmin – pozostawiając wybór mierników i metody oceny JST oraz projektodawcom programów.

Ustawa o zdrowiu publicznym zobowiązuje do monitorowania stanu zdrowia populacji i realizacji zadań zdrowia publicznego, ale nie określa minimalnych standardów ani jednolitego systemu wskaźników dla gmin. Monitoring NPZ prowadzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego pokazuje, że JST rzadko angażują się w ocenę i monitorowanie w porównaniu z innymi zadaniami z art. 2 ustawy. Wskazuje to, że problemem jest brak odpowiednich narzędzi, a nie sam obowiązek prowadzenia systematycznego monitorowania i oceny działań.

Nie istnieje też odrębny akt prawny, który normowałby na poziomie gminy zestandaryzowany system mierników zdrowia publicznego (np. katalog obligatoryjnych wskaźników lokalnych). Luka w tym obszarze ma zatem charakter niemal pełny – JST są zobowiązane do monitorowania i ewaluacji, ale nie wyposażono ich w jednolite narzędzia, standardy i referencyjne systemy wskaźnikowe.

6.8 Niewystarczające zasoby JST do realizacji zadań w sytuacjach kryzysów zdrowotnych

W sytuacjach kryzysowych – w szczególności podczas epidemii – ujawniają się systemowe ograniczenia JST opisane w poprzednich punktach: brak stabilnych zasobów, niespójność kompetencyjna oraz zależność od decyzji centralnych. W takich warunkach gminy otrzymują dodatkowe zadania z poziomu państwa, często bez zapewnienia adekwatnych i trwałych zasobów organizacyjnych oraz finansowych.

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych wyraźnie określa zadania organów administracji rządowej oraz PIS, a także przewiduje, że organy samorządu (wójt/burmistrz/prezydent) współuczestniczą w realizacji działań przeciwepidemicznych – m.in. poprzez wykonywanie decyzji wojewody i ministra zdrowia. Ustawa nie tworzy jednak stałego mechanizmu finansowania lokalnych działań przeciwepidemicznych, odsyłając w tym zakresie do ogólnych zasad finansów publicznych i rozwiązań szczególnych (np. specustawy COVID-19).

Ustawa o PIS utrzymuje scentralizowaną strukturę nadzoru sanitarnego, co powoduje, że JST odpowiadają za znaczną część zadań wykonawczych w sytuacjach zagrożeń zdrowia publicznego (organizacja, logistyka, wsparcie mieszkańców), nie mając jednocześnie decydującego wpływu na projektowanie systemowych rozwiązań ani gwarantowanych, stałych strumieni finansowania na ten cel.

Doświadczenia pandemii COVID-19 i powiązane regulacje szczególne (m.in. ustawa z 2.03.2020 r.⁸⁸ oraz liczne rozporządzenia Rady Ministrów i Ministra Zdrowia) pokazały, że wiele obowiązków nakładano na JST w trybie doraźnym – często z opóźnionym lub ograniczonym finansowaniem – co zostało odnotowane także w analizach NIK dotyczących funkcjonowania administracji samorządowej w czasie pandemii.

W rezultacie powstaje luka systemowa: samorządy są obciążane zadaniami w sytuacjach kryzysowych, ale ich rola w projektowaniu rozwiązań systemowych oraz poziom zapewnianych zasobów pozostają niewspółmierne do zakresu odpowiedzialności.

⁸⁸ Ustawa z dnia 02.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020 poz. 374; t.j. Dz.U. z 2025 poz. 764)

II. Przegląd aktualnej literatury przedmiotu i stanu dotychczasowych badań

W przeprowadzonym badaniu przegląd literatury przedmiotu oraz badań obejmował m.in. publikacje naukowe, sprawozdania ze zrealizowanych projektów badawczych, raporty z wynikami badań, dane statystyczne, dane jakościowe, ekspertyzy itp. opracowania.

1. Część merytoryczna

Ta część przeglądu kataloguje najistotniejsze **zagadnienia merytoryczne** w obszarze profilaktyki zdrowia, **aktualne dane** o charakterze jakościowym i ilościowym oraz **uniwersalne wnioski i rekomendacje** o charakterze merytorycznym dotyczące sytuacji i potrzeb w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Stanowi kompendium różnych źródeł wiedzy, ale ułożonych w kluczu różnych obszarów profilaktyki zdrowia, przyjętych w literaturze przedmiotu. Niniejsza przekrojowa analiza merytoryczna, uzupełniona w części 2 rozdziału o metodykę diagnoz sytuacji profilaktyki zdrowotnej mieszkańców, doprowadzi do prezentacji w rozdziale III adekwatnych rekomendacji dotyczących ukierunkowania działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej w Gminie Miejskiej Świdnik.

Należy wspomnieć, że Świdnik jest członkiem Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich. „Dzięki członkostwu w stowarzyszeniu Gmina Miejska Świdnik współpracuje z innymi miastami w zakresie wymiany zdobytych doświadczeń, korzystania z tzw. dobrych praktyk w ochronie zdrowia, a zwłaszcza w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.”⁸⁹ Poprzez członkostwo Świdnik uczestniczy w ogólnopolskim programie nastawionym na poprawę zdrowia mieszkańców, warunków środowiskowych oraz jakości życia w mieście. Umożliwia to korzystanie z dobrych praktyk innych samorządów, udział w projektach prozdrowotnych i proekologicznych oraz wsparcie merytoryczne Stowarzyszenia i WHO. W ramach współpracy realizowane są m.in. programy profilaktyczne, edukacyjne i prozdrowotne, np. akcje badań przesiewowych czy kampanie promujące zdrowy styl życia, finansowane także z budżetu obywatelskiego. Świdnik był również gospodarzem konferencji Stowarzyszenia, co potwierdza aktywne zaangażowanie miasta w prace sieci Zdrowych Miast. W Świdniku w ramach działalności w Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich realizowano przede wszystkim programy profilaktyczne (badania przesiewowe, szczepienia, działania edukacyjne) finansowane i koordynowane przez gminę. Projekty obejmowały zarówno dorosłych (np. profilaktyka nowotworów, szczepienia), jak i dzieci oraz młodzież (wady postawy, działania antynikotynowe, promocja zdrowego stylu życia).

⁸⁹ Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, e-swidnik.pl, 26.09.2025, https://e-swidnik.pl/strona-3331-stowarzyszenie_zdrowych_miast_polskich.html (dostęp 07.12.2025)

1.1 Obszary tematyczne profilaktyki zdrowia

1.1.1 Zdrowie fizyczne

a) Odżywianie i dietoprofilaktyka

Wysokie ryzyko zdrowotne w Polsce wynika z nieprawidłowego odżywiania – diety bogate w sól, tłuszcze nasycone, przetworzone produkty – oraz niskiego spożycia warzyw i owoców.⁹⁰ Zaleca się wdrożenie programów edukacji żywieniowej, kształtowania kompetencji zdrowotnych i partnerstwo z placówkami oświatowymi w celu zmiany nawyków żywieniowych.⁹¹

W Polsce, również w regionie lubelskim, obserwuje się zbyt niskie spożycie warzyw i owoców, białego mięsa oraz produktów pełnoziarnistych – poniżej rekomendacji WHO. Kolejnym zaobserwowanym zjawiskiem jest nadmierna konsumpcja czerwonego mięsa, produktów wysokoprzetworzonych, słodczy i tłuszczów trans. Wysokie ceny zdrowej żywności oraz czas przygotowania posiłków są również barierą dla społeczeństwa. Niewielki odsetek mieszkańców stosuje diety prozdrowotne, wzrasta jednak liczba osób 50+ i kobiet korzystających z diet. U dzieci narasta problem otyłości, szczególnie wśród chłopców. Wiele dzieci regularnie spożywa posiłki podczas korzystania z elektroniki lub oglądania TV, co pogłębia złe nawyki.⁹²

Co dziesiąty respondent spożywa mniej niż trzy posiłki dziennie, co może wynikać z niedostatecznej wiedzy żywieniowej lub barier socjo-ekonomicznych. Zdecydowana większość dorosłych (86,6%) je co najmniej trzy posiłki dziennie, zatem nieprawidłowe nawyki żywieniowe dotyczą specyficznych grup społecznych, które należy zidentyfikować i objąć programami edukacyjnymi oraz wsparciem.⁹³ Niedobory żywieniowe i błędy dietetyczne są powszechne; prowadzą do niedoboru żelaza, białka i witamin. Niewłaściwa dieta – zwłaszcza niska konsumpcja warzyw, owoców i zbyt wysokie spożycie produktów wysokoenergetycznych – jest jedną z głównych przyczyn utraconych lat w zdrowiu oraz nadmiernej masy ciała w Polsce. Zamożność i wykształcenie wyraźnie wpływają na jakość diety; uboższe gospodarstwa i osoby gorzej wykształcone jedzą znacznie mniej warzyw i owoców niż bogatsi i lepiej wykształceni. Spożycie alkoholu i tytoniu pozostaje wysokie; niska skuteczność programów antytytoniowych jest wyzwaniem dla profilaktyki chorób cywilizacyjnych.⁹⁴

W regionie lubelskim rekomendowano intensywną edukację dietetyczną, promowanie zasad zdrowego żywienia i ograniczenie spożycia cukru, sodu i tłuszczów trans. Dieta

⁹⁰ Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026, Warszawa 2021.

⁹¹ Jw.

⁹² B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

⁹³ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

⁹⁴ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

mieszkańców istotnie wpływa na zapadalność na choroby cywilizacyjne. Szczególne znaczenie mają programy profilaktyczne dla dzieci i seniorów.⁹⁵

Literatura przedmiotu wskazuje, że pacjenci na ogół są świadomi znaczenia prawidłowego odżywiania, ale nie zawsze wdrażają tę wiedzę w życie. Ograniczenia w realizacji zdrowych nawyków żywieniowych to brak czasu, trudności organizacyjne i niska dostępność zdrowej żywności. Niezbędne jest wsparcie edukacyjne takie jak m.in. ulotki, warsztaty, konkursy, festiwale, aplikacje itp. i tworzenie lepszych warunków do zdrowego odżywiania w środowisku lokalnym.

W mieście Świdnik zauważalny jest problem nieprawidłowych nawyków żywieniowych, prowadzących do wzrostu liczby chorób metabolicznych. Brakuje szeroko zakrojonych kampanii i łatwo dostępnych porad dietetycznych w instytucjach publicznych i oświatowych.⁹⁶ Analiza krajowa z kolei ukazała w Polsce brak systemowych działań dietoprofilaktycznych na poziomie populacyjnym. Edukacja żywieniowa jest rozproszona i zbyt słabo powiązana z praktyką POZ oraz ze szkołami.⁹⁷

Potrzebne są działania z zakresu promocji wysokiej jakości, bezpiecznych dla konsumentów produktów rolno-spożywczych oraz popularyzacja zdrowych zasad żywienia społeczeństwa. Niezbędne są również prowadzone od najmłodszych lat programy edukacyjne dotyczące zdrowego żywienia, szczególnie w szkołach i przedszkolach.⁹⁸ Zalecana jest intensyfikacja edukacji żywieniowej i promowanie zdrowych nawyków, zwłaszcza w grupach mniej uprzywilejowanych społecznie, gdzie niewłaściwa dieta istotnie zwiększa ryzyko chorób cywilizacyjnych.⁹⁹ W wieloletnich planach rekomenduje się również wdrożenie kształtowania kompetencji zdrowotnych i partnerstwo z placówkami oświatowymi w celu zmiany nawyków żywieniowych.¹⁰⁰

b) Aktywność fizyczna i prewencja otyłości

Prawie co piąty dorosły nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej w tygodniu, a tylko 10% spełnia zalecenia WHO dotyczące minimum 150 minut umiarkowanej aktywności tygodniowo. Ponad połowa respondentów monitoruje swoją masę ciała co najmniej raz w miesiącu, lecz regularne pomiary są nadal zbyt rzadkie,

⁹⁵ *Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027*, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

⁹⁶ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

⁹⁷ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

⁹⁸ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

⁹⁹ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020

¹⁰⁰ *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

co ogranicza efektywną prewencję otyłości.¹⁰¹ Im niższe wykształcenie i gorsza sytuacja materialna, tym wyższe ryzyko otyłości i nieaktywności - to problem szczególnie dotkliwy w starszych grupach wiekowych. Następuje istotny spadek aktywności fizycznej z wiekiem, szczególnie po 60 roku życia.¹⁰² Otyłość i nadwaga rozpowszechnione są zwłaszcza wśród mężczyzn a wśród dzieci i młodzieży zjawisko narasta¹⁰³, np. ponad 15% dziewięciolatków wykazuje nadwagę lub otyłość.

W województwie lubelskim odsetek dorosłych z BMI wynosi powyżej 25 (nadwaga + otyłość) w wielu powiatach województwa przekracza 65-70%. Dane z powiatu świdnickiego: procent osób z BMI > 25-66,3 %. Liczba osób z BMI > 25-20 360 osób¹⁰⁴

Zapobieganie otyłości wymaga działań na rzecz promocji aktywności fizycznej, sportów masowych i rekreacji oraz infrastruktury lokalnej sprzyjającej ruchowi, szczególnie u najmłodszych.¹⁰⁵ Pożądane jest systemowe wspieranie aktywności fizycznej społeczeństwa (np. modernizacja i udostępnianie infrastruktury sportowej, zajęcia sportowe w placówkach oświatowych) oraz działania promujące sport i ruch w każdej grupie wiekowej ze szczególnym naciskiem na dzieci, młodzież oraz seniorów.¹⁰⁶ Otyłość i niedostateczna aktywność fizyczna zostały wskazane jako jedne z głównych przyczyn chorób cywilizacyjnych, m.in. chorób serca, cukrzycy i nowotworów.¹⁰⁷

Brak wystarczającej aktywności fizycznej i narastająca otyłość są poważnym problemem w populacji regionu lubelskiego, zwłaszcza wśród dzieci i osób starszych. Rekomenduje się organizowanie programów sportowo-rekreacyjnych oraz działań na rzecz promocji ruchu, szczególnie w szkołach i klubach seniora.¹⁰⁸

Aktywność fizyczna i prewencja nadwagi/otyłości promowane są przez kampanie społeczne oraz programy profilaktyczne. Kontynuowane są krajowe akcje medialne „Planuję Długie Życie” skupiające się na aktywności fizycznej, zdrowej diecie

¹⁰¹ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

¹⁰² B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

¹⁰³ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

¹⁰⁴ Mapa otyłości przygotowana przez Fakt; <https://lublin24.pl/wiadomosci/oto-mapa-otylosci-polakow-zatrwaszajace-dane-na-lubelszczyznies/ufmsRXhyZLCcqaCkZux2>

¹⁰⁵ *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹⁰⁶ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹⁰⁷ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

¹⁰⁸ *Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027*, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

i unikaniu używek. Działania lokalne powinny być ukierunkowane na realizację tych samych standardów na poziomie szkół, przestrzeni publicznej i w miejscach pracy.¹⁰⁹ Aktywność fizyczna powinna być elementem wszystkich programów profilaktycznych na każdym etapie życia. Należy wspierać lokalne inicjatywy zwiększające dostęp do aktywności fizycznej, by przeciwdziałać rosnącemu odsetkowi nadwagi i otyłości.¹¹⁰

Aktywność fizyczna, m.in. spacer, jazda na rowerze, to często wskazywane w literaturze pojęcie, lecz podkreśla się rozbieżność między deklaracjami a praktyką. Diagnozowane bariery to brak motywacji, obciążenie obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi, ograniczony czas wolny, brak infrastruktury sportowej. Rekreacja i ruch powinny być promowane przez lokalne inicjatywy, inwestycje w infrastrukturę i zachęty programowe dla pracujących.

Świdnik oferuje bogatą infrastrukturę sportowo-rekreacyjną, lecz jej wykorzystanie przez mieszkańców jest poniżej potencjału. Istnieje potrzeba intensyfikacji programów zachęcających do regularnej aktywności fizycznej, zwłaszcza dla dzieci, młodzieży i seniorów.¹¹¹

c) Choroby układu krążenia, metaboliczne, nowotwory

Największe obciążenie systemu zdrowia w Polsce to choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory oraz cukrzyca typu 2. U dzieci i młodzieży dominują astma, choroby metaboliczne i niedobory żywieniowe. Rośnie umieralność na choroby układu krążenia oraz nowotwory, choroby te odpowiadają za istotną ilość zgonów i utraconych lat życia (wskaźnik DALY)¹¹². Są one wiodącymi przyczynami zgonów również w Świdniku.¹¹³ Nadciśnienie, cukrzyca i inne choroby przewlekłe są głównymi schorzeniami zgłaszanymi w poradniach POZ w Polsce. Profilaktyka tych chorób wymaga regularnych badań, edukacji i współpracy interdyscyplinarnej. Programy prewencyjne muszą być lepiej dostosowane do realiów lokalnych oraz promować badania kontrolne i styl życia zmniejszający ryzyko tych schorzeń. Niewłaściwe odżywianie, nadciśnienie, zbyt wysoki BMI oraz palenie tytoniu to najważniejsze czynniki ryzyka w Polsce.¹¹⁴ Potrzebna jest intensyfikacja działań profilaktycznych ograniczających zachorowania

¹⁰⁹ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

¹¹⁰ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020

¹¹¹ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

¹¹² Wskaźnik służący do pomiaru obciążenia chorobami w społeczeństwie. Jest to suma lat życia utraconych z powodu przedwczesnej śmierci oraz lat przeżytych w niepełnosprawności

¹¹³ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

¹¹⁴ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

na choroby cywilizacyjne: edukacja antynikotynowa, zmiana wzorców żywieniowych, walka z nadwagą. Powinna też nastąpić poprawa dostępu do badań przesiewowych i programów prewencji nowotworowej, m.in. rak piersi, rak szyjki macicy, choroby serca, cukrzyca.¹¹⁵ Prognozy wskazują na wzrost obciążenia tymi jednostkami chorobowymi. Kluczowa jest wczesna diagnostyka obejmująca badania przesiewowe a także kampanie społeczne skierowane do mężczyzn, kobiet i osób starszych, skuteczniejsza prewencja pierwotna oraz działania środowiskowe np. ograniczenie ekspozycji na tytoń i alkohol.¹¹⁶

Nowotwory złośliwe to druga przyczyna zgonów w Polsce, odpowiedzialna za ok. 23% zgonów mężczyzn i 20% kobiet (2022). Największy ciężar choroby dotyczy wieku 25-64 l. a więc populacji aktywnej zawodowo, kluczowej z perspektywy samorządów (rynek pracy, budżet miasta, opieka społeczna).¹¹⁷ Wysoka umieralność z powodu nowotworów – mimo statystycznie niższej zachorowalności niż w UE – wynika głównie z późnej wykrywalności, fragmentacji opieki i niskiej zgłaszalności na badania przesiewowe. Onkologia, choroby układu krążenia i metaboliczne to obszary największego obciążenia zdrowotnego i ekonomicznego populacji aktywnej zawodowo – nowotwory odpowiadają za 20-27% zgonów przed 65. rokiem życia. Kluczowa jest integracja prewencji – programy badań przesiewowych, edukacja antytytoniowa, promocja zdrowego stylu życia, kontroli masy ciała i profilaktyki nadciśnienia/nadwagi. Nowotwory dominujące epidemiologicznie to rak płuca, piersi, jelita grubego i szyjki macicy; krajowe programy przesiewowe obejmujące mammografię, cytologię, kolonoskopię, NDTK płuca) są intensywnie uszczelniane i wdrażane na poziomie POZ.¹¹⁸

Wskaźniki zachorowalności oraz zgłaszalności do badań przesiewowych są niskie. Programy dotyczące profilaktyki CHUK (choroby układu krążenia), cukrzycy oraz nowotworów wymagają intensyfikacji, lepszej koordynacji i dostosowania do lokalnych potrzeb.¹¹⁹

Najczęściej wykonywane badania profilaktyczne to morfologia (59,2%), pomiar cukru (41%) i lipidogram (32,2%), jednak odsetek respondentów wykonujących regularne badania laboratoryjne jest nadal niewystarczający. Pomimo dostępności programów takich jak „Moje zdrowie”, świadomość i uczestnictwo są ograniczone, co wymaga intensywniejszej kampanii informacyjnej. Profilaktyka nowotworów i chorób metabolicznych dotyczy całej populacji, natomiast kobiety są kluczową grupą

¹¹⁵ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹¹⁶ *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹¹⁷ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

¹¹⁸ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

¹¹⁹ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020

w programach badań przesiewowych. Wciąż jednak istnieją luki w świadomości i korzystaniu z profilaktyki, szczególnie w małych miejscowościach.¹²⁰

W Polsce działania prewencyjne i przesiewowe w tych obszarach są realizowane m.in. w ramach programów POZ i skoordynowane przez Ministerstwo Zdrowia, np. badania mammograficzne, cytologiczne.¹²¹ Wyniki programów profilaktycznych są zdecydowanie poniżej standardów WHO (min. 70% zgłaszalności). Uczestnictwo w badaniach przesiewowych w Polsce – mammografia, cytologia, kolonoskopia – plasuje się daleko poniżej oczekiwanych poziomów, co prowadzi do późnego wykrycia chorób i wysokich kosztów leczenia. Tylko nieliczne podmioty wykazują aktywność i indywidualne podejście, osiągając optymalne wskaźniki uczestnictwa. Wysoki poziom zgonów możliwych do uniknięcia (45% wyższy niż średnia UE u mężczyzn, 24% wyższy u kobiet) oraz silne powiązania między słabym wykształceniem lub dochodem a negatywnymi zachowaniami zdrowotnymi wymuszają lokalne inwestycje w edukację i wspieranie mieszkańców o niższych zasobach społecznych. Polska wydaje zaledwie 0,17% budżetu publicznego na badania profilaktyczne. Wydatki na opiekę zdrowotną są jednymi z najniższych w UE, co pogłębia problem ograniczonego dostępu i słabe wyniki w zakresie profilaktyki.¹²²

1.1.2 Zdrowie psychiczne

a) Prewencja depresji, stresu, wypalenia zawodowego

Depresja i wypalenie zawodowe są coraz powszechniejszym problemem zdrowia populacyjnego.¹²³ Depresja i lęk uogólniony¹²⁴ dotyczą 16-19% dorosłych Polaków, rosną szczególnie w grupach o niższym wykształceniu i u kobiet. Wysoki poziom stresu (zawodowego, pandemicznego, ekonomicznego) jest mierzalnym zagrożeniem dla zdrowia populacji. Wzrasta absencja chorobowa z powodu zdrowia psychicznego; wymaga to pilnych interwencji środowiskowych i programów wsparcia.¹²⁵

Zwiększa się obciążenie zdrowia publicznego chorobami psychicznymi do których należą m.in. depresja, stres, zaburzenia lękowe i wypalenie zawodowe.

