

MINISTER ZDROWIA

AKCEPTUJĘ

.....
(Minister Zdrowia)

**NARODOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA
CHOROBYM CYWILIZACYJNYM**

MODUŁ I

**PROGRAM ZAPOBIEGANIA NADWADZE I OTYŁOŚCI ORAZ PRZEWLEKŁYM
CHOROBYM NIEZAKAŹNYM POPRZEZ POPRAWĘ ŻYWIENIA
I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ POL-HEALTH NA LATA 2007-2011**

MODUŁ II

PROGRAM PREWENCJI I LECZENIA CUKRZYCY W POLSCE NA LATA 2010-2011

MODUŁ III

PROGRAM ELIMINACJI I NIEDOBORU JODU W POLSCE NA LATA 2009-2011

Podstawa prawna art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

II. STRESZCZENIE

Choroby cywilizacyjne to jeden z największych obecnie problemów zdrowotnych społeczeństw państw wysoko rozwiniętych i krajów szybko rozwijających się, do grona, których zaliczana jest również Polska. Zjawiskami mającymi decydujący wpływ na wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne są niezmiennie: nieustający postęp technologiczny oraz coraz bardziej odczuwalne dla zwykłego człowieka negatywne skutki zanieczyszczenia środowiska naturalnego. Czynniki sprzyjającymi rozwojowi chorób zaliczanych do grupy schorzeń o podłożu cywilizacyjnym, takich jak: cukrzyca, nadwaga i otyłość, choroby układu krążenia, nowotwory, są: czynniki związane z nowoczesnym stylem życia, to znaczy z siedzącym trybem życia, całkowitym brakiem aktywności fizycznej lub ograniczeniem ćwiczeń do minimum, stosowanie diety bogatej w produkty wysokotłuszczowe i zawierającej zbyt dużą ilość cukrów, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stres. Istotnymi zagadnieniami dotyczącymi chorób cywilizacyjnych są także kwestie wprowadzania odpowiedniej profilaktyki i edukacji społeczeństwa w zakresie unikania czynników ryzyka, wykonywania systematycznych badań i odpowiednio szybkiego reagowania na pojawienie się niepokojących objawów choroby. Chorobami cywilizacyjnymi obecnie najszybciej rozwijającymi się, a w następstwie stwarzającymi największe zagrożenie dla zdrowia wielu społeczeństw jest: cukrzyca, nadwaga i otyłość. W związku ze znaczącym wzrostem zachorowań na te choroby, Minister Zdrowia od kilku lat planuje, inicjuje i wdraża szereg programów zdrowotnych zajmujących się poprawą leczenia osób dotkniętych schorzeniami związanymi w sposób pośredni i bezpośredni z negatywnymi skutkami rozwoju cywilizacji, wdrażaniem nowych metod terapii, prowadzeniem akcji profilaktyczno-edukacyjnych, czy badań naukowych pozwalających dogłębnie poznać nowe, niepokojące zjawiska wśród osób należących do grup ryzyka. Na rok 2010 planowane jest rozpoczęcie realizacji nowego programu zdrowotnego pn.: „Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym”. Program składać się będzie z kilku modułów tematycznych, każdy poświęcony profilaktyce określonej choroby, zaliczanej do grupy chorób cywilizacyjnych. Katalog chorób będzie posiadał charakter zbioru otwartego, a zawarcie w nim określonej jednostki chorobowej uzależnione będzie jedynie od kwestii: istnienia ważnego zjawiska epidemiologicznego, ważnego problemu zdrowotnego dotyczącego całej lub danej grupy świadczeniobiorców czy wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych, mogących wpłynąć na poprawę stanu zdrowia populacji. Pierwsze trzy moduły poświęcone zostały zagadnieniom wchodzącym w skład trzech, dotychczas

realizowanych programów zdrowotnych, tj.: „Narodowego programu zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej”, „Programu prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce” i „Programu eliminacji niedoboru jodu w Polsce”.

W pierwszej części programu zawarte zostały zagadnienia dotyczące zapobiegania nadwadze i otyłości, czyli najważniejsze działania całego przedstawianego programu ze względu na bezpośredni wpływ na profilaktykę wielu chorób cywilizacyjnych, takich jak: schorzenia układu krążenia, cukrzyca typu II, niektóre nowotwory, nadciśnienie tętnicze czy osteoporoza. Podstawowymi elementami części poświęconej nadwadze i otyłości będzie opracowanie i wdrożenie zadań mających na celu: zmniejszenie występowania zjawiska nadwagi i otyłości, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, polegające na promowaniu zdrowego trybu życia, edukacji dietetycznej oraz wzrostu aktywności fizycznej; zmniejszenie zachorowalności i jednocześnie umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne; znaczące ograniczenie wydatków na ochronę zdrowia przeznaczanych na leczenie negatywnych skutków nadwagi i otyłości, zwłaszcza tych ekonomicznych, w postaci wypłacanych rent i zasiłków w powodu niemożności podjęcia pracy ze względu na zły stan zdrowia, spowodowany powikłaniami nadwagi i otyłości.

Następnym elementem wchodzącym w skład „Narodowego programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym” są kwestie prewencji i leczenia cukrzycy. Cukrzyca ze względu na masowość występowania i ciągły wzrost zachorowań, zarówno wśród osób starszych (po 50 roku życia), jak i wśród dzieci i młodzieży, nazywana jest „epidemią XXI wieku”. Obecnie według danych WHO na cukrzycę choruje ponad 194 mln osób na świecie, a w 2025 roku liczba ta może wzrosnąć do 333 mln. W Polsce szacuje się, że zdiagnozowanych chorych na cukrzycę jest blisko 2 mln, a drugie tyle osób nie wie o swojej chorobie lub jest nią bezpośrednio zagrożona. Cukrzyca stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi w każdym wieku, jest jedną z najczęstszych występujących chorób przewlekłych, a jej leczenie jest procesem ciągłym, złożonym i niezwykle drogim. Dlatego istnieje konieczność stworzenia kompleksowego systemu działań, zwiększającego wykrywalność w społeczeństwie, zmniejszającego zapadalność, poprzez skuteczną profilaktykę i ograniczającego występowanie powikłań. W celu optymalizacji leczenia powstał ogólnopolski rejestr chorych na cukrzycę, z podziałem na dorosłych, dzieci i młodzież. Rejestr jest szczegółowym zbiorem danych o stanie zdrowia pacjentów, pozwala na przekrojową ocenę opieki diabetologicznej w Polsce, prognozowanie trendów

epidemiologicznych, stwarzanie skali występowania powikłań oraz jest źródłem dla publikacji naukowych.

Trzecią częścią „Narodowego programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym” są działania dotychczas realizowane w ramach „Programu eliminacji niedoboru jodu w Polsce”. Problem niedoboru jodu został uznany przez większość organizacji międzynarodowych zajmujących się zdrowiem za czynnik mający ogromny wpływ na stan zdrowotności populacji. Polska tak jak wiele innych państw znalazła się w grupie krajów zagrożonych powszechnym występowaniem niedoboru jodu, ze względu na położenie geograficzne. „Program eliminacji niedoboru jodu w Polsce” prowadzony od kilku lat stał się najważniejszym narzędziem kontroli efektywności profilaktyki jodowej, dlatego też postanowiono kontynuować zadania realizowane w jego ramach włączając je do katalogu działań większego „Narodowego programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym”. Prowadzone nadal będą zadania mające na celu zapewnienie optymalnej dziennej dawki jodu dla kobiet w ciąży, noworodków i dzieci w okresie rozwoju oraz działania koordynujące akcje ograniczenia spożycia soli z profilaktyką jodową.

Stworzenie jednolitego, spójnego programu zdrowotnego zajmującego się chorobami cywilizacyjnymi pozwoli na bardziej efektywne, szczegółowe podjęcie najważniejszych kwestii z tego zakresu, a co za tym idzie na szybsze reagowanie w przypadku wystąpienia nieoczekiwanych zmian, mających wpływ na kształt i formę realizowanego programu.

MINISTER ZDROWIA

AKCEPTUJĘ

.....
(Minister Zdrowia)



MODUŁ I

**„PROGRAM ZAPOBIEGANIA NADWADZE I OTYŁOŚCI ORAZ PRZEWLEKŁYM
CHOROBYM NIEZAKAŹNYM POPRZEZ POPRAWĘ ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI
FIZYCZNEJ POL-HEALTH NA LATA 2007-2011”**

WARSZAWA 2007 rok, aktualizacja 2010 rok

Podstawa prawna art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Streszczenie

Wdrożenie „Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011” pozwoli na rozpoczęcie podstawowych działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości (tak zwana prewencja pierwotna), co pozwoli na zmniejszenie zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę typu II, nadciśnienie tętnicze i inne), a tym samym zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem ww. chorób, a także skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności. Program związany jest z takim programami o zasięgu ogólnopolskim realizowanymi przez Ministra Zdrowia jak Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006-2008 oraz Program prewencji i leczenia cukrzycy.

Wdrożenie programu jest następstwem przyjęcia do realizacji przez delegacje rządowe uczestniczące w 57 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w dniu 22 maja 2004 r. „Globalnej Strategii dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia”. Program uwzględnia również Stanowisko Rządu RP (sygnatura: KE nr COM (2005)637; Rada UE nr 15700/005), popierające inicjatywę Komisji Europejskiej promowania na poziomie wspólnotowym zdrowego sposobu żywienia i aktywności fizycznej zaprezentowaną w Zielonej Księdze pt.: ”Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”.

1) skrótowy opis celów i podstawowych elementów programu:

Cele programu:

- 1. Zmniejszenie, głównie poprzez poprawę żywienia i wzrost aktywności fizycznej, częstości występowania nadwagi i otyłości.**
2. Zmniejszenie zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne w Polsce (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę typu II, nadciśnienie tętnicze i inne).
3. Zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem przewlekłych chorób niezakaźnych, a w tym w szczególności otyłości i jej powikłań, a także zmniejszenie skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Program opiera się na zwiększaniu świadomości społeczeństwa o roli żywienia i aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia. W tym celu konieczne jest podjęcie edukacji różnych grup społecznych, w tym grup zawodowo związanych z ochroną zdrowia i edukacją

dzieci i młodzieży. Kadry medyczne nie są dostatecznie przygotowane do poradnictwa dietetycznego i do przekazywania współczesnych zaleceń odnośnie aktywności ruchowej. Poradnie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, jak również szpitale często nie zatrudniają dietetyków. Lekarze nie mają dostatecznej wiedzy, jak również czasu, aby podczas wizyty pacjenta udzielać porad dietetycznych i odnoszących się do stylu życia. Konieczne jest zatem opracowanie sprawnego, skoordynowanego systemu opieki dietetycznej. Program ten przewiduje poniesienie nakładów finansowych na wydanie materiałów edukacyjnych i poradników dla różnych grup społecznych oraz na akcje promocyjne w mediach. Konieczne jest także ustawiczne kształcenie kadr medycznych poprzez cykle szkoleń, konferencji, warsztatów. Sposób przekazywania wiedzy zarówno podczas szkoleń, jak i w materiałach edukacyjnych musi być dostosowany do odbiorcy, formy przekazywania wiedzy muszą być atrakcyjne i uwzględniać m.in. poziom wykształcenia, wiek. Ewaluacja programu odbywać się będzie poprzez monitoring zmian świadomości społecznej w zakresie związków pomiędzy żywnością, żywieniem, aktywnością fizyczną a przewlekłymi chorobami niezakaźnymi.

2) określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu Ministerstwa Zdrowia, w kolejnych latach realizacji:

Wysokość planowanych środków finansowych z budżetu Ministra Zdrowia na kolejne lata:

Rok	Wydatki bieżące (w zł)	Wydatki inwestyc. (w zł)
2007	180 000	
2008	250 000	
2009	512 659	
2010*	2 745 000	
2011*	2 270 000	
Razem	5 957 659	

* Budżet na lata 2010-2011 może ulec zmianie, gdyż budżet na programy zdrowotne finansowane z rozdziału 85149-Programy Polityki Zdrowotnej planowany jest na okres jednego roku. Wobec powyższego wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach programu w latach 2010-2011 uzależniona jest od corocznych decyzji Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

3) spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia program

- Zwiększenie świadomości żywieniowej społeczeństwa.

- Prozdrowotna modyfikacja modelu spożycia żywności.
- Zmniejszenie częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka chorób dietozależnych.
- Wypracowanie modelu postępowania zwiększającego aktywność fizyczną wszystkich grup wiekowych i wzrost świadomości społecznej o roli ruchu w zachowaniu optymalnego stanu zdrowia i sprawności fizycznej.
- Zmniejszenie częstości występowania nadwagi, otyłości, hypercholesterolemii, hyperlipidemii oraz hyperhomocysteinemii.
- Poprawa żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży oraz ludności dorosłej, w tym powyżej 65 roku życia.
- Obniżenie częstości występowania przedwczesnej niepełnosprawności fizycznej oraz przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów żywieniowozależnych, osteoporozy oraz chorób układu pokarmowego.
- Wydłużenie dalszego przeciętnego trwania życia.
- Zmniejszenie kosztów leczenia przewlekłych chorób niezakaźnych oraz skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.
- Wdrożenie do systemu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej metodologii oceny stanu odżywienia, jako jednego z podstawowych narzędzi wczesnej diagnostyki nadwagi i otyłości z wyróżnieniem jej rodzajów, w aspekcie stopnia zagrożenia zdrowia
- Sukcesywna poprawa rynku żywności o obniżonej zawartości tłuszczu, cukru i soli.

Zdefiniowanie problemu, określenie potrzeby

1) opis problemu

Najważniejszym problemem zdrowia publicznego, mającym najistotniejsze znaczenie dla zwalczania przewlekłych chorób niezakaźnych, jest zapobieganie nadwadze i otyłości.

W Polsce, jak wykazują badania przeprowadzone w 2000 r. przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie, ponad 50% osób dorosłych (19-59 lat) cierpi na nadwagę bądź otyłość. W starszych grupach wieku – 40-59 lat ponad 60% osób ma nadmierną masę ciała (tabela 1). W badaniach tych stwierdzono, że częstość występowania nadwagi i otyłości ma tendencję wzrostową. Odsetek otyłych, zarówno kobiet jak i mężczyzn, w 2000 r. wzrósł w stosunku do 1991 roku. Wśród mężczyzn w wieku 50-59 lat w 2000 r. otyłość stwierdzano dwukrotnie częściej niż w 1991 r. (25,3% vs 12,4%). W badaniu WOBASZ przeprowadzonym w latach 2003-2005 w 16 województwach, w pełni potwierdzono alarmującą sytuację w zakresie nasilenia otyłości, gdyż u 21,2 % mężczyzn i 22,4 % kobiet

w wieku od 20 do 74 roku życia stwierdzono otyłość, a dodatkowo nadwagę odpowiednio u 40,4 % i 27,9 %.

Podobnie wysoką częstotliwość występowania nadwagi i otyłości stwierdzono w populacji chorych hospitalizowanych w Polsce (tabela 2). Jest to stan alarmujący, gdyż nadmierna masa ciała wiąże się z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. U osób otyłych wzrasta ryzyko rozwoju chorób układu krążenia, cukrzycy typu II, kamicy żółciowej, niektórych nowotworów, zespołu nocnego bezdechu i schorzeń układu kostno-stawowego.

Nadwaga i otyłość w coraz większym stopniu dotyka także dzieci i młodzież. Według badań ogólnopolskich przeprowadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia w 2000 r., wystąpiły one u 12,6% chłopców i u 12,2% dziewcząt (1-18 lat) (tabela 3).

Z drugiej strony problemem zdrowotnym jest również niedożywienie, które dotyczy szczególnie dzieci. Szacuje się, że około 30% dzieci w wieku szkolnym jest niedożywionych. Wiele dzieci przychodzi do szkoły bez śniadania. Niedożywienie staje się przyczyną problemów z koncentracją, obniżonej zdolności uczenia się, gorszych wyników w nauce.

Niedożywienie w wybrane składniki pokarmowe może dotykać również osoby z nadmierną masą ciała. W badaniach z lat 1999-2000, przeprowadzonych w ramach projektu badawczego zamawianego PBZ 012-14 pt.: „Opracowanie podstaw naukowych żywienia w szpitalach” stwierdzono, iż blisko połowa osób z otyłością ma deficytowe stężenie kwasu foliowego i witaminy C w surowicy krwi. Dane te wskazują, że posiłki tych osób, mimo wysokiej gęstości energetycznej, są ubogie w inne cenne składniki pokarmowe.

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w kraju, zaledwie 30% młodzieży uczestniczy w zajęciach poprawiających sprawność fizyczną w czasie wolnym od zajęć, a odsetek ten zmniejsza się drastycznie do 5% w wieku dojrzałym. W ostatnim dziesięcioleciu pogorszeniu uległa sprawność fizyczna młodzieży, mierzona międzynarodowymi testami (Charzewska J., Jajszczyk B., Chabrom E. i wsp.: Uczestnictwo młodzieży w wieku pokwitania w pozalekcyjnych zajęciach sportowych w aspekcie biologicznych i społecznych uwarunkowań w: Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania, pod red. A. Dąbrowskiego. AWF, Warszawa, Płock, 2003, 27-35; Stan zdrowia ludności Polski 2004 rok. GUS, Warszawa, 2006; Przewęda R., Dobosz J.: Kondycja fizyczna polskiej młodzieży. Studia i Monogr., AWF, Warszawa, 2003, nr 98.).

Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Wskazują na to m. in. badania przeprowadzone w sześciu krajach europejskich w ramach programu CINDI WHO.

W klasyfikacji krajów na podstawie kryterium „sedentarnego” stylu życia, Polska zajmuje niechlubne pierwsze miejsce (72,9% zbadanych osób), podczas gdy np. w Finlandii tylko co dziesiąta osoba została zakwalifikowana do grupy o siedzącym trybie życia.

Reasumując, zarówno niedożywienie, jak i nadwaga oraz otyłość, a także niewystarczająca dla zachowania dobrego stanu zdrowia aktywność ruchowa, są obecnie najważniejszymi problemami nękającymi nasze społeczeństwo. Zapobieganie im jest niezbędnym elementem działań dążących do zmniejszenia rozpowszechniania przewlekłych chorób niezakaźnych w Polsce.

Tabela 1. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród kobiet i mężczyzn w Polsce

Wiek	Niedobór masy ciała	Prawidłowa masa ciała	Nadwaga	Otyłość
Mężczyźni				
19-29	2,2	66,0	27,6	4,3
30-39	0	44,0	44,4	11,6
40-49	0,3	36,8	42,9	20,0
50-59	0,5	27,2	47,1	25,3
60 i więcej	1,8	32,9	46,1	19,3
Ogółem	1,0	42,3	41,0	15,7
Kobiety				
19-29	11,0	74,2	11,3	3,4
30-39	2,3	63,4	22,8	11,5
40-49	1,6	45,4	35,8	17,3
50-59	0,8	34,7	35,6	28,8
60 i więcej	1,1	26,2	35,5	37,4
Ogółem	3,2	48,2	28,7	19,9

Szponar L., Sekuła W., Rychlik E. i wsp. Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych, IŻŻ, Warszawa 2003

Tabela 2. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród pacjentów hospitalizowanych w Polsce

Populacja	Niedobór masy ciała	Prawidłowa masa ciała	Nadwaga	Otyłość
Mężczyźni	4,2	44,3	35,7	15,9
Kobiety	4,4	38,6	32,1	25,0
Ogółem	4,3	41,0	33,6	21,1

Jarosz M., Dzieniszewski J., Rychlik E., Respondek W.: Nutritional status and prevalence of selected diseases in patients hospitalized in Poland. Ann. Nutr. Metab., 2005, 49, suppl. 1, 284

Tabela 3. Występowanie (%) niedoboru masy ciała, prawidłowej masy ciała oraz nadwagi i otyłości wśród chłopców i dziewcząt w wieku 1-18 lat w Polsce

Wiek	Niedobór masy ciała	Prawidłowa masa ciała	Nadwaga	Otyłość
Chłopcy				
1-3	23,1	56,9	12,3	7,7
4-6	17,9	60,3	10,3	11,5
7-9	8,2	77,3	9,3	5,2
10-12	12,7	77,0	8,7	1,6
13-15	7,1	85,0	4,4	3,5

16-18	8,5	83,1	6,2	2,3
Ogółem	11,8	75,5	8,0	4,6
Dziewczęta				
1-3	9,1	70,5	9,1	11,4
4-6	18,3	70,7	2,4	8,5
7-9	20,6	69,6	5,9	3,9
10-12	16,3	71,5	10,6	1,6
13-15	13,3	76,3	5,9	4,4
16-18	6,6	81,0	9,1	3,3
Ogółem	14,2	74,0	7,2	4,6

Szponar L., Sekuła W., Rychlik E. i wsp.: Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych, IŻŻ, Warszawa 2003

Polska należy do krajów o częstym występowaniu chorób żywieniowo zależnych (tabela 4), wśród których dominują choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe. W 2003 r. 47% ogółu zgonów przypadało na choroby układu krążenia, a 24% na nowotwory złośliwe.

Tabela 4. Przewlekłe choroby niezakaźne u osób dorosłych (Polska, 2000)

Choroba	Chorobowość i liczba zachorowań
Choroba niedokrwienna serca (w tym: zawał serca)	~ 1 mln (100 tys./rok)
Udar mózgu	~ 70 tys./rok
Nadwaga i otyłość	~ 15 mln
Nadciśnienie tętnicze	~ 8,5 mln
Cukrzyca typu 2	~ 1,6 mln
Osteoporoza	~ 2 mln
Nowotwory złośliwe	~ 120 tys./rok

Umieralność na choroby układu krążenia w Polsce rosła systematycznie od 1960 r. przez kilka dziesięcioleci. Między rokiem 1960 a 1991 wskaźnik zgonów z tej przyczyny zwiększył się prawie dwukrotnie i towarzyszyło temu zwiększenie umieralności ogólnej. Wysoce znamienne jest zatem, że w latach 1992-2003 wystąpił ponad 30% spadek umieralności na choroby układu krążenia, co pozostawało w wyraźnej korelacji z pozytywnymi zmianami w sposobie żywienia. Obserwacja ta jest potwierdzona we wspólnym raporcie Biura Regionalnego WHO dla Europy i Komisji Europejskiej. Mimo tej poprawy, umieralność na choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe jest w Polsce nadal wyższa niż średnio w krajach „starej” UE.

Powyższe informacje dowodzą szansy na dalsze zmniejszenie umieralności w wyniku odpowiednio zaprogramowanych działań profilaktycznych, zmierzających do zwalczania czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez racjonalizację stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej.

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce wyniosła w 2004 r. 121 300, zaś liczba zgonów 89 815. W ciągu ostatnich 4 dekad liczba zachorowań i zgonów gwałtownie rosła: u mężczyzn nastąpił wzrost o 45 500 zachorowań, u kobiet o 38 300 zachorowań. Wzrostowi zachorowań towarzyszył także wzrost liczby zgonów nowotworowych, chociaż początek lat 90. przyniósł zmniejszenie tempa wzrostu liczby zgonów, szczególnie u mężczyzn (Nowotwory złośliwe w Polsce w 2004 r., Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W., Warszawa, 2006).

2) przyczyny istnienia problemu

- brak skoordynowanych działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej,
- brak spójnego systemu edukacji żywieniowej dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych,
- niska świadomość społeczna na temat roli żywienia i aktywności fizycznej w prewencji pierwotnej przewlekłych chorób niezakaźnych,
- brak systemu poradnictwa dietetycznego w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej oraz w szpitalach.
- istnienie wielu barier w uprawianiu powszechnej aktywności ruchowej

3) waga problemu dla społeczeństwa

W Polsce, jak wykazują badania ogólnopolskie przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w 2000 r., nadwaga i otyłość występowała wśród 56,7% dorosłych mężczyzn i 48,6% dorosłych kobiet. Podobnie wysoką częstość występowania nadwagi i otyłości stwierdzono w populacji chorych hospitalizowanych w naszym kraju - dotyczyła ona 51,6% mężczyzn i 57% kobiet.

Polskie społeczeństwo cechuje niska aktywność fizyczna. Można szacować, że zaledwie około 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia formy ruchu, których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokaja potrzeby fizjologiczne organizmu. Sondáže pokazują, że uczestnictwo Polaków wprawdzie wzrosło podczas ostatnich dziesięciu

lat, jednak nadal, w porównaniu do uczestnictwa w krajach europejskich, zaliczyć je można do uczestnictwa sporadycznego, realizowanego niesystematycznie. Jednocześnie stronięcie od aktywności fizycznej nie spotyka się z dezaprobatą większości środowisk społecznych. W zorganizowanych zajęciach rekreacji ruchowej uczestniczy 13,7% badanych dorosłych Polaków, w tym: 5,2% ze wsi, 18,2% z miasteczek i 20,2% z dużych miast. Dążenie do wyrównania zorganizowanego uczestnictwa poprzez uaktywnienie działalności stowarzyszeń działających w środowisku wiejskim oraz stworzenie na obszarach wiejskich centrów rekreacyjnych jest w tym wypadku uzasadnione. Uczestnictwo intensywne, realizowane w wymiarze kilka razy w tygodniu, które może przynieść wyraźne efekty zdrowotne, jest realizowane jedynie przez niewielką część społeczeństwa polskiego i zmniejsza się wraz z wiekiem.