¹²⁰ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

¹²¹ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

¹²² IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020

¹²³ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022

¹²⁴ Charakteryzuje się uporczywie występującym martwieniem się i lękiem, które są nieproporcjonalnie mocno nasilone wobec rangi sytuacji i okoliczności będących ich źródłem.

¹²⁵ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025

Potrzebne są programy wsparcia psychologicznego, zarządzania stresem oraz ułatwienie dostępu do usług psychiatrycznych.¹²⁶

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) akcentuje rolę kształcenia psychoonkologów i zwraca uwagę na rozpoznawanie sytuacji psychologicznej pacjenta; podnosi standardy komunikacji, wsparcia motywacyjnego i leczenia bólu przewlekłego. Leczenie depresji, stresu i wypalenia zawodowego coraz częściej integruje narzędzia edukacji oraz certyfikowaną psychoedukację, zwłaszcza w placówkach medycznych i POZ.¹²⁷

Depresja, zaburzenia lękowe i wypalenie zawodowe stanowią znaczące obciążenie zdrowotne regionu lubelskiego, szczególnie wśród osób pracujących i seniorów. Zaleca się lokalne programy wsparcia psychologicznego, promocję zdrowia psychicznego, edukację o radzeniu sobie ze stresem.¹²⁸

Stres, wypalenie zawodowe i depresja są kluczowymi wyzwaniami do rozwiązania na poziomie samorządowym; pandemia COVID-19 pogłębiła problem społecznej izolacji, niepewności i niepokoju. Rekomendowana jest intensyfikacja działań edukacyjnych i interwencyjnych dotyczących higieny psychicznej i metod przeciwdziałania wypaleniu.¹²⁹

Konieczne są kampanie społeczne dotyczące zdrowia psychicznego, a także wsparcie psychologiczne w miejscu pracy i środowisku edukacyjnym.¹³⁰

Tylko 14,6% dorosłych skorzystało w ciągu roku z porady psychologa lub psychoterapeuty, co wskazuje na niską dostępność lub niską gotowość do korzystania z usług wsparcia psychicznego. Stres oraz wypalenie zawodowe pozostają nie w pełni zbadanymi i zaadresowanymi obszarami w profilaktyce.¹³¹

Zarządzanie stresem i dbanie o zdrowie psychiczne uznawane jest za ważne, lecz niewystarczająco wdrażane. Bariery: brak wsparcia instytucjonalnego, czasowe i środowiskowe ograniczenia, niska motywacja do szukania pomocy psychologicznej. Wskazuje się na potrzebę szerszej dostępności wsparcia psychologicznego i kampanii zwiększających świadomość prewencji depresji i wypalenia zawodowego.

¹²⁶ Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026, Warszawa 2021.

¹²⁷ Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

¹²⁸ Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

¹²⁹ Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., Warszawa 2021.

¹³⁰ IFIC Polska, Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035, 2020

¹³¹ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu, Warszawa 2025.

Osoby dorosłe, zwłaszcza starsze i czynne zawodowo doświadczają problemów psychicznych, depresji i stresu. Brakuje szerszych inicjatyw związanych z prewencją wypalenia zawodowego i wsparciem psychicznym w zakładach pracy.¹³²

Rekomendowane jest zwiększenie wsparcia w zakresie dostępu do opieki psychologicznej i psychiatrycznej oraz rozwijanie programów przeciwdziałania stresowi i wypaleniu zawodowemu. Szczególnie wśród pracowników oraz osób w kryzysie.¹³³

b) Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Narastają objawy depresji i lęku u młodzieży, zwłaszcza w trudnej sytuacji szkolnej, rodzinnej i materialnej. Duża część młodych doświadcza silnych dolegliwości bólowych przeszkadzających w codziennym funkcjonowaniu. Brakuje dostępnej opieki psychologicznej i psychiatrycznej. Długie kolejki i brak dostępnych terminów są powodem rezygnacji z leczenia. Barierami są też ograniczone finanse.

Obserwuje się wzrost problemów psychicznych u dzieci i młodzieży oraz deficyt specjalistów, m.in. psychiatrów dziecięcych. Kluczowe jest budowanie sieci poradni oraz oddziałów, edukowanie nauczycieli i rodziców, wdrażanie programów profilaktycznych w szkołach.¹³⁴

Promocja zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży realizowana jest w Polsce przez konkursy edukacyjne, integrację prewencji onkologicznej z edukacją zdrowotną w szkołach i kampanie promujące aktywność fizyczną i zdrowe nawyki. W praktyce samorządowej istotne jest powiązanie profilaktyki psychicznej z programami antyuzależnieniowymi, dietoprofilaktyką i sportem szkolnym.¹³⁵

Wzrasta liczba zachorowań na depresję i zaburzenia lękowe wśród dzieci i młodzieży; zalecana jest stała edukacja zdrowotna, rozszerzenie opieki psychologicznej i łatwiejszy dostęp do poradni. Wskazana jest współpraca oświaty ze zdrowiem publicznym oraz wdrożenie trzystopniowego modelu opieki psychiatrycznej.¹³⁶ Izolacja pandemiczna¹³⁷ oraz stan wojny za naszą wschodnią granicą pogorszyły stan psychiczny młodych osób. Rośnie liczba zaburzeń lękowych i depresyjnych.

¹³² *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

¹³³ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹³⁴ *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹³⁵ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189)

¹³⁶ *Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027*, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

¹³⁷ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

Konieczne jest objęcie tej grupy opieką psychologiczną oraz rozbudowa lokalnych punktów wsparcia psychicznego.

Potrzebne jest systemowe włączenie profilaktyki zaburzeń psychicznych do programów szkolnych oraz wzmacnianie wsparcia rodzinnego i środowiskowego oraz przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej.¹³⁸ Sygnalizowana jest potrzeba rozszerzenia badań i działań profilaktycznych na młodych. Aktualnie koncentruje się on na dorosłej populacji, co stanowi istotną lukę do uzupełnienia przez samorządy w przyszłości.¹³⁹ Brak jest wystarczających programów prewencyjnych dla dzieci i młodzieży. Zauważalna jest rosnąca skala zaburzeń psychicznych, w tym depresji, uzależnień oraz problemów rozwojowych.¹⁴⁰ Występuje znaczący deficyt w dostępie do psychiatrii dziecięcej, poradnictwa psychologicznego i specjalistycznej opieki dla dzieci i młodzieży. Zjawiska stresu szkolnego oraz wczesnych zaburzeń adaptacyjnych nie są w pełni adresowane systemowo.¹⁴¹

Rekomenduje się wprowadzenie edukacji dotyczącej odporności psychicznej, rozpoznawania objawów depresji i dostępu do pomocy psychologicznej w szkołach.¹⁴² Rodzina i środowisko szkolne mają kluczową rolę w kształtowaniu nawyków psychicznych oraz zapobieganiu problemom psychicznym dzieci i młodzieży. Wskazana jest współpraca placówek POZ ze szkołami i rodzicami.

c) Rola mindfulness, relaksacji, higieny cyfrowej

Zauważalnym problemem wśród społeczeństwa jest nadmierne korzystanie z mediów cyfrowych, które pogłębia trudności m.in. ze skupieniem, jakością snu i relacji społecznych. Zaznacza się, że media oparte na algorytmach, promujące negatywne zjawiska społeczne i polityczne, nasilają poczucie niepokoju, zagrożenia i objawy depresji, szczególnie u dzieci i młodzieży, co jest nowym, istotnym wyzwaniem zdrowia publicznego. Relaksacja i praktyki uważności (mindfulness) są w świecie naukowym uznawane za skuteczne narzędzia do przeciwdziałania negatywnym skutkom stresu, napięcia psychicznego, nerwic, są także pomocne w zachowaniu dobrostanu psychicznego, co pośrednio sugerują zalecenia Narodowego Programu Zdrowia 2021-2025 w zakresie promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania depresji

¹³⁸ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹³⁹ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

¹⁴⁰ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

¹⁴¹ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

¹⁴² IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020.

i wzmacniania odporności psychicznej społeczeństwa poprzez działania profilaktyczne.¹⁴³

Do prewencji zaburzeń psychicznych wskazane jest wdrażanie praktyk mindfulness, nauka technik relaksacyjnych i zarządzania czasem ekranowym (higiena cyfrowa). Zaleca się wzmacnianie odporności psychicznej poprzez programy edukacyjne i środowiskowe.¹⁴⁴ Rekomendowany jest rozwój inicjatyw promujących relaksację, mindfulness, umiejętność radzenia sobie z presją oraz świadomego korzystania z technologii cyfrowych (zapobieganie uzależnieniom, edukacja cyfrowa).¹⁴⁵ Dominacja mediów społecznościowych, m.in. Facebook, YouTube, Instagram, Tik Tok jako źródeł wiedzy o zdrowiu pokazuje, że kwestie higieny cyfrowej i umiejętności nadzorowania korzystania z technologii są coraz ważniejsze.¹⁴⁶

NSO podnosi wagę edukacji w zakresie wsparcia psychicznego – promuje świadome rozpoznawanie czynników stresu, rozwijanie kompetencji relaksacyjnych i umiejętności radzenia sobie z lękiem oraz bólem. Higiena cyfrowa jest marginalnie obecna, lecz samorząd powinien uwzględnić ją przy projektowaniu lokalnych działań edukacyjnych i wsparcia psychologicznego, zwłaszcza dla młodzieży.¹⁴⁷ Wskazane jest szerzenie wiedzy o technikach relaksacyjnych, higienie cyfrowej, jako element profilaktyki przeciwdziałającej wykluczeniu, uzależnieniom oraz poprawiających dobrostan psychiczny.¹⁴⁸

System nie oferuje jeszcze szeroko zakrojonej edukacji w zakresie mindfulness i higieny cyfrowej – a te obszary coraz mocniej determinują zdrowie psychiczne, zwłaszcza młodych użytkowników cyfrowych mediów.¹⁴⁹ Promowanie technik relaksacyjnych oraz higieny cyfrowej powinno być komponentem programów zdrowotnych, jako odpowiedź na narastające obciążenie psychiczne i cyfrowe społeczeństwa.¹⁵⁰

Raporty wielokrotnie podkreślają rosnącą wagę edukacji w zakresie higieny cyfrowej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, technik relaksacyjnych oraz mindfulness –

¹⁴³ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

¹⁴⁴ *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹⁴⁵ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹⁴⁶ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

¹⁴⁷ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

¹⁴⁸ *Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027*, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

¹⁴⁹ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

¹⁵⁰ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020.

szczególnie w kontekście pandemii i pracy zdalnej.¹⁵¹ Wydaje się, że w świetle danych ograniczanie ekspozycji na ekrany i promowanie higieny cyfrowej powinno być elementem edukacji zdrowotnej, zwłaszcza dla młodych. Pojawiają się po raz wtóry rekomendacje dotyczące promocji technik relaksacyjnych oraz wsparcia w zakresie higieny cyfrowej, szczególnie w grupie dzieci i młodzieży, choć brakuje zorganizowanych programów wdrożeniowych.¹⁵²

1.1.3 Zdrowie środowiskowe

a) Wpływ zanieczyszczeń powietrza, hałasu, środowiska pracy

Świdnik jako miasto przemysłowe, zмага się okresowo z problemami zanieczyszczeń powietrza oraz hałasu.¹⁵³ Również hałas i czynniki pracy (fizyczne, chemiczne) niosą wysokie ryzyko chorób zawodowych i cywilizacyjnych, zwłaszcza w regionach miejskich.¹⁵⁴

Wskazuje się na takie czynniki ryzyka jak ekspozycja zawodowa na czynniki rakotwórcze (przemysł, palenie). Ograniczanie tych czynników przez działania samorządowe powinno obejmować: promocję czystego powietrza, stref wolnych od dymu oraz dbałość o ergonomię pracy.¹⁵⁵ Potrzebna jest modernizacja infrastruktury komunalnej i transportowej w celu zmniejszania zanieczyszczenia powietrza, ograniczania hałasu i poprawy środowiska pracy oraz kampanie edukacyjne i działania zmierzające do minimalizacji szkodliwych wpływów środowiska na zdrowie mieszkańców.¹⁵⁶ Konieczne są lokalne działania redukujące źródła zanieczyszczeń, kontrole środowiskowe i promocja zdrowego miejsca pracy.¹⁵⁷ Miasto powinno prowadzić monitoring jakości powietrza. Zanieczyszczenie powietrza to poważny problem zdrowotny, wyraźnie wpływający na wskaźnik DALY. Ryzyka środowiskowe i zawodowe mają narastające znaczenie wśród czynników pogorszenia stanu zdrowia. Wysoki poziom hałasu oraz szkodliwe warunki pracy wymagają intensyfikacji działań profilaktycznych i kontrolnych.¹⁵⁸

¹⁵¹ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

¹⁵² *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

¹⁵³ *iw.*

¹⁵⁴ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

¹⁵⁵ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

¹⁵⁶ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹⁵⁷ *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹⁵⁸ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

Rekomendacje obejmują również działania prewencyjne w zakresie zagrożeń środowiskowych w pobliżu dróg o dużym natężeniu ruchu.¹⁵⁹ Mieszkańcy miast dostrzegają znaczenie unikania zanieczyszczonych środowisk, hałasu i niekorzystnych warunków pracy.

Edukacja w zakresie ochrony przed czynnikami środowiskowymi oraz wsparcie ze strony miasta powinny być wzmacniane. Kwestie środowiskowe nie są dostatecznie eksponowane w debacie publicznej i działaniach samorządowych, a ich rola w profilaktyce zdrowotnej wymaga zwiększenia świadomości.¹⁶⁰

b) Profilaktyka chorób zawodowych

Wypadki i choroby związane z pracą, szczególnie upadki u osób starszych i choroby układu oddechowego, wciąż stanowią wysoki odsetek absencji i hospitalizacji.¹⁶¹ Istotna jest rola kontroli warunków pracy, ergonomii, profilaktyki chorób zawodowych oraz działań informacyjnych dla pracodawców i pracowników.¹⁶² Rekomendowane są programy ergonomiczne oraz działania na rzecz bezpieczeństwa pracy, zwłaszcza w branżach wysokiego ryzyka, m.in. rolnictwo, przemysł.¹⁶³

Zalecane jest rozwijanie programów edukacyjnych oraz badań przesiewowych dotyczących chorób zawodowych oraz wdrażanie rozwiązań ergonomicznych w miejscu pracy. Pożądane są także działania związane z promowaniem zdrowia w środowisku pracy i podnoszenie standardów bezpieczeństwa.¹⁶⁴

Korzystne jest rozszerzanie badań okresowych o aspekty onkologiczne dla pracowników oraz edukacja w zakresie czynników ryzyka zawodowego. Potrzebna jest też integracja medycyny pracy z profilaktyką onkologiczną: szkolenia personelu, motywowanie do udziału w badaniach, kampanie edukacyjne itp.¹⁶⁵

System medycyny pracy w Polsce obejmuje niemal 12,5 mln pracowników i ponad 4,5 mln badań profilaktycznych rocznie; postulowane jest silniejsze włączenie medycyny pracy do profilaktyki chorób cywilizacyjnych.¹⁶⁶ Zaleca się współpracę

¹⁵⁹ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020.

¹⁶⁰ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

¹⁶¹ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

¹⁶² *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹⁶³ *Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027*, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

¹⁶⁴ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹⁶⁵ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

¹⁶⁶ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

z pracodawcami oraz ośrodkami medycyny pracy.¹⁶⁷ Konieczne jest również wzmocnienie badań przesiewowych i profilaktyki chorób zawodowych oraz włączanie w analizy nowych czynników ryzyka (cywilizacyjnych, psychicznych).¹⁶⁸

Świadomość profilaktyki w miejscu pracy wśród społeczeństwa jest niska. Mniej niż 8% korzystało z porady fizjoterapeuty, a bardzo mało osób z doradztwa ergonomicznego. Prewencja chorób zawodowych i stresu zawodowego powinna być silniej obecna w programach lokalnych. Obecność programów profilaktycznych w miejscach pracy jest oczekiwana przez badanych, szczególnie dotyczy to ergonomii i zdrowych warunków pracy.

Konieczna jest systematyczna współpraca samorządu i pracodawców w zakresie edukacji i monitoringu zdrowia pracowników. Raporty wskazują na potrzebę edukacji w zakresie BHP, ergonomii i zapobiegania dolegliwościom układu ruchu.¹⁶⁹

c) Dostęp do czystej wody i zdrowej żywności

Powszechny dostęp do wody pitnej jest dobry, ale rosną problemy związane z jakością żywności, jej cenami i dostępnością zdrowych produktów.¹⁷⁰ Konieczne jest zapewnienie wysokiej jakości wody pitnej jako priorytet usług komunalnych oraz wzmacnianie lokalnych systemów kontroli jakości żywności, zwłaszcza w szkołach, przedszkolach i placówkach opiekuńczych.¹⁷¹ Polityka zdrowotna powinna uwzględniać inwestycje w jakość wody pitnej, systemy zaopatrzenia oraz monitorowanie bezpieczeństwa żywności.¹⁷²

Programy dietoprofilaktyki i żywienia publicznego powinny zwiększyć dostęp do zdrowej żywności. Edukacja o roli wody i minimalizowanie ryzyka narażenia na kontaminanty¹⁷³ środowiskowe w diecie stanowi rozsądny kierunek lokalnej polityki zdrowotnej.¹⁷⁴

¹⁶⁷ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020.

¹⁶⁸ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

¹⁶⁹ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

¹⁷⁰ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

¹⁷¹ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹⁷² *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹⁷³ Kontaminacja to łączenie w jedną całość różnych elementów; kontaminacja to też sam efekt tego połączenia.

¹⁷⁴ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

Systemowe działania na rzecz dostępu do zdrowej żywności i wody są niezbędne, szczególnie w kontekście nierówności społecznych i środowiskowych.¹⁷⁵ Należy dążyć do zwiększenia dostępności czystej wody i promować zdrową żywność, szczególnie dla rodzin o niższych dochodach.¹⁷⁶ Mimo że większość respondentów deklaruje wystarczający dostęp do żywności, problem niedożywienia i jakości diety dotyczy wybranych grup i środowisk, co trzeba monitorować i aktywnie wspierać.¹⁷⁷

Inwestycje i działania zapewniające bezpieczeństwo żywności i wody są i kluczowym czynnikiem zdrowia publicznego i podstawą skutecznej profilaktyki. Zapewnienie dostępu do czystej wody miejskiej i promowanie sklepów ze zdrową żywnością to ważny obszar rekomendacji, jednak dane o praktycznej ich dostępności na terenie Gminy Miejskiej Świdnik są ograniczone.¹⁷⁸

1.1.4 Zdrowie publiczne i polityka zdrowotna

a) Programy profilaktyczne na poziomie populacyjnym

Skuteczność profilaktyki opiera się na szeroko zakrojonych programach przesiewowych i edukacyjnych, z naciskiem na zwiększenie zgłaszalności na badania. Fundamentalna jest koordynacja działań podmiotów lokalnych i sektorowych.¹⁷⁹ W Polsce prowadzone są rozbudowane kampanie szczepień, np. COVID-19, grypa, WZW B, HPV oraz programy profilaktyczno-edukacyjne m.in.: „Trzymaj Formę!”¹⁸⁰, „Czyste powietrze wokół nas”¹⁸¹. W obszarze tym kluczowe są wielosektorowe działania łączące edukację, zdrowie i opiekę społeczną.¹⁸² Zasięg programów przesiewowych i profilaktycznych, np. mammografia, cytologia, badania przesiewowe raka jelita grubego, pozostaje niski, gdyż objęte jest nimi od 5 do 35% populacji, co przekłada się na wysoką śmiertelność z powodu nowotworów. Prawie co trzeci badany nigdy nie słyszał o rządowych programach profilaktycznych. Tym samym istnieje potrzeba poprawy skuteczności promocji i informacji na poziomie

¹⁷⁵ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

¹⁷⁶ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020.

¹⁷⁷ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

¹⁷⁸ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

¹⁷⁹ *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹⁸⁰ Ogólnopolska inicjatywa promująca zdrowy styl życia, która skupia się na edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, realizowana przez GIS i Polską Federację Producentów Żywności.

¹⁸¹ „Czyste powietrze wokół nas” to program profilaktyki antynikotynowej dla przedszkolaków, mający na celu ochronę dzieci przed szkodliwym wpływem dymu tytoniowego poprzez naukę rozpoznawania źródeł dymu i zwiększanie świadomości na temat jego szkodliwości.

¹⁸² B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

samorządowym. Profilaktyka szczepień i badań okresowych jest realizowana głównie przez najbardziej świadome grupy zawodowe.¹⁸³ Potrzebna jest lepsza koordynacja działań i edukacji zdrowotnej, by zachęcić do regularnego korzystania z badań.¹⁸⁴

NSO organizuje krajowe programy badań przesiewowych, m.in. rak piersi, szyjki macicy, jelita grubego, płuca, HPV, sukcesywnie rozszerzając grupy docelowe i wprowadzając motywacyjne wskaźniki dla POZ. Dla samorządów kluczowe jest zwiększanie realnej zgłaszalności na badania przez zaproszenia, komunikację elektroniczną, wsparcie logistyczne i monitoring wskaźników lokalnych.¹⁸⁵

Kluczowa jest intensyfikacja działań populacyjnych np.: badania przesiewowe wykrywające nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzycę itp., masowe szczepienia, np. przeciw gruźlicy, boreliozie itp. Miasto powinno systemowo wdrażać zintegrowane programy zdrowia, skierowane zarówno do dzieci, jak i seniorów, m.in. w szkołach, klubach czy POZ.¹⁸⁶

Zalecana jest inwestycja w programy szczepień, popularyzację zdrowych nawyków, organizację powszechnych akcji profilaktycznych i edukacji zdrowotnej. Potrzebny jest również stały monitoring efektów programów profilaktycznych – mierzenie wpływu na obniżenie zachorowalności i poprawę jakości życia.¹⁸⁷

Rekomenduje się zintegrowanie lokalnych działań z krajowymi programami i szeroką współpracę wszystkich interesariuszy na szczeblu miasta i powiatu. Ważne jest również systematyczne monitorowanie efektywności programów oraz adaptacja dobrych praktyk.¹⁸⁸ Potrzebne jest skoordynowanie i rozszerzanie populacyjnych programów zdrowotnych (szczepienia, badania przesiewowe) oraz zapewnienie równomiernego geograficznie dostępu do w/w działań.¹⁸⁹ Efektywność ich wzrasta, gdy są one zindywidualizowane i dobrze zakomunikowane. Szczepienia ochronne oraz badania profilaktyczne wymagają aktywnej promocji i ułatwień w dostępie.

b) Rola systemu ochrony zdrowia i edukacji zdrowotnej

¹⁸³ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

¹⁸⁴ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

¹⁸⁵ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

¹⁸⁶ *Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027*, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

¹⁸⁷ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, Warszawa, 11.01.2013.