Zapobieganie nadwadze, otyłości i przewlekłym chorobom niezakaźnym stało się obecnie priorytetem na poziomie Unii Europejskiej. Rada UE, w ślad za „Globalną Strategią dotyczącą Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia”, opracowaną przez WHO, przygotowała dokument „Zielona Księga — Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym” (grudzień 2005 r.). W dokumencie tym stwierdzono, że podstawową przyczyną przewlekłych chorób niezakaźnych oraz przedwczesnej umieralności w Europie jest nieprawidłowe żywienie i brak aktywności fizycznej. Wzrost rozpowszechnienia otyłości w Europie stał się jednym z głównych problemów zdrowia publicznego. W związku z powyższym, Rada wezwała Komisję do wsparcia promowania zdrowego stylu życia oraz przeanalizowania sposobów promowania zdrowszego żywienia w Unii Europejskiej — w razie konieczności — poprzez przedłożenie w tym zakresie odpowiednich propozycji. Rada wezwała także państwa członkowskie oraz Komisję do stworzenia i przeprowadzenia inicjatyw mających na celu promowanie prawidłowego żywienia oraz aktywności fizycznej.

Jednocześnie w sposób niepodważalny wykazano, że aktywność fizyczna ma duże znaczenie w prewencji pierwotnej nadwagi i otyłości oraz chorób niezakaźnych. Bycie aktywnym fizycznie może zredukować ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia nawet do 50%. Zwiększenie wydatku energii związanego z aktywnością fizyczną o 1000 kcal/tydzień lub do 1 MET, zmniejsza ryzyko zgonu z wszystkich przyczyn od 20 do 30%. Bierne fizycznie kobiety w średnim wieku zwiększają ryzyko zgonu z wszystkich przyczyn o 52% i o około 30% z powodu nowotworów. Większe względne ryzyko zgonu związane z małą aktywnością fizyczną dorównuje ryzyku związanemu z nadciśnieniem, hipercholesterolemią lub otyłością

(Lee I., Skerett P.J.: Physical activity and all – causa mortality: what is the dose-response relation? Med. Sci. Sport. Exerc., 2001, 33, 6 suppl., 459-471.).

Regularna aktywność fizyczna powoduje również wymierne korzyści zdrowotne w zastosowaniu do prewencji wtórnej, w odniesieniu do takich chorób jak choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2, nowotwory, osteoporoza, choroby narządu ruchu i inne związane z rozwojem otyłości lub nadwagi.

4) dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Realizowane aktualnie działania na rzecz zapobiegania nadwagi i otyłości mają charakter inicjatyw doraźnych przy niedostatecznej koordynacji działań. Do roku 2000 nie było reprezentatywnych w skali kraju badań sposobu żywienia i stanu odżywienia populacji, które stanowiłyby podstawę merytoryczną do jego podjęcia. Poprawa tej sytuacji jest konieczna. W szczególności potrzebny jest rozwój prewencji przez strategię populacyjną, zgodną z koncepcją strategii WHO z 2004 r. dotyczącą poprawy stanu zdrowia poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej.

5) przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń

Podstawową trudnością jest brak dostatecznych środków finansowych przeznaczanych na żywieniową prewencję pierwotną nadwagi i otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych. Z tego m.in. powodu w społeczeństwie występuje niedostateczna wiedza na temat roli żywienia i aktywności fizycznej w utrzymaniu zdrowia. Niedostateczne również jest przygotowanie kadr medycznych do poradnictwa dietetycznego, a Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje dotąd tych świadczeń.

Jak wynika z analiz podstawową barierę większej aktywności fizycznej, stanowi niska świadomość w zakresie potrzeb sportu rekreacyjnego, zmienić to mogą programy uaktywniające społeczeństwo, promocja rekreacyjnej aktywności ruchowej, oddziaływanie na pozytywną ocenę walorów aktywności ruchowej. Stopień dostępności obiektów sportowych dla mieszkańców wsi jest bardzo niski. Mieszkańcy wsi nie mają pływalni ani klubów typu fitness. Jedynie dostępne obiekty sportowe to boiska i sale sportowe w szkołach.

Uzasadnienie

1) dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana (dofinansowana) przez Ministerstwo Zdrowia (w relacji z innymi ważnymi z punktu widzenia polityki zdrowotnej programami)

Program został zainspirowany przez Komisję Europejską i jest konsekwencją zobowiązania się Polski do wdrażania „Globalnej Strategii dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia”, potwierdzonego Stanowiskiem Rządu RP zajęтым 27 stycznia 2006 r. Jest on

wynikiem jednoznacznego przekonania wśród liderów zdrowia publicznego, iż nadwaga i otyłość są w Europie pierwotną przyczyną chorób dietozależnych o dużym rozprzestrzenieniu epidemiologicznym, a ich leczenie jest wysoce kosztowne. Jest to program wdrożeniowy ukierunkowany na poprawę zdrowia społecznego, poprzez zapobieganie nadwadze i otyłości.

Program realizuje cel operacyjny 3 „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości” i cel operacyjny 4 „Zwiększenie aktywności fizycznej ludności” projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Program związany jest również z takimi programami o zasięgu ogólnopolskim realizowanymi przez Ministra Zdrowia jak Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006-2008 oraz Program prewencji i leczenia cukrzycy.

2) zdefiniowanie potrzeby społecznej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu

Prawidłowe żywienie dzieci oraz zapewnienie im prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego, jak też zapobieganie nadwadze i otyłości, a także niedożywieniu oraz chorobom żywieniowo zależnym, mają korzystne znaczenie dla zachowania zdrowia zarówno w wieku rozwojowym, jak i dorosłym. Tymczasem u około ¼ dzieci w Polsce występuje nieprawidłowy stan odżywienia. Badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu FAO wskazują, że u 13% chłopców i ponad 12% dziewcząt występuje nadwaga i otyłość, a u ok. 12% chłopców i 14% dziewcząt występuje niedobór masy ciała i związane z tym ryzyko niedożywienia.

Dzieci i młodzież poddawane są każdego dnia, podczas wielogodzinnego pobytu w szkole, znacznym obciążeniom umysłowym i fizycznym. Powinni więc mieć zapewniony dostęp do co najmniej jednego pełnowartościowego posiłku.

Wielokrotnie już we wcześniejszych badaniach naukowych udowodniono, że niedożywienie i/lub uczucie głodu podczas lekcji powodują prawie u każdego dziecka dekoncentrację, rozproszenie uwagi i obniżenie zdolności przyswajania nowych wiadomości.

W wyniku wielu badań przeprowadzonych na świecie w szkołach, w których organizowane są przerwy z możliwością spożycia przez dzieci posiłków, zaobserwowano aktywniejszy udział uczniów w lekcjach, lepsze wykonywanie zadań wymagających koncentracji i opanowania pamięciowego, uzyskiwanie lepszych wyników w nauce takich przedmiotów, jak: matematyka czy geografia (Szczygieł A.: Podstawy fizjologii żywienia. PZWL,

Warszawa, 1975; Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu. Pod red. Jana Gawęckiego i Lecha Hryniewieckiego. PWN, Warszawa, 2000).

Dotychczas żywieniem w szkołach objętych jest około 50% uczniów; nie zawsze jest ono zgodne z zasadami prawidłowego żywienia (Szponar L., Turlejska H., Wolnicka K.: Obiady szkolne. Prace IŻŻ, Warszawa, 1999). Pozostali uczniowie pozbawieni są nawet takiej możliwości. Często korzystają z produktów oferowanych w sklepikach szkolnych lub dystrybutorach; są to co prawda produkty chętnie kupowane przez dzieci i młodzież (np. napoje wysokosłodzone, chipsy, batony), ale o niskiej wartości żywieniowej. Produkty te tłumią uczucie głodu, ale nie dostarczają odpowiedniej ilości składników odżywczych, w tym witamin i składników mineralnych. Badania wykazują, że ich wysoki udział w diecie obniża spożycie korzystnych dla zdrowia soków, napojów mlecznych, czy innych produktów o prawidłowych proporcjach składników odżywczych (Kunachowicz H., Nadolna I., Przygoda B., Iwanow K.: Tabele wartości odżywczej produktów spożywczych. Prace IŻŻ, Warszawa, 1998; Nadolna I., Przygoda B., Troszczyńska A., Kunachowicz H.: Tabele wartości odżywczej produktów spożywczych. Prace IŻŻ, Warszawa, 2000).

Występująca zarówno w całodziennych dietach, jak i posiłkach szkolnych, u dominującej części dzieci i młodzieży w kraju, niższa od norm zawartość niektórych witamin i składników mineralnych, przy równoczesnym nadmiarze tłuszczów, głównie nasyconych chlorku sodu oraz cukrów prostych, stanowi wysokie ryzyko rozwoju przewlekłych niedoborów witamin i składników mineralnych oraz nadwagi i otyłości już w wieku szkolnym.

Zwyczaje żywieniowe kształtują się od najmłodszych lat życia, tak więc nawyki regularnego i racjonalnego żywienia oraz prawidłowo zestawiony posiłek szkolny zapewnią nie tylko dobrą kondycję, lecz także zdrowie w późniejszych latach życia. Natomiast wadliwe żywienie w okresie dzieciństwa jest wczesnym czynnikiem ryzyka wielu chorób żywieniowo zależnych wieku dojrzałego, takich jak: choroby układu krążenia, nowotwory żywieniowo zależne, cukrzyca typu II, osteoporoza oraz część chorób układu pokarmowego.

Żywnienie podczas pobytu w placówce nauczania winno dotyczyć każdego ucznia, a także i nauczycieli (m.in. ze względu na czas ich przebywania w szkołach). Oznacza to że żywieniem powinno być objętych ok. 6,1 mln uczniów w 26 941 szkołach (wg danych GUS za rok 2002/2003). Należy zaznaczyć, że na 14 841 szkół podstawowych tylko 6 874 posiadają stołówki, zaś sale gimnastyczne mają jedynie 10 002 placówki.

Zagadnienie sprawnej organizacji żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży nie jest dotychczas w skali kraju rozwiązane, a jego właściwa realizacja napotyka na wiele trudności finansowych i organizacyjnych.

Często przerwy pomiędzy lekcjami są nadmiernie skracane uniemożliwiając spokojne spożycie posiłku. Zdarza się także, że stołówki szkolne są zamykane z powodu niedostatecznego ich finansowania. Obserwuje się także wśród realizatorów żywienia zbiorowego w szkołach brak dostatecznej świadomości o roli i znaczeniu prawidłowego żywienia w rozwoju psychofizycznym dzieci. Zgodnie z badaniami, jakość żywienia realizowanego w stołówkach szkolnych jest niezadowalająca (Szponar L., Rychlik E.: Żywność zbiorowa dzieci i młodzieży w Polsce. Roczn. PZH, 2000, 51, nr 2, 149-161). Żywność w szkołach cechuje się często nie tylko niedoborami energii w stosunku do zapotrzebowania, ale i składników odżywczych, a w znacznym stopniu brakiem ich prawidłowego zbilansowania. Dlatego też należy skuteczniej niż dotąd przeciwdziałać temu zjawisku m.in. poprzez podnoszenie rangi i znaczenia żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży poprzez propagowanie i upowszechnianie w środowisku szkolnym prawidłowych rozwiązań w tym zakresie. Ważnym elementem poprawy sytuacji w zakresie żywienia dzieci i młodzieży w szkołach będzie opracowanie nowoczesnych i przejrzystych zaleceń - jadłospisów spełniających zasady prawidłowego żywienia.

3) efektywność ekonomiczna

Prowadzenie skoordynowanych działań w zakresie profilaktyki przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez zapobieganie nadwadze i otyłości przyniesie korzyści finansowe. Dotyczą one, w aspekcie zachorowalności, chorobowości, inwalidztwa i przyczyn przedwczesnych zgonów około połowy populacji w Polsce. W wyniku realizacji programu wydaje się w pełni możliwe obniżenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

W Polsce około 20% ludności dorosłej, a w grupie dzieci i młodzieży około 10% populacji w wieku szkolnym, ma problemy zdrowotne z powodu otyłości. Przy zmniejszeniu liczby osób otyłych o połowę, koszty opieki zdrowotnej mogłyby ulec znacznemu obniżeniu. Niedostatek aktywności ruchowej i zaniedbania w zakresie szkolnego wychowania fizycznego powodują, że duży odsetek młodzieży powinien być kierowany na zajęcia korektywno – rehabilitacyjne oraz jest ryzykiem rozwoju chorób niezakaźnych w dorosłym życiu. Z Raportu Ministerstwa Zdrowia z grudnia 2004 roku „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga” oraz doświadczeń Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie wynika, że szacunkowe koszty leków stosowanych w leczeniu chorób żywieniowo zależnych stanowią 40% wartości rocznej sprzedaży leków (bez aptek szpitalnych), co daje kwotę ponad 6 mld zł w skali roku. Według Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie, na drodze żywieniowej poprzez stosowanie diet i suplementów diety o właściwym składzie oraz

żywności bezpiecznej dla zdrowia i wspomaganie części przypadków odpowiednią farmakoterapią, można by istotnie obniżyć koszty leczenia chorób żywieniowo zależnych.

4) nowatorstwo zaproponowanych rozwiązań

- pierwszy program narodowy dotyczący zwalczania nadwagi i otyłości realizowany równoległe ze wszystkimi krajami UE,
- program realizowany będzie przy wsparciu Ogólnokrajowej Platformy ds. Zwalczania Nadwagi i Otyłości,
- ogólnodostępny, ogólnokrajowy,
- wykorzystanie nowoczesnych technik informatycznych dla edukacji żywieniowej i poradnictwa dietetycznego wielu milionów Polaków.

5) wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń

W programie wykorzystuje się doświadczenia z działalności edukacyjnej i naukowej wielu jednostek badawczo-rozwojowych i naukowych z zakresu żywieniowej prewencji chorób dietozależnych, promocji prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej oraz Krajowego Punktu Informacyjnego „Żywność, Żywnienie, Zdrowie” działającego przy Instytucie Żywności i Żywnienia w Warszawie, jak również doświadczenia wynikające z realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Narodowy Program Zdrowia realizowany jest w Polsce od 1990 r. Program wykorzystuje również wyniki z realizacji programów zdrowotnych Ministra Zdrowia, które były wdrożone w latach poprzednich, w części dotyczącej żywności, żywienia i aktywności fizycznej.

6) wykorzystanie istniejących środków

Program zakłada wdrożenie go przez realizatora czy koordynatora posiadającego odpowiednio wykwalifikowaną kadrę naukową i dydaktyczną, dostęp do bazy naukowej i wyników badań z zakresu żywności, żywienia i aktywności fizycznej, jak również do opracowań i zaleceń organizacji międzynarodowych: WHO, UE, FAO, OECD, ILSI, dostęp do laboratorium do badania żywności, laboratorium analitycznego w zakresie badań czynników ryzyka otyłości, zaburzeń lipidowych i chorób krążenia – potwierdzonego certyfikatami krajowymi i międzynarodowymi.

7) promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami

Współpraca z realizatorami aktualnych i zeszłorocznych programów zdrowotnych: Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006-2008, Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz Programu

prewencji i leczenia cukrzycy. Program realizowany będzie przy wsparciu Ogólnokrajowej Platformy ds. Zwalczania Nadwagi i Otyłości. Planowana współpraca dotyczyć będzie: szkół podstawowych, gimnazjów, szkół średnich, samorządów, zakładów podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, szpitali, producentów żywności, stowarzyszeń, organizacji pozarządowych np. konsumenckich, Państwowej Inspekcji Sanitarnej – Działów Oświaty Zdrowotnej oraz odpowiednich Departamentów Ministerstw: Edukacji Narodowej w zakresie szkoleń podyplomowych nauczycieli wychowania fizycznego i innych specjalności, Sportu z zakresie realizacji zadań dla sportu powszechnego, a także nawiązanie współpracy z samorządami lokalnymi.

8) możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki

Program w swym założeniu jest przewidziany do realizacji na 10 lat (2007-2016). Po I etapie 5-letnim (2007-2011) przeprowadzona zostanie ewaluacja programu i zostanie opracowany raport oceniający skuteczność działań. Na podstawie uzyskanych rezultatów zostanie opracowany program na kolejne 5 lat. Program obejmie swoim zasięgiem całe społeczeństwo. Do jego realizacji włączane będą w miarę postępu prac inne jednostki naukowe, przedsiębiorstwa produkujące żywność i cateringowe, zakłady żywienia zamkniętego, szkoły. Efekty programu powinny utrwalac się w społeczeństwie i wpływać na zmianę stylu życia.

Opis programu

1) określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych

Program jest nowowdrażanym programem i nie stanowi kontynuacji programów realizowanych w latach ubiegłych.

2) cele ogólne i szczegółowe

Cele ogólne programu to:

- Powszechna edukacja żywieniowa społeczeństwa - zmniejszanie, głównie na drodze żywieniowej i aktywności fizycznej, częstości występowania nadwagi i otyłości;
- Zmniejszanie zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne w Polsce;
- Zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem przewlekłych chorób niezakaźnych, a w tym w szczególności otyłości i jej powikłań, a także zmniejszenie skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Cele szczegółowe programu to:

- Poprawa żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkołach;

- Wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach oraz podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej z uwzględnieniem zaleceń Rady Europy.

3) plan działań – opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów

Poprawa sposobu żywienia, zwiększenie aktywności fizycznej i poprawa stanu odżywienia ludności w Polsce w celu zatrzymania epidemii nadwagi i otyłości oraz zmniejszenia wydatków na ochronę zdrowia, a także zmniejszania częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez:

- ułatwienie świadomego wyboru produktów spożywczych poprzez edukację społeczeństwa, w tym na temat znakowania żywności i oświadczeń żywieniowych,
- współpracę z przemysłem spożywczym na rzecz produkcji żywności o walorach prozdrowotnych,
- stałe upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy o roli żywienia i aktywności fizycznej w prewencji pierwotnej przewlekłych chorób niezakaźnych,
- ustawiczne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka (lekarze, pielęgniarki, dietetycy),
- opracowanie i wdrażanie systemu poradnictwa dietetycznego do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz szpitali,
- oddziaływanie na rzecz stworzenia dzieciom i młodzieży możliwości uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo - rekreacyjnych na terenie szkół i miejsc zamieszkania,
- wdrażanie standardów żywienia w szpitalach w celu poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów,
- opracowanie i wdrażanie systemu poradnictwa w zakresie poprawy aktywności ruchowej pacjentów hospitalizowanych z różnych przyczyn w celu poprawy skuteczności leczenia.

4) źródła finansowania

Program zostanie sfinansowany z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia z z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej.

5) wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

- Ocena skuteczności działań interwencyjnych w oparciu o wyniki badań zależności pomiędzy żywieniem, stanem odżywienia i aktywnością fizyczną a chorobowością i zachorowalnością na przewlekłe choroby niezakaźne na podstawie ogólnopolskich, reprezentatywnych badań żywienia, stanu odżywienia i aktywności fizycznej (populacja dzieci, młodzieży i dorosłych) przeprowadzanych okresowo (co 5 lat, pierwszy raz w 2010 r. – w roku 2009 opracowanie założeń i odpowiednich kwestionariuszy dla przeprowadzenia tej oceny).
- Prowadzenie okresowo (co 5 lat, pierwszy raz w 2010 r.) badań oceniających stan wiedzy populacji polskiej na temat związków pomiędzy żywnością, żywieniem, aktywnością fizyczną a przewlekłymi chorobami niezakaźnymi.
- Przeprowadzanie analiz ekonomicznych związanych z wpływem poprawy żywienia, aktywności fizycznej na zmniejszenie wydatków systemu ochrony zdrowia na leczenie otyłości i jej powikłań oraz przewlekłych chorób niezakaźnych.
- Opracowywanie okresowego raportu dla Rządu dotyczącego sytuacji epidemiologicznej w zakresie stanu odżywienia, sposobu żywienia i aktywności fizycznej oraz zachorowalności i chorobowości na przewlekłe choroby niezakaźne w Polsce, niezbędnego do przedstawienia na spotkaniach międzynarodowych.

Kosztorys, sposób realizacji zadań oraz szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej

ROK 2007		
Lp.	Wyszczególnienie zadań	Sposób realizacji
1.	Przygotowanie do druku opracowania w formie monografii pt. Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia	Zebranie i opracowanie monografii oraz przygotowanie do druku
RAZEM ZADANIE 1		
2.	Przygotowanie do druku opracowania w formie monografii pt. Obiady szkolne (z uwzględnieniem zasad Dobrej Praktyki Higienicznej oraz systemu HACCP dla posiłków szkolnych)	Zebranie materiału i przygotowanie monografii do druku, opracowanie przykładowych jadłospisów na różnym poziomie kosztów
RAZEM ZADANIE 2		
RAZEM ROK 2007		

ROK 2008

Lp.	Wyszczególnienie zadań	Sposób realizacji
1.	<p>Upowszechnianie i wdrażanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postanowień zawartych w Europejskiej Karcie Walki z Otyłością (Stambuł 16.11.2006) • Narodowych Norm Żywienia jako narzędzia prewencji otyłości i przewlekłych chorób niezakaźnych • Diagnozy dotyczącej stanu odżywienia i żywienia Polaków oraz przewlekłych chorób niezakaźnych 	<p>Zorganizowanie 4 jednodniowych ogólnokrajowych konferencji na czterech poziomach oraz upowszechnianie wniosków i zaleceń wynikających z konferencji dla:</p> <p>Przedstawicieli resortów: zdrowia, edukacji, rolnictwa, nauki, sportu, przedstawicieli Parlamentu, członków Platformy ds. Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia oraz organizacji pozarządowych (w tym: Federacji Konsumentów, Stowarzyszenia Konsumentów Polskich), Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rady ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia pn. „Zwalczanie otyłości i innych przewlekłych chorób niezakaźnych – priorytet Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia” (pod honorowym patronatem Ministra Zdrowia)</p> <p>– opracowanie materiałów dla uczestników konferencji (ok. 200 osób) i ich druk</p> <p>– przygotowanie zaproszeń, programów, ich druk, wysyłka</p> <hr/> <p>– opracowanie wniosków i zaleceń na stronie internetowej</p> <p>Przedstawicieli jednostek samorządów terytorialnych szczebla wojewódzkiego, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wojewódzkich centrów zdrowia publicznego pn. „Zwalczanie otyłości i innych przewlekłych chorób niezakaźnych – priorytet Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia” (pod honorowym patronatem Ministra Zdrowia)</p> <p>– opracowanie materiałów dla uczestników konferencji (ok. 200 osób) i ich druk</p> <p>– przygotowanie zaproszeń, programów, ich druk, wysyłka</p> <p>– wynagrodzenia dla wykładowców, sekretariatu i obsługi organizacyjnej, catering, zwrot kosztów podróży dla wykładowców</p> <p>– koszt sal wykładowych</p> <p>– opracowanie wniosków i zaleceń na stronie internetowej</p> <hr/> <p>Dyrektorów szkół, nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjów, szkół średnich w porozumieniu z Ministerstwem Edukacji Narodowej i kuratoriami pn. „Zwalczanie otyłości i innych przewlekłych chorób niezakaźnych – priorytet Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia” (pod honorowym patronatem Ministra Zdrowia)</p> <p>– opracowanie materiałów dla uczestników konferencji (ok. 200 osób) i ich druk</p> <p>– przygotowanie zaproszeń, programów, ich druk, wysyłka</p> <p>– wynagrodzenia dla wykładowców, sekretariatu i obsługi organizacyjnej, catering, zwrot kosztów podróży dla wykładowców</p> <p>– koszt sal wykładowych</p> <p>– opracowanie wniosków i zaleceń na stronie internetowej</p> <hr/> <p>Przedstawicieli podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, dietetyków, pielęgniarek, przedstawicieli Akademii i Uniwersytetów Medycznych, jednostek badawczo-rozwojowych, szkół pielęgnarskich oraz towarzystw naukowych pn. „Zwalczanie otyłości i innych przewlekłych chorób niezakaźnych – priorytet Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia” (pod honorowym patronatem Ministra Zdrowia)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - przygotowanie zaproszeń, programów, ich druk, wysyłka - wynagrodzenia dla wykładowców, sekretariatu i obsługi organizacyjnej, catering, zwrot kosztów podróży dla wykładowców - koszt sal wykładowych - opracowanie wniosków i zaleceń na stronie internetowej
		RAZEM ZADANIE 1
		RAZEM ROK 2008

ROK 2009

Lp.	Wyszczególnienie zadań	
1.	Zadania na rzecz zmniejszenia spożycia soli w Polsce	1) działania edukacyjne obejmujące konsumentów, producentów żywności oraz pracowników ochrony zdrowia, organów urzędowej kontroli żywności, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i przedstawicieli mediów 2) działania w kierunku zainicjowania przez stowarzyszenia, federacje, izby gospodarcze, a także producentów żywności oraz organizacje pozarządowe sukcesywnych zmian receptur produktów spożywczych i potraw będących głównym nośnikiem soli w diecie 3) obniżenie zawartości soli w posiłkach wydawanych w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz placówkach żywienia zbiorowego 4) opracowanie rocznych raportów dla Komisji Europejskiej
RAZEM ZADANIE 1		
2.	Strona internetowa poświęcona promocji prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej	– opracowanie i stworzenie nowej strony internetowej, wykupienie i utrzymywanie domeny internetowej, zamieszczanie aktualnych informacji we współpracy z innymi organizacjami (linki)
RAZEM ZADANIE 2		
3.	Opracowanie interaktywnych programów komputerowych pozwalających na indywidualne obliczanie: BMI, podstawowej przemiany materii, dobór diety w zależności od potrzeb oraz opracowanie i upowszechnianie drogą elektroniczną informacji nt.: <ul style="list-style-type: none"> • wartości odżywczej żywności, • zaleceń dietetycznych w chorobach żywieniowo zależnych, • promowania zasad prawidłowego żywienia dla dzieci i młodzieży • danych o wydatku energetycznym dla różnych form aktywności fizycznej • promowania aktywności ruchowej i zdrowego stylu życia we współpracy z innymi organizacjami (linki) 	– opracowanie założeń do programów komputerowych, konsultacje z ekspertami – stworzenie programów przez informatyków, grafików i socjologów – zamieszczanie ich na stronie internetowej