¹⁸⁸ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020.

¹⁸⁹ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

W Polsce widoczne są problemy z dostępem do świadczeń NFZ, długie kolejki, bariery finansowe i organizacyjne. Blisko 24% osób rezygnuje z opieki psychicznej a 18% ze stomatologicznej z powodu kosztów i braku terminów.¹⁹⁰ Edukacja zdrowotna w połączeniu z odpowiednio wysokim poziomem jakości informacji, są kluczowe dla skuteczności profilaktyki. Ponad 22% dorosłych nie miało żadnej konsultacji lekarskiej w ciągu ostatniego roku; wskazuje to na bariery systemowe oraz ograniczoną motywację do korzystania z opieki zdrowotnej. Główne źródła wiedzy o zdrowiu to serwisy internetowe i media społecznościowe, a nie oficjalne instytucje publiczne. Istnieje potrzeba zmodernizowania kanałów komunikacji samorządowej i zdrowotnej.¹⁹¹

Konieczne jest wzmacnianie roli POZ, integracja medycyny pracy, programów szkolnych, komunikacji cyfrowej (IKP, moje IKP, portale NFZ). Edukacja powinna być realizowana systemowo przez kampanie masowe oraz lokalne działania partnerskie. Wprowadzenie Centrów Zdrowia Publicznego ma umożliwić efektywną koordynację lokalnych projektów edukacyjnych i profilaktycznych.

Potrzebny jest rozwój zintegrowanego systemu edukacji zdrowotnej dla różnych grup wiekowych. Ważne jest wdrożenie działań mających na celu wzmacnianie roli POZ, upowszechnianie teleporad, inwestycje w edukację zdrowotną i kompetencje cyfrowe pracowników systemu.¹⁹²

Zaniedbanie profilaktyki skutkuje przeciążeniem systemu leczniczego, dlatego istotne jest wzmacnianie roli POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, telemedycyny oraz edukacja prozdrowotna od najmłodszych lat.¹⁹³

System opieki zdrowotnej cechują niedostateczne nakłady finansowe, fragmentaryzacja oraz nadwyżka leczenia szpitalnego nad ambulatoryjnym. Potrzebne są zintegrowane działania publiczne od edukacji do wsparcia profilaktyki na wszystkich poziomach życia mieszkańców.¹⁹⁴ System ochrony zdrowia powinien zapewnić edukację zdrowotną na każdym poziomie opieki, angażując zarówno lekarzy POZ, jak i lokalnych liderów opinii.¹⁹⁵

¹⁹⁰ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

¹⁹¹ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

¹⁹² *Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026*, Warszawa 2021.

¹⁹³ *Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027*, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

¹⁹⁴ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

¹⁹⁵ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020.

Wskazuje się na niedostateczną motywację finansową do działań profilaktycznych i rekomenduje się jej wzmocnienie poprzez np. bonus za zdrowego pacjenta.¹⁹⁶

Personel medyczny odgrywa kluczową rolę w edukacji, lecz na pewno sam potrzebuje wsparcia szkoleniowego oraz narzędzi do skutecznej komunikacji z pacjentami.

Dobrym pomysłem może być utworzenie stanowiska edukatora zdrowotnego w POZ, gdyż system lokalnych placówek (przychodni, poradni, szpitala) jest rozwinięty.

Jednakże dostęp do niektórych specjalistów – zwłaszcza psychiatry dziecięcej oraz dietetyków – jest utrudniony. Nie ma w pełni funkcjonalnego systemu wczesnego wykrywania zagrożeń zdrowotnych, intensyfikowana powinna być edukacja zdrowotna w szkołach.¹⁹⁷

c) Nierówności zdrowotne i czynniki społeczno-ekonomiczne

Wskaźniki jakości zdrowia i długości życia są silnie zróżnicowane regionalnie oraz według poziomu wykształcenia i zamożności. Istotne jest wsparcie grup zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym i społecznym.¹⁹⁸

Najwyższe ryzyko chorób a jednocześnie ograniczony dostęp do opieki mają osoby o niższym wykształceniu, dzieci w rodzinach mniej zamożnych i seniorzy. Niezbędna jest lokalna koordynacja działań zmniejszających nierówności zdrowotne i poprawiających dostęp do leczenia, profilaktyki i edukacji. Osoby starsze, samotne i niepełnosprawne są szczególnie podatne na wykluczenie zdrowotne i ograniczony dostęp do profilaktyki.¹⁹⁹

Istnieje potrzeba eliminowania barier w dostępie do usług zdrowotnych, zwłaszcza dla grup zagrożonych wykluczeniem (ubodzy, niepełnosprawni, imigranci) oraz systemowe wsparcie dla rodzin wielodzietnych i osób w trudnej sytuacji socjoekonomicznej. W raportach wskazuje się na znaczne nierówności zdrowotne, szczególnie właśnie wśród osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Rekomendowane przykładowe działania wyrównujące szanse to np. dotarcie do grup marginalizowanych, wsparcie środowiskowe i finansowe, cyfryzacja usług. NSO też dostrzega znaczenie nierówności w dostępie do profilaktyki, leczenia i edukacji. W dotarciu do grup wykluczonych kluczową rolę ma do spełnienia samorząd lokalny poprzez zapewnienie m.in. transportu, wsparcia socjalnego, diagnozowania ogólnej sytuacji poprzez badania własne lub zlecone itp. Komisja

¹⁹⁶ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

¹⁹⁷ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

¹⁹⁸ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

¹⁹⁹ *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

Europejska wskazuje z kolei integrację krajowych i lokalnych polityk zdrowia jako warunek zmniejszenia nierówności.²⁰⁰

Ograniczeniami są m.in. dostęp do placówek, różnice w wykształceniu, poziomie świadomości zdrowotnej i dochodzie. Priorytetem powinno być dążenie do wyrównywania różnic i zapewnienie równego dostępu do usług.²⁰¹ Struktura społeczna zawsze wymaga szczególnych wysiłków na rzecz wyrównywania szans zdrowotnych osób mniej wykształconych i o niższych dochodach, poprzez personalizację działań profilaktycznych.²⁰²

Wciąż utrzymuje się wysoka rozpiętość w samoocenie zdrowia i dostępności usług w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia – wymaga to interwencji samorządów na poziomie lokalnym.²⁰³

Duże nierówności w dostępie do świadczeń, wpływ poziomu wykształcenia, statusu ekonomicznego i miejsca zamieszkania ma wpływ na przebieg chorób i umieralność.²⁰⁴ Bariery finansowe, ograniczenia czasowe, niskie kompetencje zdrowotne wzmacniają nierówności w dostępie do profilaktyki i usług zdrowotnych. Lokalna polityka zdrowotna powinna koncentrować się na wyrównywaniu szans i dostosowywaniu rozwiązań do potrzeb różnych grup.

2. Część metodologiczna

2.1 Założenia główne

Planowane badania społeczne w zakresie profilaktyki zdrowotnej mieszkańców Świdnika muszą opierać się na podejściu, które łączy rzetelną diagnozę potrzeb zdrowotnych z aktywnym włączaniem mieszkańców w proces współtworzenia lokalnych polityk prozdrowotnych. Koncepcja doboru najbardziej adekwatnych rozwiązań badawczych została opracowana w oparciu o najlepsze praktyki rozwijane w polskich gminach miejskich – zwłaszcza tych o wielkości 20-100 tys. mieszkańców – które wykorzystują nowoczesne narzędzia badań społecznych jako punkt wyjścia do tworzenia skutecznych, długofalowych programów profilaktycznych.

Przed wskazywaniem konkretnych rozwiązań metodycznych, zakresu podmiotowego i przedmiotowego badań, należy wyróżnić kilka najważniejszych założeń podejścia

²⁰⁰ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

²⁰¹ *Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027*, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.

²⁰² IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020.

²⁰³ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

²⁰⁴ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

badawczego, które są standardem w profesjonalnym planowaniu działań w diagnozach społecznych.

Po pierwsze, przyszłe działania na rzecz mieszkańców gminy, muszą mieć podstawę **w rzetelnej i wieloźródłowej diagnozie potrzeb zdrowotnych**. Projektowane badania społeczne powinny przedstawiać dobry obraz potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców, ujawniając nie tylko faktyczne zachowania i postawy prozdrowotne, lecz także bariery w dostępie do działań profilaktycznych, motywacje, preferencje oraz czynniki społeczne i środowiskowe wpływające na postawy i ostatecznie na zdrowie. Diagnoza musi mieć podstawę w danych ilościowych, jakościowych oraz analizie dostępnych danych zastanych, w tym lokalnych, które w szerokim wydaniu udostępnia niniejszy raport.

Po drugie, istotna jest **segmentacja populacji gminy**. Zgodnie z wnioskami z projektów realizowanych w gminach podobnej wielkości, skuteczna profilaktyka wymaga rozróżnienia grup mieszkańców według ich potrzeb, stylu życia, kondycji zdrowotnej oraz barier. Badania muszą zatem uwzględniać różnorodność populacji np. młodzież, młodych dorosłych, rodziny, osoby aktywne zawodowo, seniorów i osoby z chorobami przewlekłymi. Segmentacja pozwoli dostosować przyszłe działania profilaktyczne do realnych potrzeb poszczególnych grup.

Po trzecie, należy identyfikować **bariery utrudniające korzystanie z działań profilaktycznych**. Gminne doświadczenia z całej Polski wskazują, że największym wyzwaniem w profilaktyce nie jest brak wiedzy, lecz bariery organizacyjne, mentalne, ekonomiczne lub komunikacyjne. Badania lokalnej społeczności muszą więc koncentrować się na takich elementach jak: trudności w dostępie do usług zdrowotnych, dostępność informacji o oferowanych działaniach profilaktycznych, poziom motywacji, obawy, stereotypy i wstyd, brak zaufania do instytucji, bariery czasu i transportu.

W dalszej kolejności należy zadbać o **uczestniczący charakter badań**. Jednym z filarów nowoczesnych badań społecznych w małych i średnich miastach jest tworzenie przestrzeni, w której mieszkańcy nie tylko odpowiadają na pytania, ale wpływają na kształt przyszłych działań. Modelowy proces badawczy zakłada więc aktywne metody: warsztaty, konsultacje, elementy współprojektowania działań profilaktycznych, wspólne mapowanie problemów zdrowotnych.

Ważne jest również **wykorzystanie prostych mechanizmów angażujących mieszkańców**. Doświadczenia innych projektów pokazują, że nawet drobne działania towarzyszące badaniom (np. materiały edukacyjne, proste gadżety zdrowotne, vouchery na działania rekreacyjne) zwiększają uczestnictwo i budują pozytywne nastawienie do programów profilaktycznych. Badania w Świdniku, o ile będą korzystały z takich narzędzi, wzmocnią zaangażowanie obywatelskie i zdrowy styl życia.

Trzeba podkreślić **integrację badań z lokalnymi zasobami społecznymi**. Koncepcja zakłada współpracę z instytucjami lokalnymi, takimi jak np. szkoły, kluby sportowe, rady osiedli, organizacje trzeciego sektora, pracodawcy, parafie. Dzięki temu możliwe będzie dotarcie do grup trudniej dostępnych oraz uzyskanie pełniejszego obrazu lokalnego środowiska zdrowotnego.

Propozycja pozostawia **otwarty zakres przedmiotowy badań**. Choć koncepcja definiuje założenia metodyczne badań i ich strukturę, to zakres tematyczny może być rozszerzany w przyszłych zamówieniach publicznych o kolejne obszary, jeśli pojawiają się nowe wyzwania zdrowotne, społeczne lub środowiskowe. Takie podejście zapewnia elastyczność i umożliwia gminie reagowanie na zmieniające się warunki. Metodyka badań obejmująca badania ilościowe, jakościowe, warsztaty i elementy angażujące jest zdefiniowana w niniejszej koncepcji w sposób kompletny i spójny. Dzięki temu przyszłe rozszerzenia zakresu tematycznego zasadniczo nie będą wpływały na ramy metodyczne, co gwarantuje porównywalność wyników i wysoką jakość danych.

Celem ogólnym przyszłych badań społecznych musi być stworzenie kompleksowej i praktycznej podstawy do planowania wieloletnich działań profilaktyki zdrowotnej w Świdniku.,

Należy to osiągnąć poprzez:

- rzetelne rozpoznanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców; badania mają dostarczyć szczegółowej wiedzy na temat problemów zdrowotnych, stylu życia, zachowań prozdrowotnych, poziomu świadomości zdrowotnej i barier utrudniających korzystanie z profilaktyki;
- ustalenie priorytetów zdrowotnych dla kluczowych grup mieszkańców; wyniki badań mają określić, które grupy wymagają największego wsparcia, jakie działania są najbardziej potrzebne oraz w jaki sposób gmina powinna je realizować;
- włączenie mieszkańców w proces planowania działań profilaktycznych; celem badań będzie nie tylko zebranie danych, ale także stworzenie mechanizmów, w których mieszkańcy współuczestniczą w diagnozie i współtworzą pomysły na przyszłe programy zdrowotne, takie podejście zwiększa skuteczność i akceptację działań profilaktycznych;
- zapewnienie podstaw do zaplanowania programu profilaktyki zdrowotnej na okres 3–5 lat; badania mają doprowadzić do opracowania zaleceń, rozwiązań i kierunków niezbędnych do zbudowania spójnego programu zdrowotnego opartego na dowodach i lokalnej wiedzy;
- wzmocnienie lokalnej polityki zdrowotnej poprzez podejście oparte na danych; chodzi o uporządkowanie i usystematyzowanie planowania działań profilaktycznych w oparciu o dane, zamiast intuicyjnych decyzji lub działań powtarzanych bez analizy skuteczności;

- zbudowanie trwałych podstaw do monitorowania efektów działań; badania mają umożliwić ustalenie możliwych wskaźników wyjściowych i mechanizmów monitoringu, dzięki którym gmina będzie mogła oceniać efektywność programów zdrowotnych w kolejnych latach.

2.2 Pierwszy punkt odniesienia – projekty gmin Mirosławiec i Reszel – badania ankietowe

Badania wśród mieszkańców gmin Mirosławiec²⁰⁵ i Reszel²⁰⁶ potwierdzają **skuteczność prostych ankiet oraz działań komunikacyjnych**. Pokazują także **wartość angażowania mieszkańców w zgłaszanie barier i pomysłów**.

W Mirosławcu w województwie zachodniopomorskim projekt polegał na opracowaniu Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz działań profilaktycznych, poprzedzonym badaniami społecznymi (ankiety skierowane do mieszkańców) i konsultacjami. Zadanie zlecił urząd gminy Mirosławiec i współpracował w jego ramach z lokalnymi instytucjami.

Stosowano kwestionariusze w trybie CAWI i PAPI, docierając zarówno do użytkowników internetu, jak i osób nieaktywnych cyfrowo (formy papierowe, dystrybucja w punktach użyteczności publicznej). Raporty lokalne wskazują na próbę dostosowaną do struktury mieszkańców gminy (wiek, płeć, osiedla).

Z kolei w Reszlu przeprowadzono konsultacje społeczne dotyczące projektu Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i przeciwdziałania uzależnieniom. Zbierano opinie mieszkańców online i na spotkaniach konsultacyjnych. Działanie organizował urząd gminy Reszel, z wykorzystaniem mechanizmów konsultacji publicznych.

Zastosowano kombinację formularzy online oraz protokołowanych spotkań otwartych co umożliwiło dotarcie do grup zaangażowanych i do osób o ograniczonym dostępie cyfrowym.

Wnioski metodyczne z pierwszego punktu odniesienia, do adaptacji w Świdniku:

Rekomendujemy hybrydową strategię zbierania danych (CAWI + PAPI + telefon) - by zapewnić maksymalną reprezentatywność i dotrzeć do osób starszych oraz bez dostępu do internetu. Cenne jest użycie konsultacji otwartych jako uzupełnienia ankiet - spotkania, które są miejscem weryfikacji hipotez badawczych i szybkiego priorytetyzowania potrzeb. Dzięki jasnej dokumentacji

²⁰⁵ Mirosławiec – miasto w północno-zachodniej Polsce, w województwie zachodniopomorskim, w powiecie waleckim, siedziba gminy miejsko-wiejskiej Mirosławiec.

²⁰⁶ Reszel – miasto w woj. warmińsko-mazurskim, w powiecie kętrzyńskim, siedziba gminy miejsko-wiejskiej Reszel.

procesu konsultacyjnego (protokół, lista uczestników, zgłoszone postulaty) osiągnięty został we wskazanych gminach przejrzysty sposób budowania legitymacji społecznej dla rekomendacji.

Ponadto zalecane byłoby stosowanie profesjonalnie organizowanych i prowadzonych przez przygotowanego moderatora, według scenariusza, indywidualnych wywiadów pogłębionych oraz wywiadów grupowych. Połączenie metod ilościowych i wspomnianych jakościowych pozwoli nie tylko na powierzchowne uchwycenie dominujących opinii, ale również wnikliwe poznanie motywacji, postaw i innych okoliczności dotyczących przedmiotu badań.

Niewątpliwie hybrydowe podejście zwiększa wiarygodność diagnozy lokalnej i eliminuje systematyczne zniekształcenia spowodowane wyłącznie badaniem internetowym. Konsultacje i badania jakościowe sprawdzają trafność interpretacji danych ilościowych i poprawiają akceptację rekomendacji.

2.3 Drugi punkt odniesienia – programy miejskie z zakresu aktywności fizycznej w gminach Gogolin i Kobylnica

Gmina Gogolin w województwie opolskim przygotowała kompleksowy program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów w gminie, zakończony raportem końcowym (dokumentacja wdrożeniowa i ewaluacyjna). Prace organizował urząd gminy Gogolin wraz z lokalnymi podmiotami ochrony zdrowia (szczegóły znajdują się w raporcie końcowym). Program łączył analizę danych epidemiologicznych (dostępnych statystyk), badania ankietowe wśród mieszkańców oraz działania informacyjne i pilotażowe; w raporcie podano przebieg poszczególnych etapów i ewaluację efektów.

Wnioski metodyczne do adaptacji w Świdniku:

Z Gogolina warto przenieść następujące rozwiązania:

- Łączenie danych zastanych z badaniami społecznymi: przed uruchomieniem badań ankietowych poddano analizie lokalne rejestry/raporty medyczne i statystyki, co pozwoliło na precyzyjne formułowanie pytań.
- Raport końcowy z elementami ewaluacji procesu i wyników: nie tylko opis wykonanych badań, ale także rekomendacje budżetowe/organizacyjne dla gminy. To pozwala planować dalsze kroki i aplikować o finansowanie zewnętrzne.
- Zastosowanie pilotaży w małej skali i ich ewaluacja przed badaniem właściwym: w przypadku tematów wrażliwych (np. nowotwory) wykonano pilotaż komunikacyjny i sprawdzono dotarcie i zrozumienie przekazu.

Uzasadnienie: integracja danych administracyjnych i epidemiologicznych z opinią mieszkańców daje najbardziej wiarygodną podstawę do definiowania priorytetów i wybierania interwencji o największym potencjale efektu.

W gminie Kobylnica w województwie pomorskim zrealizowano program przeciwdziałania i wczesnego wykrywania otyłości. Przygotowano dokument „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania otyłości”. Program był skoncentrowany na działaniach profilaktycznych w środowisku szkolnym i rodzinnym. Raport zawierał opis przebiegu programu i rekomendacje. Gmina współpracowała ze szkołami podstawowymi i lokalnymi instytucjami. Wykorzystano dane szkolne (wagi/wzrosty) oraz ankiety wśród rodziców i uczniów, a także programy edukacyjne testowane w kilku placówkach (pilotaż). Dokumentacja zawiera rekomendacje, jak organizować badania przesiewowe w szkolnym środowisku.

Wnioski metodyczne do adaptacji w Świdniku:

Z projektu Kobylnicy warto uwzględnić wykorzystanie istniejących kanałów (szkoły) do zbierania rzetelnych danych i komunikacji: szkoły to doskonały kanał do pozyskania informacji o populacji dzieci i do testowania programów edukacyjnych. Stanowią również wiarygodne źródło danych i są naturalnym partnerem w działaniach profilaktycznych skierowanych do rodzin; pilotażowanie działań i ich ewaluacja pozwalają uniknąć kosztownych błędów przy skalowaniu.

Warto ponadto rozważyć przeprowadzanie ankiet rodzinnych: pozwala to na lepsze zrozumienie uwarunkowań środowiskowych (nawyki żywieniowe, aktywność) i planowanie rodzinnych interwencji. W Świdniku można zaprojektować badanie społeczno-rodzinne bez konieczności prowadzenia medycznych pomiarów przez wykonawcę badań — pomiary mogą być organizowane przez placówki zdrowotne dopiero w kolejnym etapie wdrożeniowym.

Ciekawym rozwiązaniem w przypadku długiego okresu realizacji badań społecznych jest pilotowanie, ocenianie efektów krótko- i średnioterminowych. Zanim jakiś program zostanie rozszerzony, można sprawdzić, które materiały i formy przekazu przynoszą rzeczywisty efekt zmiany zachowań.

2.4 Trzeci punkt odniesienia – Indeks Zdrowych Miast – ogólnopolski projekt badań miejskich

„Indeks Zdrowych Miast” to ogólnopolski, cykliczny projekt analityczno-badawczy, w ramach którego ocenia się miasta pod kątem uwarunkowań zdrowotnych mieszkańców, wykorzystuje się dane statystyczne i ankietowe, powstają rankingi, diagnozy i rekomendacje dla samorządów, projekt obejmuje zarówno duże miasta takie jak Warszawa, Opole, Chorzów, jak i większe i średnie miasta wojewódzkie, które inspirują mniejsze ośrodki. Elementem projektu jest komponent ankietowy wśród mieszkańców miast, którego wyniki mają wspierać tworzenie lokalnych polityk zdrowotnych. W 2025 r. projekt przewiduje także działania konsultacyjne skierowane do mieszkańców mniejszych miast. W projekt zaangażowane są instytucje badawcze i partnerzy społeczni oraz samorządy miejskie, które korzystają z wyników projektu, opracowują własne diagnozy na podstawie udostępnionych danych i uzupełniają je

lokalnymi badaniami. W dokumentach wskazano, że np. Warszawa, Chorzów i Opole wykorzystują wyniki Indeksu w tworzeniu priorytetów zdrowotnych.

Projekt łączy źródła danych: rozbudowane dane statystyczne (GUS, dane epidemiologiczne, rejestry miejskie, dane o środowisku, aktywności fizycznej itp.), badania ankietowe mieszkańców (kwestionariusze dotyczące stanu zdrowia, stylu życia, korzystania z opieki zdrowotnej, postrzegania jakości życia w mieście). W niektórych miastach na bazie wyników stosowane są konsultacje społeczne.

Wnioski metodyczne do adaptacji w Świdniku:

Analiza wieloźródłowa jako podstawa badań lokalnych. Indeks stosuje triangulację danych: ankietowych, statystycznych i środowiskowych. W Świdniku oznacza to obowiązkowe połączenie danych zastanych (NFZ, lokalne rejestry, dane środowiskowe) z badaniami społecznymi. Dzięki temu można weryfikować hipotezy i pogłębiać tematy. W badaniach pogłębiających należy uwzględnić zarówno uczestników uprzednich badań ilościowych, jak i nowych respondentów np. personel medyczny, kadra zarządzająca ośrodkami zdrowia, eksperci np. pracownicy pomocy społecznej.

Kluczowa rola badań ankietowych na dużej próbie miejskiej. Projekt Indeksu wykorzystuje ankiety mieszkańców do doprecyzowania polityki zdrowotnej. W Świdniku warto zaplanować ustandaryzowane badanie ankietowe, które powieli kluczowe moduły Indeksu (styl życia, zdrowie psychiczne, dostępność usług, profilaktyka), dostosowując je do specyfiki niewielkiego miasta, ale w obszarze metropolitalnym.

Włączenie elementów diagnoz porównawczych (benchmarking). Miasta wykorzystują Indeks do porównania się z innymi jednostkami. W Świdniku można zastosować podobne podejście, tj. ocenić lokalne wyniki na tle miast z tej samej kategorii (20–100 tys. mieszkańców), wykorzystać dostępne dane porównawcze z Indeksu lub ogólnopolskich badań. To pomoże ustalić, czy problem jest lokalny, regionalny czy ogólnopolski i jakie działania priorytetyzować.

Konsultacje społeczne powinny być etapem potwierdzającym diagnozę. W praktyce Poznania i Sopotu — miast będących liderami Indeksu — wyniki badań ankietowych są uzupełniane konsultacjami tematycznymi. W Świdniku można zastosować spotkania ekspercko-społeczne, krótkie rozmowy fokusowe, konsultacje online. Konsultacje posłużą potwierdzeniu i doprecyzowaniu kierunków polityki zdrowotnej. Na tym etapie wykonawca badań nie musi prowadzić działań medycznych — jedynie moderować proces.

W dokumentach opisujących praktyki dużych miast wskazano, że programy zdrowotne są regularnie modyfikowane na podstawie cyklicznych badań ankietowych, analiz danych statystycznych, konsultacji społecznych. W Świdniku warto przewidzieć

możliwość powtarzania badań co 2–3 lata, tak jak w Indeksie. Pozwoli to mierzyć efekty polityki zdrowotnej, a nie tylko opisywać problemy.

III. Kluczowe elementy koncepcji badawczej i rekomendacje kierunków działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej

1. Wskazówki doboru najbardziej adekwatnych do celu badania rozwiązań metodologicznych, wyznaczenia podstawy do wypracowania spójnej koncepcji badawczej oraz merytorycznego wprowadzenia dla realizatora przyszłych badań pogłębionych.

Jak wspomniano w części metodologicznej zakres przedmiotowy zlecanych w przyszłości przez Gminę Miejską Świdnik badań musi pozostać otwarty. Mając na uwadze aktualne (2025 r.) czynniki wpływu na sytuację zdrowotną mieszkańców oraz stan gminnej profilaktyki zdrowotnej można wyróżnić potencjalne obszary i tematy użytecznych badań społecznych. Stanowią one w istocie możliwe przedmioty zlecanych badań (zamówień).

Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców

- Potrzeby zdrowotne i okołodrowotne w zakresie chorób przewlekłych (cukrzyca, nadciśnienie, otyłość, depresja).
- Analiza rzeczywistego praktykowania i potrzeb badań profilaktycznych (mammografia, cytologia, badania krwi, kontrola wzroku, słuchu).
- Samoocena zdrowia i codzienne praktyki zdrowotne.
- Percepcja zagrożeń zdrowotnych (co mieszkańcy uważają za realne, a co ignorują).

Zachowania i nawyki zdrowotne

- Rozumienie zachowań zdrowotnych, wiedza nt. zdrowego stylu życia.
- Zdrowy styl życia - zachowania związane ze zdrowiem (indeks zachowań zdrowotnych), rodzaje aktywności, działania profilaktyczne – istotne dla społeczeństwa i podejmowane.
- Aktywność fizyczna: częstotliwość, bariery, preferowane formy ruchu.
- Żywność: nawyki żywieniowe, wiedza, motywacje, przeszkody w zdrowym odżywianiu.

- Sen i odpoczynek.
- Profilaktyka stomatologiczna.
- Zachowania ryzykowne: alkohol, papierosy, e-papierosy, leki bez recepty, nowe używki.
- Higiena cyfrowa i zdrowie psychiczne (nadmiar ekranów, stres informacyjny).
- Rola personelu medycznego w kształtowaniu zachowań zdrowotnych – ocena źródeł informacji.

Bariery korzystania z profilaktyki i usług zdrowotnych

- Bariery organizacyjne (kolejki, dojazd, godziny pracy przychodni).
- Bariery mentalne (wstyd, lęk przed wynikami itp.).
- Bariery ekonomiczne (koszty, brak sprzętu sportowego, transport).
- Bariery informacyjne (nie wiem gdzie, nie wiem kiedy, nie mam przypomnienia).
- Brak zaufania do instytucji.
- Różne bariery dla różnych segmentów.
- Stymulatory zachowań prozdrowotnych.

Oczekiwania mieszkańców wobec gminy i instytucji zdrowotnych

- Jakiej profilaktyki mieszkańcy faktycznie oczekują?
- Jak chcą, aby gmina wspierała ich zdrowie?
- Jak oceniają obecną ofertę miasta (np. siłownie plenerowe, programy szczepień, akcje edukacyjne)?
- Co uznają za zupełnie zbędne?
- Co zmotywowałoby ich do udziału? (np. małe grupy, mobilne punkty badań, kampanie w pracy, konkursy rodzinne).
- Oczekiwania wobec poszczególnych instytucji.

Segmentacyjne profile zdrowotne mieszkańców

Różne potrzeby różnych grup. Możliwe segmenty:

- Młodzież (stres, odżywianie, używki, zdrowie psychiczne).
- Studenci i młodzi dorośli.
- Rodzice małych dzieci.
- Mężczyźni 30–50 (zwykle niski udział w profilaktyce).
- Osoby 50+.

- Seniorzy 70+.
- Osoby z chorobami przewlekłymi.
- Osoby o niskiej aktywności zawodowej lub bezrobotne.

Badania dotyczące lokalnego środowiska i warunków sprzyjających zdrowiu

- Dostępność infrastruktury zdrowia: przychodnie, fizjoterapia, stomatolodzy, opieka długoterminowa.
- Dostęp do zdrowej żywności (miejskie targowiska, sklepy, szkoły).
- Jakość powietrza i świadomość zanieczyszczeń.
- Bezpieczeństwo rowerzystów i pieszych.
- Dostępność infrastruktury sportowej.

Ocena skuteczności dotychczasowych programów gminy

- Jakie programy były najbardziej rozpoznawalne?
- Czy działania gminy wpłynęły na zachowania mieszkańców?
- Czy mieszkańcy kojarzą kampanie edukacyjne?
- Co powinniśmy kontynuować, co zmodyfikować, a co zakończyć?

Badania potrzeb w obszarze zdrowia psychicznego

- Doświadczenie stresu, wypalenia, lęku, depresji.
- Dostępność pomocy psychologicznej i bariery korzystania.
- Potrzeby młodzieży — np. przemoc rówieśnicza, presja szkoły.
- Potrzeby seniorów — np. samotność, izolacja społeczna.

Skuteczna komunikacja zdrowotna

- Gdzie mieszkańcy czerpią wiedzę o zdrowiu?
- Jakimi kanałami najlepiej docierać (np. serwisy społecznościowe, SMS, szkoły, zakłady pracy, prasa lokalna, kościół, biblioteki)?
- Jakie komunikaty są najbardziej motywujące?
- Testy komunikatów — co działa lepiej: „sprawdź”, „zadbaj”, „nie przegap”, „zachowaj zdrowie dla rodziny”.

Koncepcje „zdrowej gminy” — badania innowacyjne i przyszłościowe

- Gotowość mieszkańców do korzystania z teleporad i e-zdrowia.
- Chęć uczestnictwa w mobilnych punktach badań (np. bus diagnostyczny).
- Oczekiwania dotyczące przestrzeni publicznych sprzyjających zdrowiu.
- Badania oparte o mapowanie danych: gdzie w mieście są „hotspoty” niskiej aktywności lub wysokiej zachorowalności.

Odporność zdrowotna mieszkańców

- Odporność psychiczna i umiejętność powrotu do zdrowia po kryzysach.
- Jak mieszkańcy reagują na nagłe zmiany zdrowotne (np. pandemia, klęska żywiołowa).
- Poziom umiejętności radzenia sobie ze stresem, nagłą utratą dochodu, zamknięciem szkół, opieką nad dziećmi.
- Kto jest najbardziej podatny na załamanie dobrostanu (grupy ryzyka).
- Czynniki wzmacniające odporność (sieci wsparcia rodzinnego, sąsiedzkiego, instytucjonalnego).

Zaufanie społeczne i instytucjonalne w kontekście zdrowia

- Zaufanie do lekarzy, pielęgniarek, POZ.
- Zaufanie do władz lokalnych jako nadawcy komunikatów zdrowotnych.
- Zaufanie do organizacji pozarządowych i inicjatyw społecznych.
- Skłonność do stosowania się do zaleceń zdrowotnych w czasach kryzysu.
- Co zwiększa wiarygodność komunikacji zdrowotnej w oczach mieszkańców?

Fake newsy zdrowotne i podatność mieszkańców na dezinformację

- Jakie treści biorą mieszkańcy za wiarygodne?
- Źródła informacji (komu ufa się bardziej a komu mniej).
- Segmenty najbardziej podatne na manipulację.
- Skuteczność przeciwdziałania dezinformacji (kampanie, punkty konsultacyjne, edukacja cyfrowa).

Gotowość mieszkańców do szybkich zmian warunków życia (sytuacje kryzysowe)

- Jak szybko mieszkańcy potrafią dostosować się do zmiennych warunków (np. nagła zamiana aktywności na online)?
- Jakie są bariery adaptacji (psychologiczne, finansowe, technologiczne)?
- Czy mieszkańcy mają „plan B” dla zdrowia i aktywności w sytuacji kryzysu społecznego (domowa aktywność fizyczna, teleporady, zdrowe jedzenie w domu)?

Umiejętności cyfrowe i dostęp do e-zdrowia

- Czy mieszkańcy potrafią korzystać z e-recept, e-skierowań, IKP?
- Bariery cyfrowe seniorów (wykluczenie, brak smartfona, brak kompetencji).
- Poziom zaufania do technologii zdrowotnych (aplikacje, teleporady, inteligentne urządzenia).
- Potrzeby edukacyjne w zakresie zdrowia cyfrowego.
- Jakie rozwiązania e-zdrowia są najbardziej akceptowalne?

Elastyczność systemu lokalnego: dostępność usług w sytuacjach zaburzeń

- Jak często mieszkańcy doświadczają utrudnień w dostępie do lekarzy, diagnostyki, dentysty?
- Co robią, gdy usługi nie są dostępne (strategia radzenia sobie w sytuacji zaburzeń)?
- Preferencje w zakresie mobilnych punktów badań (np. bus, weekendowe badania)?
- Jak mieszkańcy postrzegają skuteczność gminy w reagowaniu na zakłócenia?

Ekonomiczne konsekwencje niepewności a zdrowie

- Jak kryzysy ekonomiczne wpływają na odżywianie, aktywność, zdrowie psychiczne?
- Czy troska o zdrowie jest priorytetem?
- Czy mieszkańcy odkładają wizyty z powodów finansowych?
- Wpływ inflacji na decyzje zdrowotne (np. tańsze, gorsze jedzenie).

Dynamika migracji i jej wpływ na potrzeby zdrowotne

- Napływ nowych mieszkańców (praca, migracje zarobkowe, uchodźcy) i ich potrzeby zdrowotne, poziom znajomości systemu, bariery językowe.
- Integracja zdrowotna (czy wiedzą, gdzie się leczyć?).
- Wpływ mobilności na realizację szczepień, badań profilaktycznych.
- Różnice kulturowe w zachowaniach zdrowotnych i w oczekiwaniach wobec instytucji.

Ryzyko samotności społecznej i izolacji

- Stopień izolacji społecznej u seniorów, młodych matek, osób pracujących zdalnie.
- Wpływ samotności na aktywność, odżywianie, choroby somatyczne.
- Jakie formy wsparcia są najbardziej oczekiwane (np. kluby sąsiedzkie, grupy aktywności, centra aktywizacji).

Scenariusze przyszłości: Świdnik2035

Badanie polegające na opracowaniu 3-5 alternatywnych scenariuszy rozwoju Gminy Miejskiej Świdnik w perspektywie 5-15 lat. Badanie obejmuje uwarunkowania ekonomiczne i gospodarcze, społeczne, kulturowe, demograficzne, rynek pracy, bezpieczeństwo, ochronę ludności i obronę cywilną itp. elementy, które mogą stanowić fundament do opracowania

bardziej elastycznej, odpornej i skutecznej strategii rozwoju Miasta. Co ważne sam proces budowania scenariuszy ma charakter inkluzywny i pozwala zaangażować wybrane grupy mieszkańców. Scenariusze pozwalają uchwycić nie dostrzegane wcześniej pod uwagę elementy otoczenia, które mogą być zarówno zagrożeniem, jak i szansą rozwojową.

- Jak mieszkańcy wyobrażają sobie zdrowie i opiekę zdrowotną w gminie za 5, 10, 15 lat? Tutaj rekomendujemy opracowanie scenariuszy w perspektywie dekady.
- Jakich 50 czynników zmian będzie wpływać na profilaktykę zdrowotną w gminie i w jaki sposób? Jakie są scenariusze? – badanie eksperckie.
- Jakie zagrożenia mieszkańcy uważają za najbardziej realne?
- Jakie rozwiązania uważają za przyszłościowe (np. domowe testy zdrowia, telemonitoring, fit-parki, programy zdrowia psychicznego, lokalne centra kryzysowe)?
- Jakich zmian w ciągu kolejnych lat mieszkańcy oczekują od gminy?
- Jakie są implikacje każdego ze scenariuszy: możliwości rozwojowe, ryzyka, opcje, programy i plany działania?

Lokalny indeks dobrostanu i poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, monitoring roczny

- Subiektywne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego.
- Poziom energii, zmęczenia, satysfakcji z życia.
- Balans praca–życie.
- Subiektywne odczucie kontroli nad zdrowiem.

Badania nad gotowością lokalnych instytucji ochrony zdrowia do działania w warunkach niepewności

- Jak pracownicy instytucji zdrowia oceniają swoją zdolność adaptacji?
- Czy lokalne placówki mają procedury na wypadek kryzysów?
- Co blokuje szybką współpracę między instytucjami?
- Jakie zasoby lokalne są niewykorzystane?

Zachowania profilaktyczne pacjentów w opiniach pracowników ochrony zdrowia – wywiady pogłębione

- Szanse i zagrożenia dla zachowań prozdrowotnych.
- Charakterystyczne postawy w zależności od płci, wieku, statusu, schorzenia itp.
- Możliwości wpływu na zachowania pacjentów.

Ostateczny kształt metodyki badania będzie zdeteminowany jego zakresem przedmiotowym (skonstruowanym na podstawie wybranych punktów z listy

powyżej). W każdym przypadku rekomenduje się połączenie analizy danych zastanych (gabinetowej lub terenowej), badań ilościowych oraz badań jakościowych (pogłębiających). Badania ilościowe internetowe są łatwe dla respondenta, lecz Zamawiającemu trudniej zweryfikować autentyczność wyników oraz nie uwzględniają osób wykluczonych cyfrowo. Badania ilościowe telefoniczne są optymalnym rozwiązaniem, muszą jednak wiązać się ze zdobyciem bazy kontaktowej uczestników badania. Badania ilościowe z wykorzystaniem tradycyjnego kwestionariusza wywiadu mogą zapewnić dużą skuteczność, ale są droższe, gdyż wymagają angażowania ankieterów. Kwestionariusze ankiety z kolei nie charakteryzują się dużą zwrotnością (ilość ulotek, reklam, ankiet pozostawianych w miejscach publicznych jest znaczna), chyba że są intensywnie polecane mieszkańcom przy korzystaniu z usług publicznych.

Jako bazową koncepcję badawczą należy przyjąć badanie ilościowe wśród mieszkańców Świdnika, a badania jakościowe - wywiady indywidualne i grupowe - wśród lokalnych ekspertów działań profilaktycznych np. personelu medycznego, przedstawicieli zawodów okołomedycznych, pracowników branży sportowej, wellness, psychologów/psychoterapeutów, osób odpowiedzialnych za wdrażanie/sprawozdawczość ze zrealizowanych programów profilaktycznych w Świdniku. Optymalnym założeniem w badaniach ilościowych byłoby badanie wyodrębnionych grup z populacji mieszkańców (np. pacjenci POZ, rodzice, osoby pracujące). Badania poszczególnych grup mogłyby odbywać się równolegle lub etapowo. Liczba grup oczywiście ściśle zależy od zakresu przedmiotowego badania albo już zdefiniowanego obszaru działań profilaktycznych. Do wyboru tego obszaru może posłużyć cały kolejny podrozdział, gdzie Zamawiający otrzymuje, zgodnie z przedmiotem zamówienia, "rekomendacje dotyczące ukierunkowania działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej". Wówczas wybrany kierunek działań (jeszcze przed zleceniem badań) należy jednoznacznie zdefiniować w przedmiocie zamówienia na usługi badawcze, aby szczegółowy program i zasady dotyczące tego kierunku działań zostały opracowane właśnie na podstawie pogłębionych diagnoz tylko w tym danym kierunku.

Istotne jest, aby badania jakościowe były tematycznym pogłębieniem ograniczonych z definicji badań ilościowych. Można nawet przyjąć, że respondentami badań jakościowych będą w części osoby przebadane w pierwszym etapie. Chodzi o to, aby koncepcja badawcza była spójna i gwarantowała maksymalnie dużo wiedzy. Najmniej korzystnym planem badawczym byłby taki, w którym bada się wszystkie możliwe grupy odbiorców przyszłych działań profilaktycznych i to w sposób powierzchowny – z wykorzystaniem krótkiej ankiety z pytaniami zamkniętymi. Taka koncepcja badań byłaby odpowiednia dopiero do badań ewaluacyjnych czy badań satysfakcji klientów usług.

Realizatorem przyszłych badań pogłębionych musi być podmiot, który posiada doświadczenie w przygotowywaniu i realizacji badań społecznych oraz opracowywaniu ich wyników albo przynajmniej doświadczenie w tworzeniu analiz danych zastanych i przygotowywaniu ekspertyz społecznych. Odpowiednim

doświadczeniem powinien legitymować się koordynator zamówienia, badacze, analitycy, ankieterzy i moderatorzy wywiadów indywidualnych i grupowych.

W przypadku poszerzenia koncepcji badawczej o prognozy można w metodyce umieścić tworzenie scenariuszy przyszłości lub technikę delficką, gdzie eksperci w kilku rundach uzgadniają stanowiska w kluczowych kwestiach dotyczących przyszłości.

Każda obecna w przedmiocie zamówienia koncepcja badawcza musi zawierać cel badania, opcjonalnie cele szczegółowe, obowiązkowo podstawowe pytania badawcze, które przełożą się na bardziej szczegółowe pytania w narzędziach badawczych. Wówczas wykonawca może być rozliczany ściśle z realizacji celów szczegółowych i pozyskania odpowiedzi na pytania badawcze.

2. Wskazówki planowania dalszych działań na rzecz profilaktyki zdrowotnej dla Miasta Świdnik

2.1 Kluczowe czynniki sukcesu

Definicja:

Kluczowe czynniki sukcesu (ang. *Key Succes Factors*) to najważniejsze cechy, zasoby, kompetencje lub warunki, które decydują o przewadze konkurencyjnej i możliwościach rozwoju społeczności lokalnej lub organizacji w danej branży, będąc niezbędnymi do osiągnięcia celów strategicznych i sukcesu w charakterystycznym obszarze społeczności lub organizacji. Kluczowe czynniki sukcesu często są zawierają analizę opartą o zasadę Villfredo Pareto: 20% czynników odpowiada za 80% sukcesu.

Na podstawie analizy danych zastanych – statystyk, raportów, artykułów naukowych, badań rynkowych i innych materiałów można zdefiniować siedem kluczowych czynników sukcesu w planowaniu lokalnych świdnickich inicjatyw profilaktycznych opartych na badaniach społecznych.

1) Trafna, pogłębiona diagnoza potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców

To fundament lokalnej polityki zdrowotnej. Skuteczność działań profilaktycznych rośnie, gdy gmina:

- opiera się na konkretnych danych, a nie ogólnych założeniach,
- prowadzi analizy gabinetowe (dokumenty, literatura, statystyki), badania ilościowe (np. internetowe, telefoniczne) i jakościowe (indywidualne wywiady pogłębione, spotkania grupowe),

- bada zachowania zdrowotne, bariery, motywacje, uwarunkowania środowiskowe.

Rzetelna diagnoza pozwala uniknąć działań oderwanych od realnych problemów lokalnej populacji.

2) Dobre rozpoznanie różnic między grupami mieszkańców

Bardzo trudno definiować potrzeby całej gminnej populacji. Są segmenty z różną sytuacją i potrzebami: osoby starsze, rodziny z dziećmi, mężczyźni pracujący fizycznie, osoby bierne zawodowo, młodzież, osoby z chorobami przewlekłymi, itd.

Każda grupa ma inne bariery, motywacje i preferencje komunikacyjne. Profilaktyka jest skuteczna wtedy, gdy jest segmentowana, a nie jednolita.