4.	Przygotowanie i wdrożenie do szkół oraz domów dziecka programu promującego zdrowy styl życia	<p>1) Zebranie materiału i opracowanie broszur pt.: „Śniadania szkolne”.</p> <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie broszury około 30 stron – druk w nakładzie 50 tys. egz. i dystrybucja do szkół i domów dziecka <p>2) Opracowanie poradnika „sklepiki szkolne”</p> <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie zaleceń dotyczących funkcjonowania „sklepików szkolnych” (około 25 stron) – druk w nakładzie 15 tys. egz. i dystrybucja do szkół i domów dziecka
		RAZEM ZADANIE 4
5.	Wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej	<p>1) Opracowanie propozycji systemu poradnictwa dietetycznego w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej</p> <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie dla Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia ekspertyzy oceniającej stan poradnictwa dietetycznego w Polsce – konsultacje z Towarzystwem Dietetycznym i ekspertami z zakresu dietetyki – spotkania robocze – druk około 100 stron w nakładzie 50 egz. <p>2) Opracowanie podręcznika dla dietetyków pracujących w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej i szpitalach</p> <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów i opracowanie podręcznika – druk około 250 stron w nakładzie 8 tys. egz. <p>3) Opracowanie zaleceń dot. diagnozowania zaburzeń odżywiania</p> <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów i opracowanie broszury – druk około 10-15 stron w nakładzie 30 tys. egz.
		RAZEM ZADANIE 5
6.	Druk 2 monografii ujętych w pkt 1 i 2 w 2007 r.	<p>Druk monografii:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, 292 strony w nakładzie 3 tys. egz. – Obiady szkolne, 282 strony w nakładzie 3 tys. egz.
		RAZEM ZADANIE 6
7.	Opracowanie strategii obniżania spożycia soli zgodnie z wytycznymi Komisji Europejskiej	
		RAZEM ZADANIE 7
		RAZEM ROK 2009

ROK 2010*

Lp.	Wyszczególnienie zadań	Sposób realizacji
1.	Druk Praktycznego podręcznika dietetyki	1) Wydrukowanie opracowanej publikacji pt.: „Praktyczny Podręcznik Dietetyki” – 1032 strony, w nakładzie 7 tys. egz.
RAZEM ZADANIE 1		
2.	Druk broszury „Opracowanie zaleceń dla lekarzy, pielęgniarek dot. diagnozowania zaburzeń odżywiania	1. Wydrukowanie w formie broszury przygotowanego opracowania – 24 strony, w nakładzie 60 tys. egz.
RAZEM ZADANIE 2		
3.	Druk ulotki na temat obniżenia zawartości soli w diecie	1) Zadanie to stanowi kontynuację działań informacyjnych na temat obniżenia zawartości soli w diecie prowadzonych w poprzednich latach. Ulotka posiadać będzie charakter materiału informacyjno-edukacyjnego adresowanego do szerokiego grona odbiorców. W związku z licznymi zapytaniami instytucji związanych z edukacją i ochroną zdrowia dotyczącymi tej ulotki planowany jest ponowny druk w nakładzie 700 tys. egz.
RAZEM ZADANIE 3		
4.	Poprawa żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkołach	1) Opracowanie materiałów edukacyjnych o roli żywienia i aktywności fizycznej w zachowaniu zdrowia w formie 2 broszur po około 25 stron i 2-3 ulotek – druk w nakładzie po 50 tys. egz – upowszechnianie ww. materiałów wśród dzieci i młodzieży w szkołach 2) Organizacja konkursów nt. zasad prawidłowego żywienia – przeprowadzenie konkursów w wybranych szkołach 3) Opracowanie zaleceń dla pielęgniarek środowiskowych w szkołach odnośnie konieczności monitorowania masy ciała i wysokości dzieci – opracowanie zaleceń w formie broszury około 10 stron – druk w nakładzie 30 tys. egz. i dystrybucja
RAZEM ZADANIE 4		
5.	Monitoring w zakresie spożycia soli	1. Monitoring w zakresie: – spożycia soli i zależności pomiędzy spożyciem soli, a występowaniem przewlekłych chorób niezakaźnych – zawartości soli w produktach spożywczych i posiłkach
RAZEM ZADANIE 5		
6.	Zadania na rzecz	1) Analiza ciśnienia krwi w wybranej grupie ludności na tle oceny żywienia i parametrów antropometrycznych.

	zmniejszenia spożycia soli w Polsce	<p>2) Ocena wielkości wydalania sodu z moczem na wybranej grupie populacji (pilotaż)</p> <p>3) Współpraca z producentami żywności i posiłków na rzecz obniżania zawartości soli: warsztaty, konsultacje, dyskusje</p> <p>4) Ocena wiedzy wybranych grup ludności na temat wpływu nadmiaru soli na organizm człowieka i ocena korzyści wynikających z redukcji spożycia soli</p> <p>5) Działania edukacyjne obejmujące upowszechnianie wiedzy ze szczególnym uwzględnieniem informacji o produktach i jadłospisach potraw i posiłków z obniżoną zawartością soli, w tym soli niskosodowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konsumentów poprzez media, Internet <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - pracowników ochrony zdrowia, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, organizatorów żywienia zbiorowego, mediów w tym m.in. zorganizowanie konferencji dla 150 osób <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - opracowanie materiałów edukacyjnych <hr/> <p>6) Analiza rynku słonych przekąsek pod kątem dostępnego asortymentu</p> <hr/> <p>7) Ocena prawidłowości podawania na etykietach informacji o obecności soli (np. przyprawy, koncentraty spożywcze, sole przyprawowe)</p> <hr/> <p>8) Opracowanie raportu z realizowanych zadań w wersji polskiej i angielskiej</p> <hr/> <p>RAZEM ZADANIE 6</p>
7.	Wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej	<p>1) Opracowanie wytycznych dla polskich szpitali pt.: „Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach”</p> <ul style="list-style-type: none"> - opracowanie monografii około 300 stron - druk w nakładzie 5 tys. egz. <p>2) Przeprowadzenie warsztatów nt. wdrażania do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej zasad postępowania w opiece nad chorymi z nadwagą i otyłością</p> <ul style="list-style-type: none"> - przygotowanie materiałów dla około 150 osób - przygotowanie wykładów <p>3) 3 jednodniowe szkolenia nt. zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej dla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dyrektorów szpitali w Polsce, dietetyków pracujących w szpitalach, pracowników Działów Oświaty Zdrowotnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej - przygotowanie materiałów edukacyjnych dla około 500 osób (różnej treści) - organizacja kursów/szkożeń, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka 3) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - druk ww. materiałów w nakładzie 600 egz. - przygotowanie wykładów

		<ul style="list-style-type: none"> - opracowanie wniosków i zaleceń z kursów/szkoleń i ich upowszechnienie wśród uczestników 4) Opracowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych dla kobiet w ciąży i matek karmiących o roli żywienia i zapobieganiu nadwadze i otyłości w prewencji przewlekłych chorób żywieniowozależnych - opracowanie materiałów w postaci broszury około 20 stron i ulotki - druk w nakładzie 30 tys. egz. i dystrybucja
RAZEM ZADANIE 7		
8.	<p>Upowszechnianie i wdrażanie wśród ogółu społeczeństwa, zasad prawidłowego żywienia i zaleceń zdrowotnych w zakresie aktywności ruchowej</p>	<p>1) Opracowanie materiałów edukacyjnych dotyczących zasad prawidłowego żywienia i zaleceń zdrowotnych w zakresie aktywności ruchowej dla ogółu społeczeństwa</p> <ul style="list-style-type: none"> - opracowanie 2 broszur, plakatu, kalendarza, 2 ulotek - druk w nakładzie 10 tys. egz. - współpraca z grafikami <p>2) Organizacja i prowadzenie na terenie kraju warsztatów dla osób z nadwagą i otyłością, uwzględniających potrzeby tych osób powołanie kolejnych grup wsparcia dla osób odchudzających się</p> <ul style="list-style-type: none"> - współpraca z psychologami - organizowanie 5-6 razy w roku spotkań/pogadanek - przygotowanie materiałów edukacyjnych <p>3) Warsztaty nt. zwalczania chorób żywieniowozależnych, (zwłaszcza nadwagi i otyłości poprzez poprawę żywienia i aktywność fizyczną) dla pracowników samorządów</p> <ul style="list-style-type: none"> -przygotowanie materiałów edukacyjnych dla uczestników -przygotowanie wykładów -organizacja szkoleń, opracowanie programu, wysyłka zaproszeń <p>4) Organizowanie konferencji prasowych dla mediów (TV, radio, prasa) wraz z opracowaniem i przekazaniem informacji z zakresu prewencji nadwagi i otyłości</p> <ul style="list-style-type: none"> -przygotowanie materiałów dla uczestników -organizacja konferencji prasowych <p>5) Organizacja we współpracy z mediami i upowszechnianie zwyczaju obchodzenia „Dnia promocji zdrowego stylu życia”</p> <ul style="list-style-type: none"> -przygotowanie materiałów dla uczestników -organizacja obchodów „Dnia promocji zdrowego stylu życia”
RAZEM ROK 2010		

ROK 2011*

Lp.	Wyszczególnienie zadań	Sposób realizacji
1.	Zadania na rzecz zmniejszenia spożycia soli w Polsce	1) Monitorowanie postępu w dostosowywaniu receptur produktów i potraw do wartości docelowych (z obniżoną zawartością soli) ustalonych z producentami żywności i potraw: –warsztaty, konsultacje dyskusje z udziałem ekspertów z zakresu żywności i żywienia oraz producentów żywności i potraw – ocena rzeczywistej zawartości soli w nowo opracowanych produktach, potrawach i całodziennych dietach 2) Ocena wielkości wydalania sodu z moczem w wybranej grupie populacji 3) Analiza ciśnienia krwi w wybranej grupie populacji na tle oceny żywienia i parametrów antropometrycznych 4) Analiza zależności pomiędzy spożyciem soli a występowaniem wybranych przewlekłych chorób niezakaźnych 5) Monitorowanie zawartości soli w wybranych produktach i posiłkach 6) Monitorowanie spożycia soli w polskim społeczeństwie na podstawie danych o spożyciu żywności w gospodarstwach domowych 7) Ocena zachowań konsumenckich i zmian nawyków żywieniowych na podstawie badań ankietowych 8) Działania edukacyjne obejmujące upowszechnianie wiedzy ze szczególnym uwzględnieniem informacji o produktach i jadłospisach potraw i posiłków z obniżoną zawartością soli: –konsumentów poprzez media, internet –pracowników ochrony zdrowia, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, organizatorów żywienia zbiorowego, mediów w tym m.in. zorganizowanie konferencji dla 150 osób –opracowanie materiałów edukacyjnych 9) Analiza rynku słonych przekąsek pod kątem dostępnego asortymentu 10) Opracowanie raportu z realizowanych działań
RAZEM ZADANIE 1		
2.	Monitoring poziomu wiedzy społeczeństwa (różnych grup wiekowych) o roli żywności, żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych:	1) szkolenie ankierów – kontynuacja 2) przeprowadzenie oceny poziomu wiedzy społeczeństwa o roli żywności, żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych 3) przygotowanie bazy danych 4) wprowadzanie i kodowanie danych 5) analiza statystyczna
RAZEM ZADANIE 2		
3.	Opracowanie raportu z monitoringu poziomu wiedzy społeczeństwa o roli żywności, żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i	opracowanie i analiza danych opracowanie raportu z monitoringu druk raportu około 100 stron w nakładzie 15 tys. egz.

	otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych, w tym:	
		RAZEM ZADANIE 3
4.	Ogólnokrajowa konferencja podsumowująca efekty programu za 5 lat z dyskusją o nowych potrzebach związanych realizacją programu w latach następnych, w tym:	<ul style="list-style-type: none"> – zebranie materiałów z dotychczasowej realizacji programu – opracowanie materiałów na konferencję dla około 200 osób – organizacja, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka – opracowanie wniosków , druk i rozesłanie do uczestników
		RAZEM ZADANIE 4
5.	Opracowanie raportu z realizacji programu	
		RAZEM ZADANIE 5
		OGÓLEM I ETAP PROGRAMU (5 lat)

* Zakres zadań oraz wysokość ich finansowania w poszczególnych latach 2010-2011 może ulec zmianie, gdyż budżet na programy zdrowotne finansowane z rozdziału 85149- Programy Polityki Zdrowotnej planowany jest na okres jednego roku. Wobec powyższego zakres zadań i wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach programu w latach 2010-2011 uzależniona jest od corocznych decyzji Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

Realizatorzy programu

Ogólne kryteria wyboru realizatora:

- posiadanie interdyscyplinarnej kadry wyspecjalizowanej w profilaktyce i leczeniu otyłości oraz chorób metabolicznych skupiającej specjalistów: lekarzy związanych z profilaktyką i leczeniem chorób metabolicznych, dietetyków, specjalistów z zakresu technologii żywności i żywienia, specjalistów z zakresu aktywności fizycznej, psychologów, specjalistów z zakresu ekonomiki żywienia i wyżywienia, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, specjalistów z zakresu epidemiologii ds. żywienia i stanu odżywienia, specjalistów z zakresu prawa żywnościowego;
- prowadzenie badań naukowych nad otyłością i leczeniem chorych z otyłością;
- posiadanie uznanego dorobku, wynikającego z wykonywania badań naukowych i zadań wdrożeniowych, które stanowią przedmiot programu;
- aktywna współpraca z organizacjami międzynarodowymi: WHO, FAO, OECD, ILSI w dziedzinie żywienia i prewencji otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych;
- aktywna współpraca w realizacji Globalnej Strategii dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia;
- realizacja programów UE związanych z problematyką żywności, żywienia i zdrowia;
- posiadanie akredytowanego laboratorium do badania żywności;
- posiadanie laboratorium analitycznego w zakresie badań czynników ryzyka otyłości, zaburzeń lipidowych i chorób krążenia – potwierdzonego certyfikatami krajowymi i międzynarodowymi.