3) Wybór metod i działań profilaktycznych precyzyjnie dopasowanych do wyników badań

Z przyszłych badań może wynikać np.:

- „niska aktywność fizyczna wśród kobiet 50+ z trudnościami finansowymi” → działania: zajęcia bezpłatne, lokalne, małe grupy, wsparcie instruktora.
- „niski odsetek badań profilaktycznych u mężczyzn 30-50” → działania: kampanie w zakładach pracy, współpraca z pracodawcami.
- „otyłość u dzieci w młodszych klasach” → działania: programy rodzinne, edukacja żywieniowa, współpraca ze szkołami.

Działania muszą wynikać wprost z diagnozy, a nie być powtórzeniem schematów z lat poprzednich.

4) Badanie barier korzystania z profilaktyki (behawioralnych, organizacyjnych i środowiskowych)

Skuteczność programów zależy bardziej od usunięcia barier niż od samej edukacji.

Przykładowe bariery:

- „brak czasu”,
- „nie wiem, gdzie zrobić badania”,
- „daleko”,
- „trudno umówić wizytę”,
- „wstyd/strach”,
- „brak potrzeby – czuję się zdrowy”,
- „brak zaufania do instytucji”.

Jeśli samorząd miejski zdiagnozuje te bariery i je zniweluje, to działania profilaktyczne będą skuteczniejsze.

5) Współpraca międzyinstytucjonalna i wykorzystanie lokalnych zasobów

Gmina nie działa sama. Sukces zależy od współpracy z przychodniami i lekarzami POZ, lokalnymi szkołami i przedszkolami, z MOPS/GOPS, z organizacjami pozarządowymi, z klubami sportowymi, z pracodawcami, z parafiami itd. Badania społeczne pomagają określić, kto jaką rolę powinien pełnić, aby działania były realistyczne i efektywne.

6) Zrozumiała i skuteczna komunikacja profilaktyczna (oparta o wyniki badań)

Komunikacja to często słaby punkt samorządów. Skuteczność rośnie, gdy komunikaty są dostosowane do lokalnej kultury i języka mieszkańców, skierowane różnymi kanałami (online, offline, seniorzy: ogłoszenia/prasa), oparte o to, co badania mówią o motywacji i postrzeganiu zdrowia w gminie. Badania pozwalają dobrać kanał do grupy docelowej.

7) Stałe monitorowanie efektów i uczenie się na danych

Gmina, która bada nie tylko stan początkowy, ale też frekwencję, satysfakcję, rzeczywiste zmiany zachowań zdrowotnych czy dotarcie do grup ryzyka, może corocznie poprawiać swoje działania. Profilaktyka powinna być procesem cyklicznym, opartym o dane i ewaluacje nie zaś o jednorazową kampanię.

Podsumowując można stwierdzić, że **esencją sukcesu**, skuteczności profilaktyki zdrowotnej w gminie, jest sytuacja, gdy profilaktyka ta:

- ✓ jest oparta na lokalnych danych, nie intuicji;
- ✓ segmentuje potrzeby różnych grup mieszkańców;
- ✓ dobiera działania adekwatnie do zdiagnozowanych problemów;
- ✓ uwzględnia bariery korzystania z usług zdrowotnych;
- ✓ wykorzystuje potencjał lokalnych instytucji;
- ✓ komunikuje się językiem mieszkańców;
- ✓ systematycznie monitoruje efekty i modyfikuje działania.

W gminnym planowaniu zarówno badań rozpoznających lokalne wyzwania, jak i podejmowaniu działań profilaktycznych, należy wychodzić z założenia, że **działania profilaktyczne pozwalają nie tylko ograniczyć ryzyko wystąpienia wielu schorzeń, ale również zwiększyć jakość i długość życia.**

W praktyce działań należy rozróżnić profilaktykę pierwotną i wtórną. Ta pierwsza ma na celu eliminowanie czynników ryzyka jeszcze zanim pojawią się objawy choroby, poprzez systematyczne badania profilaktyczne i konsultacje medyczne. Opiera się na codziennych decyzjach jednostki, takich jak stosowanie zbilansowanej diety bogatej w witaminy i minerały, regularna aktywność fizyczna dostosowana do możliwości organizmu, rezygnacja z nałogów (np. palenia papierosów, e-papierosów czy nadmiernego spożywania alkoholu), a także dbałość o zdrowie

psychiczne i odpowiedni odpoczynek. Tego typu działania przyczyniają się do utrzymania równowagi biologicznej i psychicznej oraz minimalizują ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak otyłość, cukrzyca czy choroby sercowo-naczyniowe.

Profilaktyka wtórna uzupełnia pierwotną. Dzięki pierwotnej możliwe jest szybkie zdiagnozowanie nieprawidłowości i podjęcie odpowiedniego leczenia na wczesnym etapie, co znacznie zwiększa szanse na całkowity powrót do zdrowia.

Trzeba raz jeszcze podkreślić, że w kluczowych decyzjach Gminy Miejskiej Świdnik należy rozważyć **nie tylko same działania profilaktyczne, ale i wykorzystanie różnorodnych metod i form ich promocji**, aby zachęcić do kształtowania prozdrowotnych nawyków (w miejsce szkodliwych) w różnych grupach społecznych. O wielu sposobach zachęt traktuje kolejny podrozdział. Działania profilaktyczne mogą być różnorakie np. programy edukacyjne, działania skierowane do pracowników w miejscach pracy, organizacja zajęć sportowych, warsztatów dotyczących zdrowego stylu życia, udostępnianie infrastruktury sportowej. Jednak szerszy zasięg osiągnie się przez kampanie społeczne i medialne. Należy mieć na uwadze fakt, że podstawową jednostką, w której skutecznie mogą być przekazywane ostrzeżenia przed szkodliwymi zachowaniami zdrowotnymi jest rodzina.

Ewaluacje projektów profilaktycznych wskazują, że **przekaz wiedzy ekspertów, profilaktyków czy innych promotorów zdrowia musi być dostosowany do możliwości i percepcji odbiorców**. Edukacja zdrowotna, aby zyskała ich uznanie, powinna być wprowadzana z uwzględnieniem zasobów czasowych adresatów działań i uświadamianiem im także tych pierwszych szybkich efektów zachowań zdrowotnych dla organizmu (np. dotlenienie, lepszy metabolizm, poprawa krążenia krwi), które mogą nie być od razu dostrzegalne.

Niewątpliwie mieszkańcy oczekują szerszego zaangażowania instytucji publicznych w tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Jednocześnie ich wiedza o znaczeniu zdrowych nawyków, profilaktyce, a nawet istnieniu konkretnych programów nie zawsze przekłada się na działania. Aktywność mieszkańców w tym zakresie musi być umiejętnie animowana. Dla przykładu - programy zdrowotne skierowane do osób pracujących powinny uwzględniać ich rytm życia i możliwości czasowe. Wydaje się, że w kluczowych działaniach profilaktycznych należy odpowiednio zaangażować przedstawicieli **personelu medycznego pracującego na terenie gminy**, często posiadającego specjalistyczne doświadczenie zawodowe.

2.2 Rekomendowane działania w poszczególnych obszarach – ukierunkowania działań dla Świdnika – wachlarz możliwości

2.2.1 Zdrowie fizyczne

Odżywianie i dietoprofilaktyka

Cel główny

Poprawa nawyków żywieniowych mieszkańców (dzieci, młodzieży, dorosłych i seniorów) poprzez edukację, zwiększenie dostępu do zdrowej żywności oraz wsparcie osób zagrożonych niedożywieniem lub otyłością, ze szczególnym uwzględnieniem prewencji cukrzycy, chorób serca, otyłości i innych chorób przewlekłych.

Działania

Filar 1 – Edukacja i kampanie

- Wdrożenie miejskich programów edukacji żywieniowej w przedszkolach, szkołach, miejscach pracy i środowisku lokalnym (webinaria, warsztaty, konkursy, plany dietetyczne, aplikacje mobilne, cykle spotkań z dietetykami).
- Systematyczne kampanie edukacyjne nt. zdrowego odżywiania i dietoprofilaktyki, w tym ograniczenia spożycia cukru, soli i tłuszczów trans, popularyzacja diety śródziemnomorskiej oraz promocja wody jako podstawowego napoju.
- Warsztaty dla rodziców i nauczycieli dotyczące zasad zdrowego żywienia, edukacja nt. wpływu diety na przewlekłe choroby oraz promowanie pełnowartościowej, mało przetworzonej żywności.
- Partnerstwo ze szkołami w tworzeniu programów szkoleń i warsztatów kulinarnych (w tym lekcje gotowania), rozwijanie programów „zdrowe śniadania” i akcji wspólnych śniadań.

Filar 2 – Środowisko żywieniowe i dostęp do zdrowej żywności

- Promocja i organizacja miejskich targów, jarmarków zdrowej, ekologicznej i regionalnej żywności, rozwój inicjatyw „od pola do stołu” oraz wspieranie lokalnych bazarów i kooperatyw żywnościowych.
- Współpraca z lokalnymi producentami i sklepami w celu zwiększenia dostępności świeżych warzyw i owoców, zwłaszcza dla rodzin o niskich dochodach, oraz promocja zdrowych produktów w przestrzeni miejskiej.
- Zwiększanie dostępności zdrowych produktów w placówkach edukacyjnych (stołówki, automaty), dotacje dla stołówek szkolnych na zdrowsze menu, cykliczne audyty jakości żywienia i monitorowanie szkolnych programów żywieniowych.

- Kontynuacja i rozwój projektów w instytucjach publicznych (zdrowe stołówki, certyfikaty żywieniowe) oraz wdrażanie nowych standardów żywienia pacjentów – w tym kontynuacja programu „Dobry posiłek w szpitalu” i zwiększanie liczby porad żywieniowych.

Filar 3 – Wsparcie, poradnictwo i grupy ryzyka

- Rozwój lokalnego systemu profesjonalnego poradnictwa dietetycznego: konsultacje dietetyczne dla mieszkańców, współpraca z POZ i placówkami ochrony zdrowia, miejskie punkty porad dietetycznych stacjonarnych i online.
- Programy wsparcia dla osób zagrożonych niedożywieniem lub otyłością, w tym identyfikacja grup z niedostatecznym dostępem do żywności, przygotowanie systemu wsparcia (bony, paczki, posiłki) oraz kampanii informacyjnych kierowanych do rodzin o niższych dochodach.
- Wdrożenie cyfrowych aplikacji terapeutycznych do monitorowania i modyfikacji nawyków żywieniowych (np. aplikacje diabetologiczne w cukrzycy typu 2) jako narzędzia profilaktyki i kontroli chorób dietozależnych.

Kierunki strategiczne dla samorządu

- Wzmocnienie i koordynacja lokalnych programów edukacji żywieniowej (szkoły, przedszkola, miejsca pracy) jako odpowiedź na niedoinwestowanie krajowego modelu profilaktyki dietetycznej.
- Integracja działań sektora zdrowia, edukacji, polityki społecznej i rolnictwa (ekologiczne rolnictwo, wysokiej jakości lokalna żywność, promocja marki produktów regionalnych) w celu budowy spójnego systemu „zdrowa dieta – zdrowa społeczność”.

Monitoring

- Regularne pomiary BMI i siatek centylowych dzieci w placówkach.
- Ankiety żywieniowe (np. HBSC, COSI) – nawyki, częstotliwość posiłków.
- Analiza konsumpcji warzyw, owoców, produktów wysokoprzetworzonych.
- Monitoring liczby rodzin/placówek objętych wsparciem dietetycznym.

Aktywność fizyczna i prewencja otyłości

Działania:

Filar 1 - Powszechny dostęp do aktywności ruchowej

- Organizacja bezpłatnych zajęć sportowych i rekreacyjnych dla dzieci, młodzieży, dorosłych i seniorów.

- Współpraca z lokalnymi klubami sportowymi i szkołami w zakresie realizacji darmowych lub dofinansowanych programów ruchowych (np. Aktywni+ czy Rodzina na sportowo).
- Tworzenie lokalnych programów aktywizujących, finansowanych lub wspieranych przez miasto.

Filar 2 – Rozwój i modernizacja infrastruktury sportowo-rekreacyjnej

- Rozbudowa i doposażenie boisk, siłowni plenerowych, ścieżek rowerowych, tras biegowych oraz placów zabaw z elementami treningów motorycznych.
- Tworzenie miejskich stref aktywności i terenów rekreacyjnych sprzyjających swobodnej aktywności i integracji rodzin.
- Utrzymanie i modernizacja istniejącej infrastruktury w celu zapewnienia jej ogólnodostępności przez cały rok.

Filar 3 - Edukacja i profilaktyka zdrowotna

- Wdrażanie programów edukacyjnych w szkołach dotyczących roli ruchu w profilaktyce otyłości i chorób cywilizacyjnych.
- Szkolenia i materiały edukacyjne dla rodziców, uczniów i nauczycieli o znaczeniu codziennej aktywności.
- Regularne badania przesiewowe i monitoring BMI dzieci, młodzieży oraz dorosłych w ramach lokalnych programów zdrowotnych.

Filar 4 - Programy motywujące i wydarzenia miejskie

- Organizacja cyklicznych wydarzeń sportowych: rodzinnych biegów, rowerowych rajdów, miejskich dni ruchu czy projektów typu Aktywny Świdnik i Aktywny Senior.
- Tworzenie miejskiej platformy promującej zdrowy styl życia i ruch, zawierającej wyzwania, konkursy, rankingi aktywności.
- Kampanie społeczne i akcje zachęcające do aktywności fizycznej w każdym wieku.

Filar 5 - Technologie wspierające zdrowie i aktywność

- Wykorzystanie systemów nasobnych (ang. wearables) takich jak m.in. smartwatche, opaski zdrowotne i rozwiązań telemedycznych do monitorowania aktywności mieszkańców.
- Cyfrowe dzienniczki aktywności i miejskie programy motywacyjne połączone z monitoringiem zdrowia.

Filar 6 - Partnerstwa i współpraca

- Wsparcie finansowe i organizacyjne dla klubów sportowych oraz inicjatyw społecznych angażujących mieszkańców w regularny ruch.

- Integracja działań promujących aktywność z edukacją, zdrowiem publicznym i planowaniem przestrzennym.
- Współpraca ze szkołami, placówkami zdrowia i organizacjami pozarządowymi przy realizacji lokalnych programów prozdrowotnych.

Monitoring

- Pomiar frekwencji na zajęciach ruchowych
- Udział w badaniach HBSC (min. 60 min aktywności dziennie)
- Systematyczny pomiar BMI i wskaźnika otyłości dzieci
- Ankiety samooceny aktywności (uczniowie, seniorzy)

Choroby układu krążenia, metaboliczne, nowotwory

Cel główny

Wzmocnienie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób cywilizacyjnych (sercowo-naczyniowych, metabolicznych i nowotworowych) poprzez szeroki dostęp do badań przesiewowych, nowoczesnych narzędzi diagnostycznych oraz systematyczną edukację mieszkańców wszystkich grup wiekowych.

Działania:

Filar 1 – Badania przesiewowe i diagnostyka

- Realizacja miejskich i populacyjnych programów badań przesiewowych: pomiar ciśnienia, cholesterolu, glikemii, BMI, morfologii i lipidogramu oraz badań nowotworowych (cytologia, mammografia, kolonoskopia, USG tarczycy, programy raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego, rak prostaty).
- Regularne, bezpłatne miejskie akcje badań przesiewowych oraz organizacja miejskich dni zdrowia z konsultacjami lekarskimi, badaniami w mobilnych punktach diagnostycznych i w miejscach pracy.
- Wykorzystanie telemedycyny, algorytmów AI i cyfrowych narzędzi diagnostycznych do szybkiej detekcji chorób serca i wspierania badań przesiewowych w kierunku nowotworów (np. zaawansowana interpretacja mammografii).

Filar 2 – Współpraca systemowa i organizacja opieki

- Zacieśnienie współpracy samorządu z POZ, przychodniami i lokalnymi placówkami medycznymi w zakresie monitorowania populacji, identyfikacji grup ryzyka, automatycznego zapraszania na badania (IKP, e-skierowania-) i koordynacji dalszej opieki.

- Partnerstwa z przychodniami w celu skrócenia czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie, rozwój lokalnych punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz zwiększanie dostępności mobilnych punktów badań.
- Wspieranie i promocja krajowych i miejskich programów profilaktycznych poprzez ulotki, banery, akcje informacyjne w przestrzeni publicznej dotyczące najczęstszych zagrożeń (choroby serca, nowotwory, cukrzyca).

Filar 3 – Edukacja, styl życia i wsparcie grup ryzyka

- Kampanie edukacyjne o czynnikach ryzyka chorób przewlekłych (palenie, alkohol, dieta, brak ruchu, nadwaga), w tym kampanie antynikotynowe i antyalkoholowe oraz działania skierowane do mieszkańców 50+.
- Warsztaty i lokalne wydarzenia prozdrowotne (konferencje, pikniki zdrowia, prelekcje) poświęcone profilaktyce chorób cywilizacyjnych, wczesnej diagnostyce i zasadom zdrowego stylu życia.
- Rozwijanie poradnictwa dietetycznego i profilaktycznego dla osób z grup ryzyka, łączenie edukacji o diecie, aktywności fizycznej i kontroli parametrów zdrowotnych z bieżącym kierowaniem na odpowiednie badania przesiewowe.
- Włączenie osób publicznych, ludzi kultury, sportu, medycyny jako autorytetów sugerujących odpowiednie postawy wobec zdrowia i dzielących się własnymi doświadczeniami.

Monitoring

- Liczba wykonanych badań przesiewowych, uczestnictwo w programach, ocena przydatności.
- Liczba wykrytych nowych przypadków (rejstry lokalne).
- Zapadalność, śmiertelność na choroby przewlekłe – monitoring epidemiologiczny.

2.2.2 Zdrowie psychiczne

Prewencja depresji, stresu, wypalenia

Cel główny

Wzmocnienie profilaktyki zaburzeń psychicznych (depresja, stres, wypalenie) poprzez system wczesnego ostrzegania, łatwy dostęp do wsparcia psychologicznego oraz systematyczną edukację mieszkańców – szczególnie dzieci, młodzieży, pracowników i seniorów.

Działania:

Filar 1 – Wczesne wykrywanie i monitoring

- Rozwijanie miejskiego systemu wczesnego ostrzegania przed ryzykiem depresji, stresu i wypalenia, opartego na cyfrowych narzędziach monitorujących dobrostan psychiczny, dostępnych dla szkół, pracodawców i rodzin.
- Digitalizacja psychoprophylaktyki: aplikacje terapeutyczne, e-narzędzia- i systemowe powiadomienia, które wychwytyują wczesne sygnały obniżonego nastroju, przeciążenia i wypalenia oraz automatycznie kierują użytkowników do odpowiednich form pomocy.
- Rozszerzanie badań przesiewowych i monitorowanie zachorowalności na zaburzenia psychiczne, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka (osoby starsze, przewlekle chorzy, pracownicy wysokostresowych branż).

Filar 2 – Wsparcie psychologiczne i dostęp do opieki

- Utworzenie i rozwój miejskiego programu wsparcia psychologicznego: punkty konsultacyjne, dyżury w poradniach, miejskie Centrum Wsparcia Psychologicznego, infolinia kryzysowa oraz linie zaufania dla dzieci, młodzieży i dorosłych.
- Współpraca z lokalnymi poradniami zdrowia psychicznego, NGO i placówkami medycznymi w celu tworzenia sieci punktów wsparcia, koordynowania opieki oraz skracania czasu oczekiwania na konsultacje psychologiczne i psychiatryczne.
- Priorytetowe inwestycje w dostępność opieki psychologicznej i psychiatrycznej, w tym programy dla pracowników, seniorów, młodzieży oraz osób przewlekle chorych i ich opiekunów.

Filar 3 – Edukacja, odporność psychiczna i środowisko pracy

- Programy wsparcia psychologicznego w szkołach i miejscach pracy: warsztaty radzenia sobie ze stresem, programy mindfulness, higiena cyfrowa, kampanie anty-stresowe oraz działania przeciwdziałające stygmatyzacji zaburzeń psychicznych.
- Szkolenia i programy psychoedukacyjne dla nauczycieli, urzędników, menedżerów i opiekunów z zakresu rozpoznawania objawów depresji, stresu i wypalenia oraz sposobów reagowania i kierowania do pomocy.
- Wspieranie lokalnych inicjatyw psychoedukacyjnych (szkoły, urząd pracy, organizacje pozarządowe), organizacja warsztatów i konferencji o zdrowiu psychicznym, promowanie równowagi praca–życie oraz technik radzenia sobie ze stresem w różnych grupach zawodowych.

Monitoring

- Liczba uczestników programów wsparcia i korzystających z poradni
- Ankiety samooceny nastroju i poziomu stresu
- Badania na temat dostępności i przydatności programów wsparcia

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Cel główny

Zapewnienie stałego, łatwo dostępnego wsparcia psychicznego dzieciom i młodzieży w szkołach oraz rodzinom, z naciskiem na wczesne wykrywanie problemów, wzmacnianie odporności psychicznej i ograniczanie ryzyk (przemoc, uzależnienia, kryzysy emocjonalne).

Działania:

Filar 1 – Wczesne wykrywanie i monitoring

- Wdrożenie szkolnych programów wczesnego wykrywania problemów psychicznych: regularne ankiety przesiewowe, monitorowanie poziomu stresu i dobrostanu uczniów, identyfikacja grup podwyższonego ryzyka.
- Rozbudowa profilaktyki psychicznej w szkołach: model trzystopniowej opieki (wsparcie w klasie, pomoc specjalistów szkolnych, kierowanie do poradni i psychiatrii dziecięcej) oraz wczesna interwencja przy pierwszych objawach trudności emocjonalnych.
- Integracja działań profilaktycznych z narzędziami cyfrowymi: aplikacje monitorujące samopoczucie, e-usługi automatycznie uruchamiające wsparcie dla uczniów z podwyższonym ryzykiem depresji, zaburzeń lękowych lub zachowań ryzykownych.

Filar 2 – Dostęp do specjalistycznego wsparcia

- Wzmocnienie dostępności psychologów i pedagogów w szkołach (dodatkowe etaty, dyżury), rozbudowa sieci poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz punktów wsparcia kryzysowego dla dzieci, młodzieży i rodziców.
- Współpraca szkół z poradniami zdrowia psychicznego, NGO i służbami społecznymi: programy wczesnej interwencji, łatwiejsze kierowanie do specjalistów, system wsparcia rówieśniczego (grupy wsparcia, mentoring).
- Finansowanie miejskich programów wsparcia psychologicznego w szkołach: bezpłatne konsultacje, dyżury specjalistów, otwarte wykłady i spotkania dla rodziców, działania przeciwdziałające stygmatyzacji korzystania z pomocy.

Filar 3 – Edukacja emocjonalna, profilaktyka uzależnień i cyberprzemocy

- Oferta zajęć dodatkowych z radzenia sobie ze stresem, relaksacji oraz profilaktyki uzależnień (w tym cyfrowych); warsztaty o pracy z emocjami, przemocy rówieśniczej i cyberprzemocy.
- Programy edukacyjne dla szkół skupione na dobrostanie psychicznym, budowaniu bezpiecznego klimatu, przeciwdziałaniu przemocy i cyberprzemocy oraz promocji zdrowego stylu życia.

- Systemowe szkolenia dla nauczycieli i rodziców z rozpoznawania wczesnych objawów kryzysu psychicznego, sposobów reagowania i współpracy ze szkołą oraz poradniami, przy równoczesnym wspieraniu działań organizacji pozarządowych i wolontariatu młodzieżowego w obszarze zdrowia psychicznego.

Monitoring

- Liczba interwencji, konsultacji psychologicznych.
- Monitorowanie specyficznych problemów

Uważność (ang. mindfulness), relaksacja, higiena cyfrowa

Cel główny

Wzmocnienie dobrostanu psychicznego mieszkańców poprzez upowszechnianie technik mindfulness i relaksacji, promowanie higieny cyfrowej oraz bezpiecznego korzystania z technologii w szkole, pracy i w czasie wolnym.

Działania:

Filar 1 – Edukacja i profilaktyka w szkołach i rodzinach

- Oferta warsztatów z higieny cyfrowej, bezpiecznego i zdrowego korzystania z internetu, seminariów o roli snu, odpoczynku i równowagi cyfrowej z przeznaczeniem dla uczniów szkół ponadpodstawowych (współpraca z powiatem świdnickim w tym zakresie); materiały wprowadzające dla nauczycieli i edukacyjne dla rodziców.
- Pokazy zajęć mindfulness i technik relaksacyjnych jako oferta alternatywnych zajęć dla uczniów szkół podstawowych, jako narzędzi obniżania stresu, zapobiegania depresji i wzmacniania odporności psychicznej dzieci i młodzieży.
- Promowanie edukacji dotyczącej zdrowego korzystania z technologii cyfrowych w szkołach, bibliotekach, domach kultury oraz w lokalnych kampaniach informacyjnych.

Filar 2 – Zajęcia i wsparcie dla mieszkańców

- Organizacja otwartych warsztatów z uważności i technik relaksacyjnych w miejskich instytucjach (biblioteki, domy kultury, centra aktywności), dostępnych dla różnych grup wiekowych – w tym seniorów.
- Miejskie kampanie i tygodnie higieny cyfrowej w szkołach i miejscach pracy, połączone z kursami relaksacji, zajęciami uważności oraz wydarzeniami promującymi cyfrowy detoks.

- Programy edukacyjne i warsztaty (stacjonarne i online) dotyczące mindfulness, relaksacji i higieny cyfrowej, obejmujące uczniów, rodziców, nauczycieli, pracowników i osoby aktywne zawodowo.

Filar 3 – Cyfrowe rozwiązania i współpraca międzysektorowa

- Promowanie i, w miarę możliwości, współfinansowanie aplikacji cyfrowych do treningu uważności i relaksacji, jako narzędzi wspierających zdrowie psychiczne mieszkańców.
- Integracja edukacji cyfrowej i higieny cyfrowej z lokalnymi programami profilaktyki zdrowia psychicznego, przy współpracy sektora zdrowia, edukacji i pomocy społecznej.
- Rozwój programów relaksacyjnych i mindfulness w środowisku pracy (samorząd, instytucje publiczne, lokalne firmy) oraz promowanie dostępu do działań wspierających relaksację i cyfrowy detoks jako elementu polityki zdrowia publicznego miasta.

Monitoring

- Ankiety dotyczące nawyków cyfrowych, jakości snu
- Liczba uczestników programów
- Analiza samooceny jakości życia i samopoczucia

2.2.3 Zdrowie środowiskowe

Zanieczyszczenia powietrza, hałas, środowisko pracy

Cel główny

Ograniczenie narażenia mieszkańców na szkodliwe czynniki środowiskowe (zanieczyszczenia powietrza, hałas) oraz poprawa warunków pracy i ergonomii, tak aby zmniejszać ryzyko chorób cywilizacyjnych, zawodowych i zaburzeń dobrostanu.

Działania:

Filar 1 – Monitoring środowiska i informowanie mieszkańców

- Rozwój systemu monitoringu jakości powietrza i hałasu: instalacja czujników, stały pomiar, publikowanie danych na portalu miejskim i w aplikacji, dynamiczne alerty (np. smogowe) oraz rekomendacje zachowań dla osiedli o podwyższonym ryzyku.
- Strona internetowa i aplikacja do zgłoszeń zauważonych szkodliwych czynników na terenie gminy.

- Integracja danych środowiskowych z lokalnymi programami zdrowotnymi i profilaktycznymi, wykorzystanie cyfrowej dokumentacji medycznej do lepszego rozumienia wpływu ekspozycji środowiskowych na zdrowie mieszkańców.
- Kampanie informacyjne o wpływie zanieczyszczeń i hałasu na zdrowie, edukacja mieszkańców, szczególnie w rejonach najbardziej narażonych (główne ulice, obszary przemysłowe).

Filar 2 – Ograniczanie emisji i zielona przestrzeń miejska

- Wdrażanie lokalnych programów ograniczania emisji: dofinansowanie wymiany pieców, modernizacja źródeł ciepła, wsparcie projektów redukcji smogu oraz programy monitoringu i redukcji zanieczyszczeń.
- Inwestycje w zieleni miejską i rewitalizację terenów zdegradowanych: program zazieleniania miasta, nasadzenia drzew, ekrany dźwiękochłonne w miejscach wysokiego hałasu, rozwój parków i terenów rekreacyjnych.
- Promocja komunikacji miejskiej, ruchu pieszego i rowerowego, stref wolnych od dymu tytoniowego oraz lokalnych ekologicznych strategii zdrowotnych jako elementu polityki prozdrowotnej samorządu.

Filar 3 – Bezpieczne i zdrowe środowisko pracy

- Promowanie jakości środowiska pracy oraz ergonomii w zakładach i instytucjach publicznych: audyty BHP i ergonomii, identyfikacja czynników ryzyka zawodowego, rekomendacje i plany naprawcze.
- Współpraca z lokalnymi przedsiębiorstwami na rzecz poprawy warunków pracy, profilaktyki chorób zawodowych oraz tworzenia programów certyfikacji „zdrowe miejsce pracy” dla firm wdrażających wysokie standardy środowiskowe i ergonomiczne.
- Systematyczne wdrażanie miejskich programów ochrony środowiska i zdrowia w miejscu pracy, w tym szkolenia z ergonomii i profilaktyki zawodowej oraz promowanie dobrych praktyk wśród pracodawców.

Monitoring

- Dane z systemu monitoringu powietrza PM2.5/PM10
- Liczba zgłoszonych i rozwiązanych przypadków środowiskowych
- Liczba szkoleń i interwencji

Profilaktyka chorób zawodowych

Cel główny

Wzmocnienie profilaktyki chorób zawodowych i wypalenia poprzez poprawę ergonomii stanowisk pracy, systematyczne badania profilaktyczne oraz rozwój programów wspierających zdrowie fizyczne i psychiczne pracowników.

Działania:

Filar 1 – Edukacja, ergonomia i świadomość

- Organizacja kursów ergonomii oraz konsultacji z fizjoterapeutami dla pracowników miejskich i firm lokalnych, połączona z kampaniami informacyjnymi na temat bezpiecznych, zdrowych warunków pracy.
- Szkolenia BHP i ergonomii oraz programy edukacyjne dla pracowników, seniorów i kadry zarządzającej, obejmujące profilaktykę chorób zawodowych, stresu i wypalenia, także w formie kursów online i seminariów.
- Wdrożenie narzędzi monitorujących ergonomię i poziom stresu w miejscach pracy oraz promowanie standardów ergonomii w urzędach, szkołach i innych jednostkach miejskich.

Filar 2 – Profilaktyka zdrowotna i badania

- Realizacja cyklicznych badań profilaktycznych pracowników (w tym badań okresowych) rozszerzonych o ocenę ryzyka chorób zawodowych i nowotworowych, finansowanych lub współfinansowanych przez miasto.
- Prowadzenie kampanii edukacyjnych i badań przesiewowych w jednostkach miejskich i partnerskich zakładach pracy ze szczególnym naciskiem na ograniczanie ekspozycji na czynniki chorobotwórcze.
- Współpraca z poradniami medycyny pracy i specjalistami rehabilitacji w celu monitorowania środowiska pracy, planowania działań naprawczych oraz wsparcia rehabilitacji zawodowej pracowników.

Filar 3 – Współpraca z przedsiębiorstwami i programy wsparcia

- Bezpośrednia współpraca z lokalnymi przedsiębiorstwami przy organizacji szkoleń BHP, ergonomii i profilaktyki zdrowotnej oraz przy wdrażaniu zakładowych programów dotyczących zdrowia fizycznego i psychicznego.
- Wspieranie lokalnych firm we wdrażaniu programów zdrowotnych (np. programy wsparcia zdrowia pracowników, wczesna interwencja przy objawach chorób zawodowych, badania profilaktyczne), w tym poprzez audyty miejsc pracy finansowane przez miasto.
- Wykorzystanie automatycznych narzędzi analitycznych do identyfikowania grup zawodowych o podwyższonym ryzyku chorób przewlekłych lub psychicznych

i kierowania ich do programów prewencyjnych, we współpracy z medycyną pracy i samorządem.

Monitoring

- Liczba zgłoszeń przez stronę internetową/aplikację.
- Statystyki hospitalizacji z powodu wypadków pracy.
- Monitoring frekwencji na badaniach profilaktycznych.

Dostęp do czystej wody, zdrowej żywności

Cel główny

Zapewnienie wszystkim mieszkańcom bezpiecznego dostępu do wody pitnej i zdrowej żywności poprzez modernizację infrastruktury wodnej, monitoring jakości oraz wspieranie lokalnych systemów produkcji i dystrybucji żywności.

Działania:

Filar 1 – Jakość wody i infrastruktura

- Stały nadzór nad jakością wody pitnej: cykliczne kontrole w wodociągach, szkołach, przedszkolach, instytucjach publicznych i lokalnych przedsiębiorstwach, z publikacją wyników i promocją picia wody z kranu tam, gdzie jest to bezpieczne.
- Modernizacja i utrzymanie sieci wodociągowej oraz infrastruktury wodno-kanalizacyjnej, priorytet dla ochrony wód powierzchniowych i gruntowych oraz bezpieczeństwa sanitarnego mieszkańców.
- Cyfrowe narzędzia i platformy miejskie do monitorowania jakości wody, prezentowania raportów oraz szybkiego informowania mieszkańców o ewentualnych zagrożeniach.
- Montaż urządzeń filtrujących wodę w wybranych zakładach pracy.

Filar 2 – Zdrowa żywność lokalna i dostępność

- Wspieranie lokalnych systemów produkcji i dystrybucji zdrowej żywności: targi i bazariki z produktami ekologicznymi, miejskie ogrody społecznościowe, promocja upraw w mieście i lokalnych producentów.
- Zapewnienie zdrowych posiłków w placówkach samorządowych (przedszkola, szkoły, domy opieki, stołówki miejskie) poprzez standardy jakości żywności, nadzór sanitarny i promocję nieprzetworzonych produktów.
- Monitorowanie dostępu do wysokiej jakości wody i zdrowej żywności jako element oceny stanu zdrowia populacji, ze wsparciem dla inicjatyw poprawiających dostęp w grupach o niższych dochodach.

Filar 3 – Edukacja konsumencka i odpowiedzialne korzystanie z zasobów

- Edukacja konsumencka dotycząca wyboru zdrowych produktów, znaczenia czystej wody, zasad bezpiecznego przechowywania i przygotowania żywności oraz ograniczania marnowania wody i jedzenia.
- Miejskie kampanie i programy edukacyjne o zrównoważonym odżywianiu, odpowiedzialnej gospodarce wodnej i korzyściach z korzystania z lokalnych, ekologicznych produktów (warsztaty, materiały informacyjne, działania w szkołach i domach kultury).
- Wykorzystanie cyfrowych narzędzi informacyjnych i lokalnych platform do promowania zdrowej żywności, edukacji o wodzie oraz prezentowania mapy lokalnych inicjatyw prozdrowotnych (targów, ogrodów społecznych, programów miejskich).

Monitoring

- Wyniki badań jakości wody
- Porównawcza analiza cen zdrowej żywności
- Liczba gospodarstw domowych i firm objętych programami
- Monitorowanie jakości wody pitnej oraz bezpieczeństwa żywności lokalnej

2.2.4 Zdrowie publiczne i polityka zdrowotna

Programy profilaktyczne na poziomie populacyjnym

Cel główny

Zapewnienie mieszkańcom Świdnika łatwego dostępu do szczepień i badań przesiewowych oraz zwiększenie udziału w programach profilaktycznych dzięki lepszej koordynacji, komunikacji cyfrowej i stałej ewaluacji.

Działania:

Filar 1 – Kompleksowe programy szczepień i badań

- Rozwój i koordynacja lokalnych programów szczepień (np. krztusiec, półpasiec, RSV, HPV, WZW typu B+A, grypa, pneumokoki), w tym wieloletnich programów finansowanych lub współfinansowanych przez gminę.
- Wdrażanie i cykliczna organizacja populacyjnych programów badań profilaktycznych: bezpłatne, regularne badania przesiewowe dla mieszkańców oraz mobilne punkty badań na osiedlach. Gmina realizuje część programów przesiewowych oraz współpracuje z NFZ i organizacjami pozarządowymi, jednak partycypacja w programach profilaktycznych pozostaje ograniczona. Istnieje

konieczność wzmocnienia populacyjnych kampanii informacyjnych i edukacyjnych.¹⁹²

- Realizacja kompleksowych, długoterminowych programów profilaktyki chorób cywilizacyjnych, nowotworowych, uzależnień i chorób psychicznych dla wszystkich grup wiekowych.

Filar 2 – Cyfrowa komunikacja i aktywne zapraszanie

- Masowe, cyfrowe kampanie profilaktyczne dla mieszkańców z wykorzystaniem SMS, newsletterów, miejskich portali i mediów społecznościowych, informujące o szczepieniach i badaniach.
- Integracja lokalnych działań z danymi z IKP i rejestrów centralnych w celu profilowania zdrowotnego, automatycznego kierowania zaproszeń do programów badań, szczepień i edukacji zdrowotnej.
- Tworzenie mechanizmów zgłaszania przez mieszkańców własnych potrzeb profilaktycznych oraz otwartość na innowacyjne, cyfrowe rozwiązania wspierające profilaktykę.

Filar 3 – Współpraca, koordynacja i ewaluacja

- Ścisła współpraca z POZ, NFZ i organizacjami pozarządowymi przy realizacji programów szczepień, badań przesiewowych i kampanii prozdrowotnych, w tym badanie i poprawa zgłaszalności.
- Stała koordynacja gminnych programów profilaktycznych (szczepienia, badania, kampanie) oparta na lokalnych wskaźnikach epidemiologicznych oraz integracja z ogólnopolskimi inicjatywami.
- Regularna ewaluacja skuteczności interwencji z użyciem mierzalnych wskaźników (udział w programach, zmiana zachorowalności, wykrywalność chorób) oraz publikowanie raportów dla mieszkańców, z możliwością premiowania podmiotów wdrażających najbardziej efektywne rozwiązania.

Monitoring

- Liczba objętych szczepieniami, pokrycie populacyjne
- Systematyczny pomiar efektów programów (zmiany zachowań, chorobowość)
- Ankiety ewaluacyjne po kampaniach
- Monitorowanie efektów programów miejskich przez lokalne wskaźniki (frekwencja, liczba badań, opinie mieszkańców).

Rola systemu ochrony zdrowia, edukacja zdrowotna

Cel główny

Wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej i kompetencji zdrowotnych mieszkańców poprzez rozwój współpracy samorządu z POZ, NFZ, szkołami i NGO, rozbudowę edukacji zdrowotnej oraz wykorzystanie narzędzi cyfrowych i telemedycyny.

Działania

Filar 1 – Partnerstwo z POZ, NFZ i lokalnym systemem zdrowia

- Zacieśnienie współpracy samorządu z POZ, AOS, szpitalami i sanepidem: wspólne planowanie programów profilaktycznych, koordynacja opieki oraz organizacja szczepień i badań przesiewowych.
- Tworzenie punktów informacyjnych i stałej współpracy z lokalnymi placówkami medycznymi i szkołami przy realizacji szczepień, warsztatów zdrowotnych oraz innych działań profilaktycznych.
- Udział miasta w kampaniach ogólnopolskich oraz wdrażanie na poziomie lokalnym rekomendacji NFZ i Ministerstwa Zdrowia dotyczących profilaktyki, telemedycyny i edukacji zdrowotnej.

Filar 2 – Edukacja zdrowotna i rozwój kompetencji

- Realizacja miejskich programów edukacyjnych z zakresu zdrowia publicznego: warsztaty dla dzieci i dorosłych, cykle wykładów dla seniorów, szkolenia dla nauczycieli i kadry zarządzającej szkołami.
- Edukacja zdrowotna mieszkańców w lokalnych mediach, na portalach miejskich i w mediach społecznościowych, w tym materiały o profilaktyce, nawigacji po systemie ochrony zdrowia i stronach o zdrowym stylu życia.
- Tworzenie zespołów interdyscyplinarnych (urząd, zdrowie, edukacja, pomoc społeczna, NGO) koordynujących programy zdrowotne i wzmacniających rolę edukacji zdrowotnej w szkołach i miejscach pracy.

Filar 3 – Cyfryzacja, telemedycyna i nowoczesna komunikacja

- Inwestycje w rozwój i cyfryzację placówek podstawowej opieki zdrowotnej: e-rejestracja, teleporady, rozwój kanałów zdalnego kontaktu z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką.
- Systematyczna edukacja zdrowotna wspierana przez lokalne programy cyfrowe oraz automatyczne kampanie informacyjne (np. przypomnienia o szczepieniach, badaniach, nowych programach profilaktycznych).
- Wykorzystanie nowoczesnych narzędzi cyfrowych (w tym systemów opartych na dużych modelach językowych) jako „nawigatorów” po systemie ochrony zdrowia

- pomagających mieszkańcom znaleźć świadczenia, programy profilaktyczne i wiarygodne informacje zdrowotne.

Monitoring

- Średni czas oczekiwania na świadczenia (diagnostykę, konsultacje)
- Liczba uczestników szkoleń zdrowotnych
- Poziom zadowolenia z lokalnych placówek – ankiety

Nierówności zdrowotne, czynniki społeczno-ekonomiczne

Cel główny

Ograniczenie nierówności zdrowotnych w Świdniku poprzez kierowanie dodatkowych zasobów do osób i obszarów o najgorszym dostępie do opieki oraz tworzenie dedykowanych programów wspierających zdrowie rodzin ubogich, seniorów, osób z niepełnosprawnościami i innych grup zagrożonych wykluczeniem.

Działania:

Filar 1 – Identyfikacja nierówności i koordynacja

- Systematyczna identyfikacja „białych plam” w dostępie do opieki zdrowotnej (dzielnice peryferyjne, grupy o niskich dochodach, osoby starsze, bezrobotne, migranci) oraz monitorowanie wykluczenia zdrowotnego.
- Wprowadzenie funkcji miejskiego koordynatora ds. równości zdrowotnej odpowiedzialnego za analizę danych, planowanie interwencji i raportowanie efektów polityki zdrowotnej.

Filar 2 – Wyrównywanie dostępu do opieki i profilaktyki

- Programy wsparcia dla uboższych rodzin, seniorów, osób z niepełnosprawnościami, bezdomnych i innych grup wykluczonych: talony na zdrową żywność, dofinansowanie leków, bonów zdrowotnych i konsultacji.
- Ułatwienia dostępu do ochrony zdrowia: organizacja transportu na badania i wizyty (np. dla seniorów, osób niepełnosprawnych, mieszkańców osiedli peryferyjnych), wolontariat sąsiedzki oraz dedykowane dni profilaktyki dla grup wysokiego ryzyka.
- Programy wsparcia rodziny wielodzietnej i osób zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym, łączące elementy zdrowotne, socjalne i edukacyjne.

Filar 3 – Ukierunkowana edukacja i integracja społeczna

- Celowana edukacja zdrowotna i wsparcie dla grup szczególnego ryzyka (osoby ubogie, seniorzy, osoby z niepełnosprawnością, bezrobotni, migranci), prowadzona we współpracy z pomocą społeczną, organizacjami pozarządowymi i instytucjami lokalnymi.

- Dodatkowe działania w dzielnicach peryferyjnych i obszarach o gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej: lokalne punkty informacji zdrowotnej, wyjazdowe akcje profilaktyczne, programy aktywizacji i edukacji prozdrowotnej.
- Wsparcie programów materialnych, psychologicznych i medycznych dla osób wykluczonych społecznie, tak aby działania zdrowotne były spójne z miejską polityką społeczną i realnie zmniejszały nierówności w zdrowiu.

Monitoring

- Udział grup zagrożonych w programach zdrowotnych
- Analiza informacji socjoekonomicznych uczestników programów

2.2.5 Profilaktyka w grupach szczególnych

Dzieci i młodzież

Cel główny

Zapewnienie kompleksowej profilaktyki zdrowotnej dzieciom i młodzieży w Świdniku poprzez skoordynowane programy szczepień, żywienia, aktywności fizycznej, badań bilansowych i edukacji zdrowotnej od przedszkola po szkoły ponadpodstawowe.

Działania:

Filar 1 – Szczepienia i badania profilaktyczne

- Rozwój lokalnych programów szczepień (w tym krztusiec, półpasiec, RSV, HPV, grypa, pneumokoki, gruźlica - BCG), realizowanych w szkołach z intensywną kampanią informacyjną dla rodziców.
- Automatyzacja zaproszeń do szczepień i badań bilansowych poprzez integrację z e-usługami (e-skierowania, rejestry szczepień) oraz regularna koordynacja szczepień i badań w szkołach.
- Powszechne, bezpłatne programy szczepień oraz wczesne badania przesiewowe dla dzieci i młodzieży jako stały element szkolnych programów zdrowotnych.