Przewiduje się wyłonienie koordynatora, gdyż realizacja programu wymaga prawdopodobnie kilku realizatorów.

Ogólne kryteria wyboru koordynatora:

- aktywna współpraca międzynarodowa w dziedzinie stanowiącej przedmiot programu;
- aktywna współpraca krajowa w dziedzinie stanowiącej przedmiot programu;
- wiedza i doświadczenie na szczeblu krajowym i międzynarodowym w dziedzinie ochrony zdrowia w zakresie żywności i żywienia, a w tym prewencji nadwagi i otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez dietę i aktywność fizyczną;
- udział ekspertów w pracach UE w problematyce jakości żywności;
- udział w pracach Kodeksu Żywnościowego FAO/WHO w problematyce jakości żywności;
- realizowanie w przeszłości programów zdrowotnych;
- umiejętność kierowania dużymi zespołami wykonawców i zapewniania warunków dla sprawnego realizacji przyjętych celów.

Kryteria te nie będą stosowane przy wyborze realizatora czy koordynatora łącznie do każdego z zadań. Odpowiednie kryteria będą wybierane z powyższej listy, uściślane i dostosowywane do poszczególnych zadań.

Kontynuacja działań podjętych w programie

Po planowym zakończeniu realizacji programu, świadomość społeczeństwa na temat żywieniowych czynników ryzyka zagrożenia zdrowia wzrośnie. Opracowany system poradnictwa dietetycznego oraz materiały edukacyjne będą mogły być w miarę potrzeb i rozwijającej się wiedzy i infrastruktury rozwijane i doskonalone. Realizacja programu co najmniej przez 5 lat pozwoli na przeszkolenie określonych grup zawodowych (nauczycieli, dyrektorów szkół, dyrektorów szpitali, lekarzy). Szerokie grono społeczeństwa będzie mogło korzystać z przekazanej wiedzy i informacji. Materiały, które zostaną przygotowane do tego programu będą ogólnodostępne. Ogromną rolę będą odgrywać tu nauczyciele, którzy wśród dzieci i młodzieży powinni propagować zdrowy i aktywny tryb życia. Należy oczekiwać zmian w programach nauczania szkół, poprzez uatrakcyjnienie lekcji wychowania fizycznego, prowadzenie zajęć pozalekcyjnych z dyscyplin sportowo-rekreacyjnych zgodnych z obecnymi zainteresowaniami młodzieży, zwiększenie liczby godzin wychowania fizycznego oraz wprowadzenia zajęć nt. prawidłowego żywienia i promowania aktywności ruchowej.

Program w swym założeniu jest przewidziany do realizacji na 10 lat (2007-2016). Po I etapie 5-letnim (2007-2011) przeprowadzona zostanie ewaluacja programu i zostanie opracowany raport oceniający skuteczność działań. Na podstawie uzyskanych rezultatów zostanie opracowany program na kolejne 5 lat. Kontynuowanie programu (w zaktualizowanej formie) po okresie 10-letnim (2007-2016), byłoby niezbędne, ponieważ wyłonią się nowe problemy, a ponadto choroby metaboliczne mają przewlekły charakter i ich obserwacja w krótkim okresie nie daje dobrych poglądów na występujące trendy i efekty działania.

MINISTER ZDROWIA

AKCEPTUJĘ

.....
(Minister Zdrowia)

MODUŁ II

„PROGRAM PREWENCJI I LECZENIA CUKRZYCY W POLSCE”

Podstawa prawna art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

II. STRESZCZENIE

Cukrzyca jest uznawana za **chorobę cywilizacyjną**, a ze względu na masowość występowania – społeczną. Cukrzyca jest głównym i stale rosnącym problemem zdrowotnym, który dotyczy wszystkich bez względu na wiek i kraj pochodzenia. Jest przyczyną przewlekłego złego stanu zdrowia i przedwczesnej śmierci. Prognozy WHO przewidują, że w latach 1995-2025 liczba osób z cukrzycą w krajach gospodarczo i społecznie rozwiniętych zwiększy się do 43%, a w krajach rozwijających się (w tym w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, a więc także w Polsce) aż o 170%. Cukrzyca jest jedną z głównych przyczyn utraty wzroku i schyłkowej choroby nerek u osób w wieku produkcyjnym. Stanowi najczęstszą przyczynę amputacji kończyn dolnych, zwiększa ryzyko niedokrwiennej choroby serca i udaru mózgu 2–4-krotnie, zagraża rozwojowi płodu i powoduje obumarcie płodów. Hamuje rozwój osób młodych, ogranicza produktywność dorosłych i niszczy spokój osób w wieku podeszłym.

Cukrzyca powoduje znaczne obciążenie ekonomiczne dla całego społeczeństwa, jak też dla chorych i ich rodzin. Jest odpowiedzialna za wykorzystanie 1/10 wszystkich wydatków na opiekę medyczną w skali całych państw.

Priorytetem programu jest zwiększenie świadomości społeczeństwa o roli zdrowego trybu życia w szczególności poprzez działania o charakterze medialno – edukacyjnym, nabycie umiejętności istotnych w profilaktyce cukrzycy i jej powikłań oraz wykształcenie postaw prozdrowotnych.

Wysokość środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji:

Rok	2010	2011	Razem
Planowane środki	3 135 000 zł	4 000 000 zł	7 135 000 zł

* Wysokość środków na rok 2011 może ulec zmianie, gdyż budżet na programy zdrowotne finansowane z rozdziału 85149-Programy Polityki Zdrowotnej planowany jest na okres jednego roku. Wobec powyższego wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach programu na kolejne lata uzależniona jest od corocznych decyzji Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

III. ZDEFINIOWANIE PROBLEMU, OKREŚLENIE POTRZEBY

2.1. Opis problemu

Istotne z punktu widzenia rozpoznania i zapobiegania cukrzycy jest wczesne jej rozpoznanie. Nieprawidłowo leczona prowadzi do uszkodzenia dużych i małych naczyń krwionośnych. Zaburzenia dużych naczyń krwionośnych polegają na przedwczesnym i nasilonym rozwoju miażdżycy, szczególnie w tętnicach wieńcowych, mózgowych i kończyn dolnych. Skutkiem tych zmian jest choroba wieńcowa, zawał serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, postępująca demencja i inne. W Polsce często cukrzyca rozpoznawana jest „przypadkowo”

w trakcie hospitalizacji chorego z innej przyczyny. Często przyczyną tych hospitalizacji są choroby, których cukrzyca jest istotnym czynnikiem ryzyka, na przykład zawał serca lub udar mózgu. Wykonywanie badań diagnostycznych jest konieczne szczególnie w grupach zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy, tj. u osób z nadwagą, czy otyłością, u których cukrzyca występuje w rodzinie, mało aktywnych fizycznie, z uprzednio stwierdzonymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, z nadciśnieniem tętniczym lub inną chorobą układu krążenia, z zaburzeniami gospodarki lipidowej itp.

Przedwczesna umieralność z powodu cukrzycy, dotycząca wieku produkcyjnego populacji a także wzrastająca liczba niezdolności do pracy spowodowana powikłaniami cukrzycy pociągają za sobą znaczne obciążenia finansowe ze strony państwa. Aby przeciwdziałać powstaniu powikłań należy na każdym etapie leczenia cukrzycy dołożyć maksymalnie dużo starań aby zapewnić optymalną jakość terapii.

1. Waga problemu dla społeczeństwa

W Polsce na cukrzycę choruje ponad 2 mln. osób. Wszystkie prognozy wskazują, iż liczba ta będzie wzrastać w najbliższych latach. U około połowy chorych na cukrzycę typu 2 w Polsce choroba ta nie została jeszcze wykryta.

Najczęstsze powikłania cukrzycy to:

Powikłania mikronaczyniowe:

- retinopatia – uszkodzenie siatkówki należące do częstszych przyczyn uszkodzenia wzroku. Występuje u ok. 90% chorych na cukrzycę typu pierwszego trwającą ponad 20 lat,
- nefropatia – choroba nerek, która w USA stanowi najczęstszą przyczynę schyłkowej niewydolności nerek (wymagającej dializy lub przeszczepu),

Powikłania makronaczyniowe:

- choroba niedokrwienna serca – występuje 2 razy częściej u mężczyzn i 6 razy częściej u kobiet chorych na cukrzycę niż w pozostałej populacji. W grupie chorych na cukrzycę obserwuje się takie samo ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego, jak i w grupie chorych bez cukrzycy, którzy przeżyli wcześniej zawał serca. Stało się to podstawą stwierdzenia, iż cukrzyca stanowi ekwiwalent choroby niedokrwiennej serca,

- choroby naczyniowe, w tym udar mózgu oraz choroba tętnic kończyn dolnych. Cukrzyca zwiększa ryzyko udaru niedokrwiennego oraz krwotocznego, które związane są ze znaczną śmiertelnością i niesprawnością chorych. Chorzy na cukrzycę są 20-25 razy bardziej narażeni na amputację kończyny z powodu choroby naczyniowej niż osoby zdrowe.

Przedwczesna umieralność z powodu cukrzycy, dotycząca wieku produkcyjnego populacji a także wzrastająca liczba niezdolności do pracy spowodowana powikłaniami cukrzycy pociągają za sobą znaczne obciążenia finansowe ze strony państwa.

2. Dotychczasowe próby rozwiązania problemu

W ramach programów zdrowotnych adresowanych do osób chorych na cukrzycę, ze środków znajdujących się w dyspozycji Ministra Zdrowia realizowany był program zdrowotny pn.: „Program Prewencji Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2006-2008”. W ramach programu skupiono się głównie na wdrażaniu Rejestru Chorych na Cukrzycę (dorosłych) i Rejestru Wieku Rozwojowego (dzieci i młodzieży).

Zagadnienia oparte na rejestrach obejmowały między innymi następujące kwestie:

- epidemiologię wszystkich typów cukrzycy z możliwością oceny dokładnej dystrybucji zachorowalności i chorobowości w poszczególnych podgrupach populacji,
- jakość leczenia cukrzycy – dokładną ocenę kryteriów wyrównania glikemii, ciśnienia tętniczego, gospodarki lipidowej, wagi ciała, itp.,
- aktualny model terapii cukrzycy z uwzględnieniem rodzajów stosowanych preparatów ich dawek, ilości przepisywanych recept,
- obecność chorób towarzyszących i sposobów ich leczenia,
- częstość zlecanych badań w odniesieniu do zaleceń postępowania.

Wprowadzenie rejestrów, zarówno dla dorosłych, jak i dla wieku rozwojowego miało na celu dokonanie przekrojowej oceny stanu opieki diabetologicznej w Polsce oraz prognozy trendów epidemiologicznych cukrzycy i jej powikłań, a także związanych z tym planowanych zmian nakładów finansowych.

Najistotniejsze korzyści dla polityki zdrowotnej państwa z prowadzenia Rejestru Chorych na Cukrzycę (dorosłych):

- ocena stanu zdrowia chorych na cukrzycę, obecności przewlekłych powikłań, chorób towarzyszących w zależności od wieku, czasu trwania choroby, płci, typu cukrzycy - szacowanie aktualnych kosztów leczenia i opieki diabetologicznej,
- ocena jakości opieki diabetologicznej: wyrównania cukrzycy w zależności od opisanych powyżej parametrów - ocena ryzyka występowania przewlekłych powikłań - szacunkowe dane o wydatkach poniesionych na leczenie w przeszłości,
- wskazania do intensyfikacji działań dla poprawy opieki nad pacjentami chorymi na cukrzycę w Polsce,
- ocena ilości przepisywanych leków przeciwcukrzycowych, w tym insuliny ze szczególnym uwzględnieniem analogów długodziałających, pasków do glukometrów, do badania moczu, zlecanych badań i ich porównanie do aktualnie obowiązujących wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego - koszty refundacji tych środków,
- ilość i rodzaj przepisywanych leków do leczenia chorób towarzyszących.