Filar 2 – Zdrowe żywienie, ruch i profilaktyka otyłości

- Programy żywieniowe i ruchowe: edukacja dietetyczna, zdrowe obiady w stołówkach, promocja regularnych śniadań, konkursy i kampanie dotyczące diety, aktywności i profilaktyki uzależnień.
- Włączanie aktywności fizycznej do codziennych zajęć szkolnych oraz rozwój miejskich programów przeciwdziałania otyłości i nadmiernemu spożyciu słodczy i napojów słodzonych.
- Interwencje środowiskowe: promocja wspólnego spożywania posiłków, ruchu rodzinnego oraz poradnictwo zdrowotne dla rodziców i opiekunów.

Filar 3 – Dobrostan psychiczny i edukacja zdrowotna

- Indywidualne konsultacje dietetyczne i psychologiczne dla uczniów, wsparcie fizycznego i psychicznego dobrostanu w szkołach.
- Realizacja kompleksowych programów edukacji zdrowotnej i psychoedukacyjnej w ramach zajęć dodatkowych lub godzin lekcyjnych: zdrowie fizyczne, psychiczne, profilaktyka uzależnień i chorób zakaźnych.
- Systemowe wykorzystanie narzędzi cyfrowych (rejstry, e-skierowania, programy edukacyjne) do automatycznego kierowania dzieci do profilaktyki, monitorowania jej efektów oraz intensyfikacja miejskich kampanii przeciw otyłości i uzależnieniom.

Monitoring

- Pokrycie szczepieniami i udział w programach
- Pomiary BMI, ocena zmian nawyków żywieniowych
- Frekwencja na zajęciach dodatkowych

Kobiety

Cel główny

Zwiększenie wykrywalności chorób typowych dla kobiet (rak piersi, szyjki macicy, osteoporoza, choroby metaboliczne) oraz poprawa jakości życia dzięki systematycznym badaniom, edukacji o zdrowiu reprodukcyjnym i menopauzie oraz lepszemu dostępowi do wsparcia.

Działania:

Filar 1 – Badania przesiewowe i dostęp do diagnostyki

- Stałe miejskie programy badań: regularne, bezpłatne badania cytologiczne, mammograficzne (w tym z użyciem nowoczesnych technologii, np. analizy obrazu), badania w kierunku osteoporozy oraz ich organizacja w stacjonarnych i mobilnych punktach.
- Zwiększenie zgłaszalności kobiet na mammografię, cytologię i inne badania profilaktyczne poprzez specjalne akcje przesiewowe, miejskie Dni Zdrowia Kobiet oraz łatwiejszy dostęp do konsultacji ginekologicznych i badań dodatkowych.

Filar 2 – Edukacja zdrowotna kobiet

- Kampanie edukacyjne i programy informacyjne dotyczące profilaktyki raka piersi, szyjki macicy, osteoporozy oraz okresu menopauzy, prowadzone w mediach lokalnych, instytucjach miejskich i przy współpracy z POZ.

- Warsztaty zdrowotne, konsultacje żywieniowe i menopauzalne oraz tworzenie dedykowanych materiałów informacyjnych dla kobiet 40+ i 50+, z naciskiem na czynniki ryzyka, samokontrolę i styl życia.

Filar 3 – Wsparcie i nowoczesne rozwiązania

- Programy wsparcia psychologicznego i grupy samopomocowe dla kobiet doświadczających przewlekłego bólu, depresji okołoporodowej, wyzwań związanych z menopauzą lub chorobami przewlekłymi.
- Wykorzystanie nowoczesnych narzędzi (np. systemów wspomagających ocenę badań obrazowych oraz cyfrowych systemów zaproszeń) do identyfikowania kobiet wymagających szczególnej opieki i usprawnienia kierowania na badania przesiewowe, z jednoczesnym dostosowaniem lokalnych programów do potrzeb i wskaźników uczestnictwa.

Monitoring

- Liczba kobiet objętych badaniami
- Analiza udziału w programach wsparcia i informacji zwrotnych od uczestniczek
- Statystyki problemów przewlekłych

Osoby starsze

Cel główny

Ograniczenie liczby upadków, powikłań chorób przewlekłych i przypadków otępienia wśród seniorów oraz poprawa ich samodzielności i jakości życia poprzez zintegrowane działania zdrowotne, społeczne i środowiskowe.

Działania:

Filar 1 – Prewencja upadków, demencji i chorób przewlekłych

- Programy profilaktyki upadków: ćwiczenia równowagi i siły, edukacja o ryzyku upadków, regularne pomiary ciśnienia, cukru i innych parametrów zdrowotnych oraz infrastrukturę sprzyjającą bezpieczeństwu (bezpieczne chodniki, poręcze, dostosowanie mieszkań i domów opieki).
- Profilaktyka demencji i chorób przewlekłych (serce, cukrzyca, nerki): regularne badania okresowe, wczesne wykrywanie zaburzeń poznawczych, programy aktywności intelektualnej i ruchowej, profilaktyka nowotworowa oraz rozwój ambulatoryjnej geriatry.

Filar 2 – Opieka geriatryczna, środowiskowa i rehabilitacja

- Rozwój i koordynacja opieki geriatrycznej, rehabilitacyjnej i długoterminowej: domowa opieka nad osobami niesamodzielnymi, telerehabilitacja, programy

wsparcia dla opiekunów oraz rozwój dziennych domów opieki i usług środowiskowych.

- Organizacja badań okresowych, konsultacji geriatrycznych i rehabilitacyjnych, zintegrowanie opieki domowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz wzmacnianie lokalnych programów wsparcia seniorów najbardziej narażonych na upadki i demencję.

Filar 3 – Aktywizacja, teleopieka i wsparcie psychospołeczne

- Zajęcia aktywizujące społecznie i ruchowo: gimnastyka dla seniorów, kluby seniora, spotkania międzypokoleniowe, Dni Zdrowia Seniora, warsztaty edukacyjne z profilaktyki zdrowotnej i programy przeciwdziałania samotności.
- Wsparcie telemedyczne i teleopieka: noszalne urządzenia monitorujące stan zdrowia (opaski bezpieczeństwa), teleporady, systemy zdalnego monitoringu z automatycznymi alertami oraz edukacja rodzin opiekujących się seniorami.
- Sieć wolontariatu i programy wsparcia środowiskowego dla samotnych seniorów, łączące pomoc praktyczną z towarzyszeniem, edukacją zdrowotną i koordynacją opieki.

Monitoring

- Liczba uczestników programów rehabilitacyjnych
- Informacje zwrotne od uczestników w celu poprawy organizacji inicjatyw w kierunkach ułatwiających uczestnictwo osób starszych
- Monitoring objawów demencji i chorób przewlekłych

Pracownicy

Cel główny

Ograniczenie chorób zawodowych, stresu i wypalenia wśród pracujących w Świdniku poprzez wdrożenie programów ergonomicznych, systemowe wsparcie psychologiczne oraz rozwój kultury zdrowego środowiska pracy.

Działania:

Filar 1 – Ergonomia i prewencja chorób zawodowych

- Wdrażanie miejskich programów ergonomii pracy: szkolenia ergonomiczne dla pracowników urzędu i lokalnych firm, audyty stanowisk, poprawa wyposażenia oraz działania zapobiegające urazom i chorobom zawodowym.
- Wdrażanie programów (dla osób czynnych zawodowo), które umożliwiają prowadzenie zajęć, ćwiczeń rehabilitacyjnych w ośrodkach do tego przygotowanych.

- Cyfrowe i stacjonarne szkolenia z ergonomii oraz monitoringu warunków pracy, połączone z regularną oceną BHP i profilaktycznymi badaniami pracowników obejmującymi także ryzyka zawodowe.

Filar 2 – Zdrowie psychiczne, stres i wypalenie

- Programy wsparcia psychologicznego w miejscu pracy: linia wsparcia dla pracowników, konsultacje psychologiczne, warsztaty radzenia sobie ze stresem, programy prewencji i niwelowania wypalenia zawodowego.
- Cyfrowe narzędzia i aplikacje do monitorowania stresu i dobrostanu, szkolenia antystresowe (online i na żywo) oraz kampanie informacyjne o profilaktyce wypalenia i uzależnień (np. rozwój poradni antynikotynowych).

Filar 3 – Współpraca z pracodawcami

- Współpraca z pracodawcami przy wdrażaniu programów profilaktycznych: warsztaty dla pracodawców z aktywnej polityki zdrowotnej, promocji work-life balance i zdrowego stylu życia w pracy.
- Miejski system certyfikatów („Zdrowe miejsce pracy” / „Pracodawca dbający o zdrowie”) dla firm spełniających wysokie standardy w zakresie ergonomii, profilaktyki stresu i badań profilaktycznych, wspierany kampaniami promującymi zdrowe środowisko pracy.

Monitoring

- Ankiety dotyczące stresu i wypalenia zawodowego
- Liczba uczestników szkoleń
- Statystyki korzystania z narzędzi

2.3 Rekomendacje uzupełniające

Każde z podejmowanych działań można objąć mierzalnymi wskaźnikami (liczba uczestników, liczba przeprowadzonych badań, opinie mieszkańców, odsetek osób objętych interwencją, efektywność itd.), a rezultaty systematycznie monitorować i raportować — zgodnie z dobrymi praktykami krajowymi i europejskimi. Urząd powinien elastycznie dostosowywać programy do zmieniających się wyzwań oraz aktywnie szukać partnerstw – z placówkami zdrowia, powiatowym urzędem pracy, NGO, biznesem i edukacją, by nadać polityce zdrowotnej Świdnika sprawność i ciągłość.

Miasto może przyjąć rolę lokalnego integratora polityk zdrowotnych – koordynować profilaktykę na styku sektorów: edukacji, zdrowia, pomocy społecznej i aktywności obywatelskiej. Kluczem staje się zwinna adaptacja narzędzi cyfrowych, systematyczne monitorowanie rezultatów i elastyczne dopasowywanie programów do zmieniających się potrzeb, z konsekwentnym inwestowaniem w zdrowie populacji przed pojawieniem

się kosztownych skutków chorób przewlekłych. To inwestycja o najwyższej długoterminowej stopie zwrotu. Niezbędne jest zaangażowanie lokalnej społeczności w projektowanie i realizację programów.

W Narodowej Strategii Onkologicznej czytamy, że samorząd nie zastąpi państwa w szkoleniu onkologów, ale: może realnie wzmacniać kompetencje lokalnych POZ i medycyny pracy w profilaktyce (szkolenia praktyczne, wsparcie finansowe w udziałach w kursach); może w krytycznych obszarach (np. dietetyka, psychoonkologia, wsparcie rzucania palenia) kontraktować dodatkowe usługi na poziomie lokalnym. Miasto może promować udział mieszkańców w projektach pilotażowych (ma to wymiar edukacyjny, ale też daje dostęp do nowocześniejszych technologii), a lokalne programy profilaktyczne powinny świadomie korzystać z danych Krajowego Rejestru Nowotworów oraz z rejestrów przesiewowych.²⁰⁷ Miasto Świdnik, budując własny program profilaktyki zdrowotnej, powinno wyznaczać priorytety w korelacji z NSO: skoncentrować się na nowotworach, chorobach cywilizacyjnych, edukacji zdrowotnej, wsparciu psychologicznym, redukcji ryzyk środowiskowych i zawodowych oraz monitoringu lokalnych wskaźników skuteczności programów. Integracja prewencji, synergia działań samorządowych i centralnych oraz konsekwentne zamykanie luki dostępności to klucz do efektywności.

Cyfrowa innowacja, integracja danych oraz predykcyjne, profilowane działania wyznaczają nowy paradygmat lokalnej profilaktyki zdrowotnej. Miasto Świdnik powinno zdywersyfikować kanały dotarcia, inwestować w zintegrowane narzędzia cyfrowe i programy populacyjne, wychodząc naprzeciw wyzwaniom i nierównościom zdrowotnym. Zasoby AI, e-usług i danych medycznych pozwalają zarówno na radykalną poprawę skuteczności profilaktyki, jak i lepszy nadzór nad efektami polityki zdrowotnej, obejmując wszystkie grupy mieszkańców miasta.²⁰⁸

Przykładowe wskaźniki, które można monitorować po realizacji działań profilaktycznych (bazowa rejestracja wskaźnika następuje przed realizacją działań):

Zdrowie fizyczne, prewencja pierwotna:

- Odsetek mieszkańców wykonujących badania przesiewowe w kierunku nowotworów (mammografia, cytologia/HPV-DNA/LBC, kolonoskopia/FIT, NDTK płuca) względem populacji docelowej.
- Wskaźnik zgłaszalności do programów przesiewowych (np. mammografia wśród kobiet 45–74 lata – cel krajowy na 2027: 75%).
- Odsetek dzieci i młodzieży zaszczepionych przeciw HPV i HBV.
- Odsetek osób z nadwagą/otyłością w podstawowych grupach wiekowych (ankiety/badania lokalne).

²⁰⁷ *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*, Warszawa 2020, załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (M.P. 2020, poz. 189).

²⁰⁸ *Cyfrowa innowacja ratunkiem dla zdrowia*, Koalicja AI i Innowacji w Zdrowiu, Polska Federacja Szpitali, w Zdrowiu, Warszawa 2024

- Odsetek osób deklarujących regularną aktywność fizyczną (badania ankietowe, dane z lokalnych programów infrastrukturalnych).

Zdrowie psychiczne:

- Liczba osób korzystających z poradnictwa psychologicznego, psychoedukacji i programów prewencji stresu, wypalenia (w szkołach, pracy, punktach miejskich).
- Liczba interwencji wsparcia psychicznego wśród dzieci/młodzieży (programy szkolne, organizacje pozarządowe).

Zdrowie środowiskowe:

- Wskaźnik jakości powietrza/środowiska (pomiar miejski), liczba akcji informacyjnych o zagrożeniach środowiskowych.
- Liczba przeprowadzonych audytów ergonomii i bezpieczeństwa pracy w instytucjach miejskich.
- Odsetek mieszkańców korzystających z certyfikowanych źródeł wody pitnej.

Profilaktyka w grupach szczególnych:

- Odsetek dzieci/młodzieży uczestniczących w programach zdrowotnych i profilaktycznych powiązanych ze szkołami.
- Zasięg programów szkolnych dotyczących profilaktyki uzależnień, diety, ruchu – liczba realizowanych godzin.
- Liczba kobiet uczestniczących w badaniach przesiewowych (mammografia, cytologia/LBC/HPV-DNA).
- Liczba seniorów objętych programami profilaktyki upadków, demencji, chorób przewlekłych.
- Liczba pracowników objętych programami ergonomii i wsparcia psychologicznego.

Efekty zdrowotne w populacji (do pozyskania cyklicznie z KRN, SIMP, NFZ):

- Lokalne trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory w kluczowych lokalizacjach (płuco, piers, jelito, szyjka, czerniak).
- Odsetek wykrytych nowotworów w I/II stadium (wczesna wykrywalność) versus stadium zaawansowane.
- 5-letni wskaźnik przeżycia po diagnozie nowotworu w populacji (z KRN).
- Frekwencja w programach edukacyjnych i liczba zgłoszeń do programów miejskich.

Dodatkowo:

- Wskaźnik satysfakcji mieszkańców, monitorowany w ramach regularnych ankiet i punktów konsultacyjnych.
- Liczba miejskich partnerstw (z POZ, NGO, lokalnym biznesem) na rzecz zdrowia.

Urząd miasta powinien wdrożyć tablicę wskaźników z bieżącą wizualizacją efektów – udostępnianą np. kwartalnie Radzie Miasta i mieszkańcom. Należy cyklicznie aktualizować wskaźniki (zgodnie z NSO/KRN/NFZ) i powiązać je z systemem nagród/premiowania dla lokalnych instytucji. Najważniejsza jest zgłaszalność do badań przesiewowych, faktyczne utworzenie lokalnych programów edukacyjnych i aktywna analiza realnych trendów zachorowalności oraz umieralności.

W zakresie cyfrowej innowacji rekomenduje się fundowanie działań, które łączą tradycyjną profilaktykę z innowacją cyfrową oraz zapewnianie bezpiecznego i etycznego zarządzania danymi zdrowotnymi mieszkańców. Miasto powinno inwestować w infrastrukturę cyfrową zdrowia, nawiązywać partnerstwa z twórcami aplikacji i lokalnymi placówkami, oraz dążyć do roli modelowego samorządu w implementacji nowoczesnej profilaktyki zdrowotnej.²⁰⁹

Holistyczny model działań zdrowotnych Urzędu Miasta Świdnik powinien integrować szerokie spektrum prewencji, edukacji, opieki i monitoringu – obejmując mieszkańców w każdym wieku, w różnych środowiskach i grupach ryzyka.

Do rozważenia pozostają większe inicjatywy:

- Utworzenie lub wsparcie gminnego centrum zdrowia – miejsca kompleksowego dostępu do usług medycznych, psychologicznych, dietetycznych i rehabilitacyjnych, z doradcą zdrowotnym, koordynatorem profilaktyki oraz wsparciem dla grup szczególnych.
- Wspólne kompleksowe projekty z lokalnymi przedsiębiorcami (np. promocja zdrowej żywności), instytucjami edukacyjnymi (kursy, warsztaty), placówkami ochrony zdrowia.

Samorząd, chcąc opracować skuteczny program profilaktyki zdrowotnej, musi odejść od uniwersalnych rozwiązań na rzecz pogłębionej analizy lokalnej społeczności, eliminować kluczowe bariery i budować zaufanie do publicznych działań zdrowotnych. Potrzebne są działania ukierunkowane, zintensyfikowana promocja profilaktyki oraz nowoczesne, wielokanałowe podejście komunikacyjne.²¹⁰

Tak zbudowany program profilaktyki zdrowotnej dla Świdnika nie tylko dostosuje rozwiązania krajowe do realiów lokalnych, ale też będzie mógł stać się wzorem skutecznego wdrożenia dla innych miast średniej wielkości w Polsce.²¹¹ Właściwym kierunkiem jest przekształcenie profilaktyki zdrowotnej w priorytet lokalnej polityki społecznej, z naciskiem na pogłębioną współpracę interdyscyplinarną, monitorowane inwestycje w kapitał ludzki i systematyczną ewaluację działań. Bez silnych mechanizmów ewaluacji i partnerskich relacji w mieście, Świdnik zagrożony byłby

²⁰⁹ *Cyfrowa innowacja ratunkiem dla zdrowia*, Koalicja AI i Innowacji w Zdrowiu, Polska Federacja Szpitali, wZdrowiu, Warszawa 2024

²¹⁰ M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025.

²¹¹ IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020

popadnięciem w administracyjne status quo – tymczasem kurs obrany przez lokalny samorząd sugeruje szansę na długofalową poprawę jakości życia mieszkańców i realną transformację w polityce zdrowotnej na poziomie gminy.²¹²

Wnioski z raportów potwierdzają, że skuteczny program profilaktyki zdrowotnej powinien obejmować zintegrowane działania w czterech wymiarach: promocję zdrowego stylu życia, intensywną edukację zdrowotną, opiekę dostosowaną do szczególnych grup ryzyka oraz rozwój lokalnych centrów koordynowanej opieki zdrowotnej. Kluczowe jest wdrażanie regularnych, populacyjnych programów przesiewowych oraz monitorowanie społecznych nierówności zdrowotnych.²¹³ Zintegrowane, wieloobszarowe podejście pozwala efektywnie kształtować zdrowie publiczne na poziomie lokalnym, zapewnia trwały efekt, ogranicza koszty leczenia i pozytywnie wpływa na jakość życia mieszkańców.²¹⁴ Aby sprawnie wdrażać wymienione działania należy rozważyć utworzenie miejskiego zespołu ds. profilaktyki zdrowotnej, który koordynuje działania, zbiera dane i raportuje sukcesy oraz wyzwania.

2.4 Wnioski dotyczące zamówień badawczych

Przygotowując opis przedmiotu zamówienia na badania społeczne dotyczące profilaktyki zdrowotnej mieszkańców Świdnika, warto zaznaczyć, że celem każdego zamówienia jest stworzenie rzetelnej i szerokiej diagnozy zdrowotnej mieszkańców, stanowiącej podstawę do planowania wieloletnich działań profilaktycznych. Zamówienie powinno akcentować, że badania będą oparte na najlepszych dostępnych praktykach samorządowych oraz na doświadczeniach gmin i miast, które skutecznie wykorzystują badania społeczne do rozwijania polityki zdrowotnej. Ważne jest nawiązanie do programów profilaktycznych Świdnika już zrealizowanych. Istotne jest również zaznaczenie, jaki jest zakres tematyczny badań i czy na etapie raportu metodycznego Zamawiający lub Wykonawca może wskazywać dodatkowe pytania badawcze i w jakiej liczbie. Rozszerzenia badań o obszary szczególne (np. zdrowie psychiczne młodzieży, postawy wobec informacji zdrowotnej w sytuacjach kryzysowych czy wpływ środowiska lokalnego na zdrowie) musi być przewidziane odpowiednią procedurą.

W OPZ powinno znaleźć się jasne wskazanie, że badania obejmą zachowania zdrowotne, styl życia, uczestnictwo w profilaktyce, bariery i motywacje mieszkańców, oczekiwania wobec działań gminy oraz różnice między grupami społecznymi - takimi jak młodzież, seniorzy, rodziny, osoby pracujące zawodowo, osoby z chorobami

²¹² *Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030*, Świdnik 2021.

²¹³ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Warszawa 2021.

²¹⁴ P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022.

przewlekłymi czy grupy wymagające szczególnej uwagi. Zamówienie powinno jednak dopuszczać możliwość pewnego rozszerzenia zagadnień na etapie raportu metodycznego, czyli także konstruowania narzędzi badawczych.

Kluczowym elementem OPZ musi być opis metodyki badań. Konieczne jest wyraźne zapisanie, że badania powinny stosować metody mieszane, łączące dane ilościowe, jakościowe oraz analizę danych zastanych. Badania ilościowe — realizowane formami łączonymi, takimi jak ankiety internetowe, papierowe i telefoniczne — powinny być oparte na próbie mieszkańców Świdnika, z zachowaniem równowagi między określonymi w przedmiocie zamówienia grupami np. wiekowymi (warto również uwzględnić realizację badania pilotażowego, aby sprawdzić poprawność rozumienia pytań przez respondentów). Badania jakościowe powinny uzupełniać dane liczbowe i umożliwiać pogłębione zrozumienie barier, potrzeb i motywacji poszczególnych grup. Warto pogłębiać badania z uwzględnieniem szerszego spektrum instytucji wspierających zdrowie mieszkańców. OPZ może obejmować przeprowadzenie konsultacji z mieszkańcami lub lokalnymi interesariuszami - jako etap weryfikacji i doprecyzowania wniosków.

Ważne jest również, aby wykonawca dokonał analizy dostępnych danych zastanych, takich jak statystyki zdrowotne, dane środowiskowe, dane z jednostek samorządowych i instytucji lokalnych (należy wskazać na lata, z których mogą pochodzić dane). Analiza ta powinna być nie tylko wprowadzeniem do badań, ale także jednym z elementów interpretacji ich wyników, tak aby ostateczne wnioski były pełniejsze i osadzone w kontekście lokalnym.

Opis przedmiotu zamówienia powinien zakładać segmentację mieszkańców do próby badawczej — nie tylko według podstawowych kryteriów demograficznych, lecz także według potrzeb zdrowotnych, stylów życia, poziomu zaangażowania w działania profilaktyczne oraz barier w dostępie do usług zdrowotnych. Segmentacja taka ma kluczowe znaczenie dla późniejszego planowania skutecznych, precyzyjnie adresowanych działań. Jeśli w działaniach profilaktycznych chcemy uwzględniać zbiorowości hipotetycznie najbardziej potrzebujące (np. wielodzietne rodziny, osoby starsze, dzieci), to należy założyć szczegółowe sprawdzenie ich potrzeb na etapie badawczym.

W odniesieniu do próby badawczej warto opisać wymóg zachowania przepisów o ochronie danych osobowych przy rekrutacji i badaniu, w tym gromadzenia klauzul, oświadczeń. OPZ powinno także przewidywać obowiązek przeprowadzenia pilotażu narzędzi badawczych, by upewnić się, że narzędzia są zrozumiałe i adekwatne. Z punktu widzenia organizacyjnego w OPZ należy wskazać najważniejsze etapy pracy, z uwzględnieniem przygotowania narzędzi, realizacji badań, konsultacji, analiz, raportu metodycznego oraz raportu końcowego. Warto również określić zasady kontaktu Wykonawcy z Zamawiającym, a także wymogi etyczne w badaniach.

Raport końcowy, którego przygotowanie powinno być jednym z obowiązków wykonawcy, musi przedstawiać spójną diagnozę np. stanu zdrowia mieszkańców, ich zachowań i postaw, barier w korzystaniu z profilaktyki, a także rekomendacje i kierunki działań na kolejne lata — ewentualnie z zestawem wskaźników pozwalających monitorować efekty wdrażanych programów. Raport musi również jednoznacznie pokazywać, w jaki sposób Wykonawca wykorzystał dane zastane, wyniki ankiet, badania jakościowe oraz konsultacje.

Zakończenie

Świdnik stoi przed strategicznym wyborem: utrwać reaktywny model ochrony zdrowia, w którym system głównie leczy skutki chorób, czy konsekwentnie budować miasto, które inwestuje w prewencję, zanim koszty społeczne i finansowe wymkną się spod kontroli. W proponowanym w opracowaniu ujęciu profilaktyka przestaje być miękkim dodatkiem do medycyny, a staje się infrastrukturą rozwojową – porównywalną z siecią dróg czy systemem wodociągów. Profilaktyka z edukacją zdrowotną jest wówczas jedną z priorytetowych aktywności gminy. Kluczowym kierunkiem działań jest wzmacnianie zdrowia publicznego poprzez zintegrowane, oparte na dowodach inicjatywy adresowane do wszystkich grup wiekowych, ze szczególnym uwzględnieniem seniorów, dzieci, osób przewlekle chorych oraz populacji w wieku produkcyjnym.

Polityka zdrowotna Świdnika powinna koncentrować się na kilku kluczowych kierunkach działań, które umożliwią skuteczne podnoszenie jakości życia mieszkańców oraz poprawę stanu zdrowia publicznego. Pierwszym z nich jest rozbudowa lokalnych systemów profilaktyki i wczesnej interwencji. Miasto powinno postawić na kompleksowe, systematyczne programy profilaktyczne adresowane do różnych grup wiekowych i społecznych. Ważnym elementem będzie wdrażanie działań umożliwiających wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca, choroby serca, nowotwory, zaburzenia psychiczne i uzależnienia. Należy również zapewnić szeroki dostęp do szczepień oraz edukacji zdrowotnej, rozwijanej już od najwcześniejszych lat życia.

Drugim priorytetem jest rozwój usług dla osób starszych i niesamodzielnych. Miasto powinno dążyć do zapewnienia systematycznej opieki domowej, rozwijania usług teleopieki oraz tworzenia dziennych domów opieki dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami. Istotne znaczenie ma także ułatwienie dostępu do rehabilitacji, zarówno w warunkach domowych, jak i w środowisku lokalnym. Kolejnym obszarem działań powinno być inwestowanie w edukację zdrowotną i promocję zdrowego stylu życia. Należy stale rozwijać ofertę edukacyjną w zakresie aktywności fizycznej, racjonalnego żywienia, profilaktyki uzależnień oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem. Kształtowanie postaw prozdrowotnych wymaga współpracy z lokalnymi organizacjami pozarządowymi, szkołami, klubami sportowymi czy parafiami, by działania te były spójne i skuteczne.

Ważnym elementem strategii powinna być integracja działań społecznych, zdrowotnych i edukacyjnych. Tworzenie zintegrowanych systemów wsparcia, takich jak centra usług społecznych, umożliwi lepsze skoordynowanie kompetencji medycznych, psychologicznych i społecznych. Współpraca z sektorem naukowym, przedsiębiorcami i organizacjami pozarządowymi pozwoli natomiast rozszerzać ofertę o telemedycynę, e-zdrowie, edukację cyfrową oraz nowoczesne narzędzia komunikacji.

Nie mniej ważne jest wprowadzenie systematycznego monitorowania i ewaluacji efektów działań zdrowotnych. Należy prowadzić realny pomiar wskaźników zdrowotnych, takich jak liczba uczestników programów profilaktycznych. Warto korzystać z danych statystycznych gromadzonych na poziomie gminy i regionu, analizować trendy oraz aktualizować strategię w oparciu o wiarygodne źródła – zgodnie z założeniami regionalnego systemu monitorowania strategii rozwoju.

Efektywna strategia profilaktyki zdrowotnej w Świdniku powinna opierać się na racjonalnym wykorzystaniu środków finansowych, partnerskiej współpracy sektora publicznego i prywatnego, otwartości na innowacje oraz systematycznej ewaluacji. W obliczu wyzwań demograficznych i epidemiologicznych niezbędne jest elastyczne podejście, które umożliwi szybkie reagowanie i ciągłe uczenie się. Kluczowe będzie także łączenie funduszy krajowych, regionalnych i unijnych oraz aktywne włączanie mieszkańców w proces monitoringu i współtworzenia lokalnej polityki zdrowotnej. Tylko dzięki zaangażowaniu wszystkich partnerów — samorządu, instytucji zdrowotnych, środowisk naukowych, biznesu i organizacji społecznych — Świdnik będzie mógł stworzyć nowoczesną, odporną i włączającą wspólnotę, gotową sprostać wyzwaniom XXI wieku. Tak rozumiana polityka zdrowotna przekształci samorząd z biernego administratora w aktywnego kreatora zdrowia lokalnej społeczności.²¹⁵

²¹⁵ *Strategia rozwoju województwa lubelskiego do 2030 roku*, Lublin 2021.

Bibliografia – spis źródeł

- A. Dusza-Ciechanowska, *Jak realizować skuteczne programy polityki zdrowotnej. Praktyczne wskazówki dla samorządów*, Warszawa 2020
- A. Gach, *Zachowania zdrowotne pacjentów poradni zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej w Lublinie*, Lublin 2025
- M. Jankowski, R. Sierpiński, F. Raciborski, *Profilaktyka prozdrowotna a nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2025
- P. Klimek, M. Maj, O. Mazan, M. Teuber, *Efekty regionalnych programów zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WZ 2014-2020. Raport końcowy*, 2025
- K. Leksy, G. Gawron, V. Todorovska-Sokołowska, T. Wojtasik, *Wdrażanie działań prozdrowotnych w placówkach należących do Krajowej Sieci, Szkół Promujących Zdrowie*, Katowice 2024
- M. Małachowska, *Odpowiedzialność za zdrowie. Profilaktyka chorób zakaźnych jako dobra praktyka CSR w miejscu pracy i element zrównoważonego rozwoju regionu. Poradnik dla pracodawców i samorządów*, Warszawa 2021
- I. Obarska, E. Kuchar, *Raport: Profilaktyka chorób zakaźnych w Polsce. Refundacja apteczna szansą na poprawę dostępności do szczepień ochronnych*, Warszawa 2020
- W. Poleszczak, *System oddziaływań profilaktycznych w Polsce – stan i rekomendacje dla zwiększenia skuteczności i efektywności planowania i realizowania działań profilaktycznych w mikro i makro skali. Końcowe rekomendacje i kierunki działań*, Fundacja „Masz Szansę”, Warszawa 2018
- A. Rzeńca, A. Sobol, P. Ogórek, *Raport o stanie polskich miast. Środowisko i adaptacja do zmian klimatu*, Obserwatorium Polityki Miejskiej IRMiR, Kraków - Warszawa 2021
- R. Siewiorek, M. Lach-Kuśnierz (red.), *Raport Iloraz Sztucznej Inteligencji vol 4. Potencjał Sztucznej Inteligencji w Sektorze Ochrony Zdrowia*, Fundacja AI Law Tech, Warszawa 2021
- P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2015; 13 (1); str. 55-68
- P. Warczyński, B. Rorant, *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Pracodawcy RP, Warszawa 2022

B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025

J. Woźniak-Holecka, K. Sobczyk, K. Suchecki, *Realizacja samorządowych programów polityki zdrowotnej (PPZ) przez gminy miejskie, wiejsko-miejskie oraz wiejskie. Realizacja programów polityki zdrowotnej przez samorządy*, Space-Society-Economy 2023; 34; str. 43-55

M. Wójcik, *Samorządowe programy polityki zdrowotnej i budżet obywatelski. Związek, który ma przed sobą przyszłość. Praktyczny poradnik dla samorządowców*, Warszawa 2021

Biuletyn Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, nr 72, Kalisz 2025

Chronic Obstructive Pulmonary Disease Index. Expansion Report 2025, Copenhagen Institute For Futures Studies, 2025

Cyfrowa innowacja ratunkiem dla zdrowia, Koalicja AI i Innowacji w Zdrowiu, Polska Federacja Szpitali, wZdrowiu, Warszawa 2024

Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności, Warszawa, 11.01.2013

Dochody z „korkowego” i tzw. „małpek” – jak je wydatkować zgodnie z prawem. Przewodnik dla Skarbników, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2024

Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w Gminie Miejskiej Świdnik na lata 2022–2030, Świdnik 2021

Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska na lata 2024-2026, Gdańsk 2024

IFIC Polska, *Strategia zintegrowanej profilaktyki w Polsce na lata 2020–2035*, 2020

Informacja o rekrutacji do projektu Zdrowy Urzędnik – wsparcie profilaktyki zdrowotnej dla świętokrzyskich gmin, Business Horizon Sp. z o.o., Fundacja Centrum Europy Lokalnej, Kielce 2024

Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026, Warszawa 2021

Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.,
Warszawa 2021, załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27.08.2021 r.
(poz. 69)

Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r.,
Warszawa 2021, załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30.06.2025 r.
(poz. 42)

*Modelowy program polityki zdrowotnej z zakresu zapobiegania inwazyjnym chorobom
pneumokokowym i ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznych
i hematologicznych, EESTIAHC, Warszawa-Kraków 2024*

*Ocena jakości powietrza w strefach w Polsce za rok 2023, Główny Inspektorat
Ochrony Środowiska, Warszawa 2024*

*Ocena trafności i skuteczności program profilaktycznych realizowanych w ramach
PO WER, IBC Group, MZ, Warszawa 2020*

*Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia – 2024, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji
Zdrowotnej, Warszawa 2024*

Polityka zdrowotna dla miasta Torunia na lata 2019-2025, Toruń 2019

Population exposure to noise in cities with over 100 thousand inhabitants, GUS, 2024

*Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-IV
szkół podstawowych w Gminie Kobylnica na lata 2021-2023, Kobylnica 2020*

*Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021–2027,
Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa
Lubelskiego w Lublinie, Lublin 2021.*

*Raport dotyczący potrzeb w zakresie zdrowego stylu życia i edukacji zdrowotnej.
Opracowanie wyników ankiet, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2025*

*Raport Funkcjonowanie ochrony zdrowia w Gminie Zbąszynek w 2024. Plan działań
na 2025 r., Zbąszynek 2025*

*Raport Indeks Zdrowych Miast 2025, Grupa LUX MED, SGH – Szkoła Główna
Handlowa w Warszawie, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, 2025*

*Raport Kultura zdrowia w Polsce 2024. Wyniki ogólnopolskiego badania
przeprowadzonego przez PBS, Hospittal, PBS, 2024*

Raport końcowy z realizacji PPZ Program profilaktyki nowotworowej w Gminie Gogolin na lata 2016-2020, Gogolin 2024

Raport z badania ankietowego mieszkańców gminy Długołęka na potrzeby Strategii Zrównoważonego Rozwoju Gminy Długołęka na lata 2021-2027, Załącznik do Strategii zrównoważonego rozwoju gminy Długołęka na lata 2021-2030

Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego, Najwyższa Izba Kontroli, nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD, Warszawa 2016

Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, nr ewid. 2/2020/P/060/KZD, NIK, Warszawa 2020

Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2025 roku, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2024

Sprawozdanie z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w 2023 roku, Dolice 2024

Stan środowiska w Polsce – Raport 2022, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa 2023

Strategia rozwoju województwa lubelskiego do 2030 roku, Lublin 2021

Uchwała Rady Miejskiej w Mirosławcu w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Mirosławiec na 2023 rok, Gmina Mirosławiec, 2023

Uchwała Rady Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024-2025, Gmina Ostrowiec Świętokrzyski, 2024

Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022-2026, Lublin 2024

Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., Warszawa 2021

Ustawa z dnia 20.05.1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz.U. 1971 nr 2 poz. 114; t.j. Dz.U. z 2025 poz. 734)

Ustawa z dnia 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230; t.j. Dz.U. z 2023 poz. 2151)

Ustawa z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U. 1985 nr 12 poz. 49; tj. Dz.U. z 2024 poz. 416)

Ustawa z dnia 08.03.1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95; tj. Dz.U. z 2025 poz. 1153, 1436)

Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535; tj. Dz.U. z 2024 poz. 917)

Ustawa z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996 nr 10 poz. 55; tj. Dz.U. z 2024 poz. 1162, Dz.U. 2025 poz. 427, 799)

Ustawa z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152; tj. Dz.U. z 2024 poz. 1287, 1897, z 2025 poz. 619, 769, 1301)

Ustawa z dnia 29.08.1997 r. o strażach gminnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 779; tj. Dz.U. z 2021 poz. 1763)

Ustawa z dnia 27.04.2001 r. Prawo ochrony środowiska (Dz.U. 2001 nr 62 poz. 627; tj. Dz.U. z 2025 poz. 647, 1080)

Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)

Ustawa z dnia 05.04.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570; t.j. Dz.U. z 2024 poz. 924, 1897)

Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654; tj. Dz.U. z 2025 poz. 450, 620, 637, 1211)

Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916)

Ustawa z dnia 20.07.2017 r. Prawo wodne (Dz.U. 2017 poz. 1566; tj. Dz.U. z 2025 poz. 960)

Ustawa z dnia 02.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020 poz. 374; tj. Dz.U. z 2025 poz. 764)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30.04.2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025 poz. 584)

Załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 04.02.2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M.P. 2020 poz. 189)

Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30.03.2021 w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642)

K. Liszka-Michałka, *Czy Program Zdrowotny bez opinii AOTMiT jest ważny?*, Dziennik warto wiedzieć, 29.09.2022, https://wartowiedziec.pl/polityka-zdrowotna/66029-czy-program-zdrowotny-bez-opinii-aotmit-jest-wazny?utm_source=chatgpt.com (dostęp 03.12.2025)

Bezpłatne badania profilaktyczne w 23 miastach w Polsce!, cukrzyca.pl, 15.06.2021, <https://cukrzyca.pl/bezpłatne-badania-profilaktyczne-w-23-miastach-w-polsce/> (dostęp 07.12.2025)

GUS rozpoczyna Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia 2025, Gmina Miłówka, 09.09.2025, <https://milowka.pl/item/1027-gus-rozpoczyna-europejskie-ankietowe-badanie-zdrowia-2025> (dostęp 07.12.2025)

B. Igielska, *Miasta, które dbają o zdrowie mieszkańców*, Serwis Zdrowie, 27.01.2023, <https://zdrowie.pap.pl/zdrowie-w-ue/miasta-ktore-dbaja-o-zdrowie-mieszkancow> (dostęp 07.12.2025)

Miasta, które dbają o zdrowie mieszkańców, Pap-MediaRoom.pl, 26.01.2023, <https://pap-mediroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/miasta-ktore-dbaja-o-zdrowie-mieszkancow> (dostęp 07.12.2025)

Moje Zdrowie – bilans zdrowia dla dorosłych w POZ, ezdrowie.gov.pl, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/artukul/moje-zdrowie-bilans-zdrowia-dla-doroslych-w-poz> (dostęp 07.12.2025)

Moje Zdrowie – pakiet badań NFZ, luxmed.pl, <https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/uslugi/badania/moje-zdrowie-pakiet-badan-nfz> (dostęp 07.12.2025)

R. Makówka, *Najzdrowsze miasto w Polsce? Ten wynik zaskoczył wszystkich. Warszawa i Gdańsk bez szans*, poradnikzdrowie.pl, 17.11.2025, <https://www.poradnikzdrowie.pl/aktualnosci/najzdrowsze-miasto-w-polsce-ten-wynik-zaskoczyl-wszystkich-warszawa-i-gdansk-bez-szans-aa-MX8j-ReCv-gJNx.html> (dostęp 07.12.2025)

Nie czekaj na objawy – sprawdź swoje zdrowie w programie „Moje Zdrowie”, nfz.gov.pl, 08.05.2025, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nie-czekaj-na-objawy-sprawdz-swoje-zdrowie-w-programie-moje-zdrowie,8775.html> (dostęp 07.12.2025)

A. Rybak, *Nowy program profilaktyki zdrowotnej „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” już od 5 maja*, infor.pl, 06.05.2025, <https://www.infor.pl/twoje-pieniadze/swiadczenia/6929262,nowy-program-profilaktyki-zdrowotnej-moje-zdrowie-bilans-zdrowia-osoby-doroslej-juz-od-5-maja.html> (dostęp 07.12.2025)

Opinie do programów polityki zdrowotnej, bip.aotm.gov.pl, <https://bip.aotm.gov.pl/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst> (dostęp 07.12.2025)

Opole w trójce zdrowych miast w Polsce, opole.pl, 24.01.2023, <https://www.opole.pl/dla-mieszkanca/aktualnosc/opole-w-najlepszej-trojce-zdrowych-miast-w-polsce> (dostęp 07.12.2025)

W. Gędek, *Polityka zdrowia publicznego dużych miast w Polsce: perspektywa lokalnych reżimów polityki społecznej*, <https://repozytorium.uw.edu.pl/entities/publication/33348b2e-9a40-4766-a1ad-2882fe60d049> (dostęp 07.12.2025)

„Poznań w formie 2025” – ponad 1100 bezpłatnych badań profilaktycznych i łącznie blisko 1900 działań prozdrowotnych, Grupa MTP, <https://www.mtp.pl/pl/aktualnosci/poznan-w-formie-2025-ponad-1100-bezplatnych-badan-profilaktycznych-i-laczenie-blisko-1900-dzialan-prozdrowotnych-i-edukacyjnych> (dostęp 07.12.2025)

Program Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej, Pacjent.gov.pl, 26.11.2025, <https://pacjent.gov.pl/program-moje-zdrowie> (dostęp 03.12.2025)

Rozpoczyna się Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności, gov.pl, 01.07.2025, <https://www.gov.pl/web/uw-pomorski/rozpoczyna-sie-wielooosrodkowe-ogolnopolskie-badanie-stanu-zdrowia-ludnosci> (dostęp 07.12.2025)

Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, e-swidnik.pl, 26.09.2025, https://e-swidnik.pl/strona-3331-stowarzyszenie_zdrowych_miast_polskich.html (dostęp 07.12.2025)

Strefa na Zdrowie Polpharmy – bezpłatne badania dla mieszkańców polskich miast, polharm.pl, 13.06.2024, <https://polpharma.pl/strefa-na-zdrowie-polpharmy-bezplatne-badania-dla-mieszkancow-polskich-miast/> (dostęp 07.12.2025)

Temat zdrowia znów głośno wybrzmiał. Zakończył się Kongres Zdrowe Miasta, Business Insider, 17.10.2025, <https://businessinsider.com.pl/biznes/jak-miasta-moga-wspierac-zdrowie-mieszkancow-wnioski-z-kongresu/h13g4d3> (dostęp 07.12.2025)

M. Zin-Sędek, S. Opasińska, *Wdrażanie programów rekomendowanych w samorządach lokalnych. Podsumowanie 13 lat działania systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*, Fundacja Praesterno, Serwis Informacyjny Uzależnienia 2024; 4 (108), <https://siu.praesterno.pl/artykul/857> (dostęp 07.12.2025)

Znajdź program profilaktyczny dla siebie, pacjent.gov.pl, <https://pacjent.gov.pl/archiwum/2022/znajdz-program-profilaktyczny-dla-siebie> (dostęp 07.12.2025)

Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej na podstawie szacunków ZC KSMPS i MRPiPS*, data ostatniej aktualizacji: 15.10.2025 r., Świdnik 2025

Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Ludność według grup wieku i płci (dane według podziału administracyjnego na dzień 31 XII)*, data ostatniej aktualizacji: 22.05.2025 r., Świdnik 2025

Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Placówki wsparcia dziennego ogółem*, data ostatniej aktualizacji: 25.04.2025 r., Świdnik 2025

Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Podmioty ambulatoryjne (stan w dniu 31 XII)*, data ostatniej aktualizacji: 31.07.2025 r., Świdnik 2025

Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Podstawowa opieka zdrowotna – porady lekarskie*, data ostatniej aktualizacji: 31.07.2025 r., Świdnik 2025

Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Specjalistyczna opieka zdrowotna – porady lekarskie*, data ostatniej aktualizacji: 31.07.2025 r., Świdnik 2025

Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Wskaźniki obciążenia demograficznego*, data ostatniej aktualizacji: 22.05.2025 r., Świdnik 2025

Opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Współczynnik feminizacji*, data ostatniej aktualizacji: 22.05.2025 r., Świdnik 2025