Najistotniejsze korzyści dla polityki zdrowotnej państwa z prowadzenia Rejestru Wieku Rozwojowego (dzieci i młodzieży):

- optymalizacja leczenia cukrzycy dzieci i młodzieży:
 - wyrównywanie różnic w opiece diabetologicznej u dzieci,
 - modyfikacja leczenia w zależności od typu cukrzycy,
- ujednoczenie opieki diabetologicznej u dzieci i młodzieży,
- planowanie potrzeb pediatrycznej opieki diabetologicznej w oparciu o aktualne dane epidemiologiczne uwzględniające obserwowany wzrost zachorowalności na cukrzycę w populacji wieku rozwojowego.

2. Dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Tworzone Rejestry Chorych na Cukrzycę (dorosłych) i Wieku Rozwojowego (dzieci i młodzieży) są pierwszymi tego typu rejestrami w Polsce. Koncepcja ich utworzenia opracowana została w 2006 roku, a realizacja rozpoczęła się w latach 2007-2008.

Dotychczasowe efekty z prowadzenia Rejestru Chorych na Cukrzycę (dorosłych):

Prowadzony Rejestr obejmował następujące dane:

- 1) typ cukrzycy,

- 2) data rozpoznania, wdrożenia leczenia dietą, lekami doustnymi i insuliną,
- 3) wiek pacjenta, okres leczenia w danej poradni,
- 4) występowanie chorób towarzyszących,
- 5) parametry życiowe badane na danej wizycie (wzrost, waga, BMI, obwód talii, bioder, WHR, ciśnienie tętnicze, tętno),
- 6) wyniki badań poprzedzających wizytę z zakresu kontroli glikemii (profile glikemii, HbA1c, hipoglikemie) i gospodarki lipidowej (lipidogram),
- 7) wyniki badań specjalistycznych (hormonalnych, serologicznych) dotyczących diagnostyki typu cukrzycy,
- 8) aktualne leczenie cukrzycy i liczba przepisanych recept, zużycie pasków do glukometru i moczu,
- 9) aktualne leczenie chorób towarzyszących i liczba przepisanych recept,
- 10) obecność przewlekłych powikłań cukrzycy (mikro i makronaczyniowych) ze szczególnym uwzględnieniem ich zaawansowania,
- 11) rodzaj badań i konsultacji zlecanych na danej wizycie.

W trakcie realizacji projektu do wytypowanych przez konsultantów wojewódzkich ośrodków diabetologicznych rozesłano kwestionariusze zawierające ww. dane. Tą drogą uzyskano wypełnione kwestionariusze z 39 ośrodków, które zweryfikowano i wprowadzono do Rejestru dane 7606 pacjentów z 7647 wizyt. Spośród pacjentów 55,55% stanowiły kobiety, a 44,45% mężczyźni. Rejestr zawiera m.in. dane dotyczące częstości występowania poszczególnych typów cukrzycy – cukrzyca typu 1 – 1134 (14,99%), cukrzyca typu 2 – 6119 (80,89%), inne określone typy cukrzycy – 147 (1,94%), cukrzyca ciążowa – 165 (2,18%). Z uzyskanych danych z Rejestru wynika, iż średni wiek pacjentów wynosi 59,41 lat (w cukrzycy typu 1 – 40,92, w cukrzycy typu 2 – 63,76, w innym określonym typie cukrzycy – 52,16, w cukrzycy ciążowej – 30,77). Ponadto Rejestr zawiera dane dotyczące chorób towarzyszących cukrzycy. Wśród nich wymienia się najczęściej: nadciśnienie tętnicze (5473), zaburzenia lipidowe (4057), otyłość (4050), powikłania mikronaczyniowe (3092) i makronaczyniowe (2887). Najbardziej występujące choroby towarzyszące cukrzycy to: zwyrodnienia wielostanowe, kamica nerki i moczowodu, jaskra, inna przewlekła zaporowa choroba płuc, dychawica oskrzelowa.

Dotychczasowe efekty z prowadzenia Rejestru Wieku Rozwojowego (dzieci i młodzieży):

Rejestr Wieku Rozwojowego (dzieci i młodzieży) jako przedsięwzięcie docelowe ma być pochodną utworzonego systemu obiegu informacji poprzez sieć komputerową między poradniami diabetologicznymi a centralą rejestru. Głównym założeniem projektu było wprowadzenie jednolitej formy dokumentowania informacji o świeżych zachorowaniach na cukrzycę wśród dzieci i młodzieży w Polsce, podejmowanych działaniach diagnostycznych, naturalnym przebiegu choroby i rozwoju jej powikłań, szeroko rozumianego leczenia

i ponoszonych kosztów. Dotychczas w ramach realizacji zadania stworzono funkcjonalną wersję aplikacji poradnianej działającej w systemie Rejestru Cukrzycy Wieków Rozwojowych.

Dotychczas do programu włączono dwa ośrodki akademickie (Łódź, Katowice) obejmujące opieką 1562 dzieci i młodzieży z cukrzycą (w tym 910 chłopców). Grupa ta stanowiła około 8% wszystkich pacjentów pediatrycznych z cukrzycą w Polsce. W badanej grupie średni wiek zachorowania wynosił $9,6 \pm 4,0$ lat, czas trwania cukrzycy $4,6 \pm 0,9$ lat, zapotrzebowanie na insulinę $1,1 \pm 0,6$ IU/kg/24 h, HbA1c $7,7 \pm 1,4\%$. Ponadto, na podstawie danych epidemiologicznych wyodrębniono grupę dzieci i młodzieży ($n=89$), u których występowała postać cukrzycy inna niż typ 1. W tej grupie zidentyfikowano pacjentów z cukrzycą noworodkową spowodowaną mutacją genu KCNJ11 i cukrzycą typu MODY (mutacje GCK i HNF1alfa). Pozwoliło to na zaprzestanie insulinoterapii i rozpoczęcie leczenia celowanego dietą i/lub lekami doustnymi z bardzo dobrym efektem terapeutycznym.

Wdrażane dotychczas w ramach programu zdrowotnego Rejestry Chorych na Cukrzycę (dorosłych) i Wieków Rozwojowych (dzieci i młodzieży) są pierwszymi rejestrami w Polsce. Oba te rejestry **nie są jeszcze** w pełni uruchomione. **Obecnie w związku z kierunkowymi decyzjami Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia jest w trakcie analizy przejmowania spraw dotyczących wszystkich rejestrów (prowadzonych dotychczas w ramach programów zdrowotnych), w tym rejestrów dotyczących cukrzycy.**

IV. UZASADNIENIE

Po 8 latach od sformułowania Deklaracji z St. Vincent, na Kongresie w Lizbonie w 1997 r. przyjęto Deklarację o stanie realizacji celów określonych w St. Vincent. Przedstawiciele krajów Europejskiego Regionu Światowej Organizacji Zdrowia stwierdzili istotną redukcję kosztownych powikłań cukrzycy w krajach, w których programy zwalczania cukrzycy są energicznie realizowane. Cukrzyca, jako choroba **cywilizacyjna** i **społeczna**, wymaga systemowego podejścia poprzez tworzenie nowych międzynarodowych, krajowych i lokalnych programów zwalczania cukrzycy.

Także w Polsce cukrzycę należy określić jako chorobę społeczną, zatem istnieje konieczność stworzenia kompleksowego systemu działań, mających na celu zwiększenie wykrywalności (cukrzyca typu 1), zmniejszenie zapadalności (cukrzyca typu 2) i spadek częstości występowania powikłań, mając na względzie uwarunkowania społeczne i ekonomiczne kraju.

1. Finansowanie realizacji programu przez Ministra Zdrowia

Podstawę prawną finansowania programu zdrowotnego pn.: „Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce”, stanowiącego Moduł II programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom cywilizacyjnym” - jako programu zdrowotnego, dotyczącego istotnych problemów zdrowotnych określonej populacji, przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania, stanowi art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

2. Zdefiniowanie potrzeby społecznej

Podstawową potrzebą społeczną jest określenie epidemiologii cukrzycy i jej powikłań, ocena kosztów leczenia cukrzycy oraz wytyczenie planu poprawy opieki diabetologicznej w Polsce.

Cukrzyca jest podstępą chorobą. Cukrzyca typu 2, która stanowi około 90% wszystkich przypadków tej choroby, przebiega początkowo bezobjawowo, a wskaźnikami skuteczności terapii są pewne mierniki biochemiczne. Regularna ocena tych parametrów, zwracanie uwagi na właściwą i odpowiednio wczesną intensyfikację terapii, w tym wprowadzenie insulinoterapii, edukacja pacjentów będą skutkować poprawą stanu zdrowia chorych, zmniejszeniem inwalidztwa z powodu powikłań cukrzycy, co w konsekwencji przełoży się na zmniejszenie wydatków Państwa.

3. Efektywność ekonomiczna

Według danych Banku Światowego cukrzyca zajmuje w skali wielkości obciążenia ekonomicznego społeczeństwa 2 miejsce, po chorobie niedokrwiennej serca. Cukrzyca w Polsce stanowi znaczące obciążenie budżetu państwa.

Założeniem programu jest poprawa jakości opieki nad chorymi na cukrzycę, zwiększenie dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, poprawa świadomości i poziomu wiedzy o tej chorobie, co w konsekwencji powinno przełożyć się na wymierne oszczędności ekonomiczne.

4. Nowatorstwo zaproponowanych rozwiązań

Nowatorstwo zaproponowanego programu wynika głównie z faktu, iż jest to pierwszy, kompleksowy plan działań zorientowany specyficznie na tę grupę chorych.

5. Możliwości ponownego wykorzystania programu w przyszłości

Planuje się kontynuację realizacji na lata przyszłe w zależności od możliwości ich finansowania.

IV. OPIS PROGRAMU

Cele główne:

- Poprawa stanu wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy poprzez stałe upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy o cukrzycy i zdrowym stylu życia, stworzenie systemu szkoleń dla pacjentów, ich rodzin oraz wybranych grup zawodowych,
- Poprawa jakości opieki nad chorymi na cukrzycę poprzez działania edukacyjne na rzecz tej grupy chorych oraz poprzez szkolenia pielęgniarek i położnych przygotowujące do pracy na stanowisku edukatora cukrzycy.

Główne działania – okres realizacji – 2010 r.

- Opracowanie projektu akcji promocyjnej na temat czynników wywołujących cukrzycę oraz dotyczącej pierwszej pomocy, jakiej należy udzielić chorym na cukrzycę, głównie dzieciom posiadającym pompę insulinową, adresowanej do chorych, rodziców i opiekunów oraz do wybranych grup zawodowych,
- Akcje społeczne promocyjno-edukacyjne obejmujące profilaktykę diabetologiczną o charakterze profilaktyczno – edukacyjnym, powiązane z możliwością wykonania pomiaru glikemii, hemoglobiny glikowanej HbA1c, masy ciała, poziomu tkanki tłuszczowej, dotarcie do jak największej populacji.

Główne działania – okres realizacji – 2011 r.

- Wdrażanie według opracowanego w 2010 r. ujednoliconego projektu akcji promocyjnych na temat czynników wywołujących cukrzycę oraz dotyczącej pierwszej pomocy, jakiej należy udzielić chorym na cukrzycę, głównie dzieciom posiadającym pompę insulinową, adresowanej do chorych, rodziców i opiekunów oraz do wybranych grup zawodowych,
- Wdrażanie i przeprowadzenie szkoleń dla pielęgniarek i położnych, w oparciu o opracowany przez wyspecjalizowany podmiot, ramowy program przygotowujący pielęgniarce i położne do pracy na stanowisku edukatora cukrzycy.
- Kontynuacja akcji społecznych promocyjno-edukacyjnych obejmujących profilaktykę diabetologiczną o charakterze profilaktyczno – edukacyjnym, powiązane z możliwością wykonania pomiaru glikemii, hemoglobiny glikowanej HbA1c, masy ciała, poziomu tkanki tłuszczowej, dotarcie do jak największej populacji.

Uzasadnienie:

Cukrzyca jako choroba przewlekła, wymaga wieloletniego, kosztownego leczenia, często ogranicza zdolność do pracy, co przekłada się na materialne straty ponoszone przez społeczeństwo polskie. Wobec powyższego, niekorzystne trendy wzrostu zachorowalności na

cukrzyce powinny zostać zahamowane. Optymalnym działaniem, mającym na celu odwrócenie tych niekorzystnych trendów jest promowanie wiedzy o istocie choroby jaką jest cukrzyca i możliwościach wynikających z rozpowszechniania w społeczeństwie postaw prozdrowotnych. Niewątpliwie, aby zapobiegać cukrzycy należy stosować profilaktykę. Natomiast, w celu zaszczepienia w społeczeństwie odpowiednich postaw, niezbędne jest podjęcie zadania, którego priorytetem jest właśnie promocja zdrowego trybu życia.

Zakłada się, że wszystkie działania powinny mieć zasięg ogólnopolski, ale także aspekt regionalny oraz obejmować możliwie szerokie spektrum odbiorców (organizacje społeczno zawodowe, szkolnictwo), z wykorzystaniem wszystkich dostępnych mediów. Możliwa będzie także: organizacja konferencji prasowych, opracowanie materiałów dla dziennikarzy - artykułów i komunikatów do prasy (tłumaczenia, komunikaty prasowe, opracowania). Interwencyjne kampanie masowe adresowane do społeczeństwa są sprawdzoną metodą aktywizowania ludzi na rzecz różnorodnych działań służących edukacji zdrowotnej i zmianie postaw zdrowotnych. Działania te spotykają się z szeroką akceptacją społeczną, i umożliwiają włączanie się do współdziałania wielu podmiotów, w tym władz lokalnych, przedsiębiorstw, organizacji społecznych.

Przewidywany poziom finansowania w 2010 r.: 3 135 000 zł.

Przewidywany poziom finansowania w 2011 r.: 4 000 000 zł.

1. Źródła finansowania

Podstawowym źródłem finansowania jest budżet Ministra Zdrowia będącego dysponentem środków budżetowych zarezerwowanych na realizację programów polityki zdrowotnej w części 46 – Zdrowie, dziale 851 – Ochrona Zdrowia ustawy budżetowej.

2. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

Ewaluację i monitorowanie programu będzie prowadzić departament nadzorujący realizację programu we współpracy z realizatorami. Zgodnie z postanowieniami umów zawartych przez Ministra Zdrowia, realizatorzy będą zobowiązani do przedstawienia sprawozdań z realizacji zadań objętych umową. Do 20 grudnia danego roku realizatorzy będą zobowiązani do przedstawienia końcowego (za dany rok) sprawozdania finansowego i merytorycznego z realizacji zadań.

Do 30 stycznia następnego roku realizator programu będzie zobowiązany do dokonania analizy stopnia realizacji zadań podjętych w poprzednim roku.

V. REALIZATORZY PROGRAMU

Przepisy właściwe dotyczące wyboru realizatorów programu określa art. 48 ust.4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Realizatorzy programu finansowanego z budżetu Ministra Zdrowia będą wyznaczeni w drodze postępowania konkursowego na podstawie kryteriów określonych w ogłoszeniu konkursowym. Informacje o postępowaniu konkursowym będzie ogłoszona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ministerstwa Zdrowia.

Główne kryteria wyboru realizatorów programu:

- ✓ doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych dotyczących problematyki diabetologii (dorosłych lub dzieci),
- ✓ dysponowanie bazą i wykwalifikowaną kadrą umożliwiającą realizację programu,
- ✓ dysponowanie odpowiednim zapleczem merytoryczno-organizacyjnym dla potrzeb realizacji programu,
- ✓ wielośrodkowy charakter realizacji zadania.

Realizatorzy zadań Programu wyznaczeni w drodze konkursu ofert na podstawie szczegółowych kryteriów określonych dla poszczególnych zadań, przedstawiają sposób ich realizacji w ofercie konkursowej.

VI. KONTYNUACJA DZIAŁAŃ PODJĘTYCH W PROGRAMIE

Istnieje konieczność stworzenia kompleksowego systemu działań, mających na celu zwiększenie wykrywalności, zmniejszenie zapadalności i częstości występowania powikłań, mając na uwadze uwarunkowania społeczne i ekonomiczne kraju. Wszelkim podejmowanym działaniom powinna towarzyszyć myśl przewodnia, iż pomimo cukrzycy możliwe jest osiągnięcie pełnej długości i dobrej jakości życia pacjentów oraz uniknięcie powikłań choroby.

Mając na uwadze znaczną dynamikę epidemiologiczną i rozpowszechnienie cukrzycy program wymaga ciągłej kontynuacji.

MINISTER ZDROWIA

AKCEPTUJĘ

.....
(Minister Zdrowia)

MODUŁ III

„PROGRAM ELIMINACJI NIEDOBORU JODU W POLSCE NA LATA 2009-2011”

Podstawa prawna art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

Warszawa, 2009 r.
(aktualizacja w 2010 r.)

II. STRESZCZENIE

Polska leży w obszarze niedoboru jodu, którego brak musi być uzupełniony profilaktyką jodową. Program Eliminacji Niedoboru Jodu jest głównym narzędziem kontroli efektywności profilaktyki jodowej w Polsce, jest programem wielośrodkowym, skupiającym czołowych ekspertów w tej dziedzinie z wszystkich Akademii i Uniwersytetów Medycznych w kraju. Badania prowadzone w zakresie Programu Eliminacji Niedoboru Jodu wykazały, że najlepsze wyniki zostały osiągnięte w głównej grupie ryzyka - u dzieci szkolnych, gdzie częstość wola w najmłodszej grupie wieku (6-8 lat) po raz pierwszy w historii profilaktyki jodowej w Polsce spadła poniżej 5% - a więc poniżej poziomu endemicznego. Nadal otwartym zagadnieniem jest zabezpieczenie w rekomendowaną dodatkową dzienną dawkę jodu (100-150ug) kobiet w ciąży i kobiet karmiących, gdyż tylko około 50-60 % kobiet taką dawkę dodatkowo otrzymuje. Ostatnie rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia WHO (Paryż 2006, Luksemburg 2007) dotyczą konieczności ograniczenia na poziomie populacyjnym (w tym również w ciąży) spożycia soli (NaCl) jako czynnika ryzyka nadciśnienia i miażdżycy.

W ślad za tymi rekomendacjami eksperci powołani przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie opracowali „*Stanowisko w sprawie ograniczenia spożycia soli*” stanowiące podstawę do praktycznych działań na poziomie populacyjnym. W warunkach Europy i Polski redukcja aktualnego spożycia soli (głównego nośnika jodu) powinna wynieść około 30-50%, co może spowodować znaczną redukcję spożycia jodu. Z tych względów *Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009-2011* stanowi istotne narzędzie koordynujące akcje ograniczenia spożycia soli z profilaktyką jodową.

Środki niezbędne do realizacji Programu wynoszą: **1 850 000 zł**

Plan finansowania:

2009 rok - **500 000 zł**

2010 rok - 635 000 zł

2011 rok - 715 000 zł.

Zakłada się możliwość zmiany wysokości środków finansowych przyznawanych na realizację Programu w latach 2010-2011.

III. ZDEFINIOWANIE PROBLEMU, OKREŚLENIE POTRZEBY

1. Opis problemu, przyczyny istnienia problemu, waga problemu dla społeczeństwa

Niedobór jodu został uznany przez Światową Organizację Zdrowia jako jeden z czynników mający bezpośredni wpływ na stan zdrowotności i populacji. Głównym objawem niedoboru jodu jest powiększenie tarczycy czyli tzw. wole endemiczne, pociągające za sobą zwiększoną chorobowość gruczołu tarczycowego.

W zależności od stopnia niedoboru jodu brak tego pierwiastka powoduje szereg innych zaburzeń, z których do najważniejszych należą: nieodwracalne uszkodzenie mózgu u płodu i noworodków, opóźniony rozwój psychomotoryczny u dzieci, obniżenie funkcji reprodukcyjnych oraz wpływ na ogólny rozwój intelektualny społeczeństw. Główne grupy ryzyka to: kobiety w ciąży, noworodki oraz dzieci i młodzież w okresie dojrzewania.

Niedobór jodu grozi poważnymi konsekwencjami na poziomie populacyjnym. Jod stanowi podstawowy składnik hormonów tarczycy- tyroksyny i trojjodotyrozyny, regulujących wszystkie szlaki przemiany materii i wywierających decydujący wpływ na rozwój mózgu, jak również jest jednym z najsilniejszych przeciw-utleniaczy i działa ochronnie w procesach zapalnych i nowotworowych.

Ciężki niedobór jodu w ciąży może doprowadzić do nieodwracalnego niedorozwoju mózgu u płodu i do tzw. kretynizmu. Obraz ten obserwowany jeszcze w Polsce w okresie międzywojennym został całkowicie wyeliminowany dzięki profilaktyce jodowej.

Umiarkowany niedobór jodu prowadzi do obniżenia wyższych funkcji mózgu jak zdolność uczenia się zapamiętywania i kojarzenia, obniża w istotnym stopniu miernik tych funkcji - iloraz inteligencji.

Niedobór jodu może prowadzić ponadto do powiększenia tarczycy – tzw. wola, zwiększenia częstości chorób tarczycy, w tym zróżnicowanego raka tarczycy.

2. Dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Program Eliminacji Niedoboru Jodu był realizowany od roku 1999 z przerwą w latach 2004-2005. Realizacja Programu pozwoliła na ocenę efektywności profilaktyki jodowej, w konsekwencji umożliwiając przesunięcie Polski w ocenie WHO do grupy krajów

o wystarczającej podaży jodu na poziomie populacyjnym. W tym czasie został zlikwidowany problem wola endemicznego u dzieci szkolnych, uzyskano też wybitny spadek częstości wola u kobiet w ciąży i u dorosłych, spadek częstości podwyższonych wartości TSH u noworodków oraz zahamowanie ostrego wzrostu raka tarczycy, obserwowanego w latach 1992-2000.

III. UZASADNIENIE

6. Finansowanie realizacji programu przez Ministra Zdrowia

Podstawę prawną finansowania Programu Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce - jako programu zdrowotnego, dotyczącego istotnych problemów zdrowotnych określonej populacji, przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania, stanowi art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

7. Zdefiniowanie potrzeby społecznej

Podstawową potrzebą społeczną zabezpieczoną przez realizację programu jest zapewnienie optymalnej dziennej dawki jodu niezbędnej dla kobiety w ciąży, płodu, noworodków i dzieci w okresie rozwoju. Jod ma decydujące znaczenie w zapewnieniu wszystkich funkcji życiowych tych grup ryzyka, a przede wszystkim w rozwoju mózgu i jego wyższych funkcji.

8. Efektywność ekonomiczna

Program będzie prowadzić do analizy kosztów profilaktyki niedoboru jodu, a jego realizacja pozwoli na określenie kosztów całkowitych programu profilaktyki jodowej i korzyści materialnych, wynikających z ograniczenia chorobowości tarczycy w populacji oraz ograniczenia skutków niedoboru jodu w ciąży.

9. Nowatorstwo zaproponowanych rozwiązań

Przedmiotem *Programu Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009-2011* jest realizacja zadań poprzedniej edycji Programu, dostosowanych do aktualnej sytuacji profilaktyki jodowej. Zadania dotyczą przede wszystkim głównych grup ryzyka: kobiet w ciąży i dzieci szkolnych. Program wprowadza również plan szkolenia wybranych grup lekarzy i promocje nowego modelu profilaktyki jodowej. Realizacja tak określonego *Programu Eliminacji Niedoboru Jodu w latach 2009-2011* pozwoli na ocenę stopnia ograniczania spożycia soli na poziomie populacyjnym z utrzymaniem odpowiedniej efektywności profilaktyki jodowej.

10. Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń

Założenia Programu oparto na doświadczeniach Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie - realizatora Programu w latach ubiegłych, który we współpracy z akademiami medycznymi i instytutami resortowymi, dysponującymi doświadczoną kadra, zapleczem laboratoryjnym i olbrzymim doświadczeniem w skali międzynarodowej, realizował główne cele poprzednie edycji Programu.

11. Promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami

Realizacja programu opiera się również na współpracy z Międzynarodową Komisją ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu (ICCIDD), jak również na współpracy z akademiami i uniwersytetami medycznymi w kraju. W trakcie realizacji programu został wypracowany model referencyjnych laboratoriów oznaczających jod w systemie kontroli międzynarodowej.

Istotną częścią Programu jest akcja „Thyromobil”, umożliwiająca przeprowadzanie badań dzieci szkolnych i kobiet w ciąży.

8. Możliwości ponownego wykorzystania programu w przyszłości

W konsekwencji rekomendacji WHO odnośnie redukcji spożycia soli (głównego nośnika jodu) - *Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009-2011* stanowić będzie istotne narzędzie koordynujące akcje ograniczenia spożycia soli z profilaktyką jodową. Z tych względów Program Eliminacji Niedoboru Jodu powinien mieć charakter ciągły.

IV. OPIS PROGRAMU

3. Określenie czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych

Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009-2011 jest kontynuacją *Programu Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce w latach 2006-2008*.

4. Cel główny i cele szczegółowe:

- zmniejszenie ryzyka zachorowalności z powodu niedoboru jodu poprzez zastosowanie w Polsce modelu profilaktyki jodowej oraz dostosowanie jej parametrów do zmieniających się warunków środowiska,
- zabezpieczenie kobiety ciężarnej i karmiącej w rekomendowaną dawkę jodu przy jednoczesnym ograniczeniu spożycia soli i dalsza kontrola efektywności profilaktyki jodowej w nowej sytuacji.

Główne działania:

- analiza poziomu tyretropiny (TSH) u noworodków,
- ocena profilaktyki jodowej u kobiet w ciąży, ocena częstości wola i poziomu jodurii u kobiet w ciąży,
- szkolenia i populacyjne akcje promocyjne w zakresie profilaktyki jodowej,
- kontrola stanu endemii u dzieci szkolnych oraz w populacji dorosłych,
- ocena jakości jodowania soli kuchennej,
- ocena indukowanej jodem nadczynności tarczycy i zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy oraz analiza efektywności polskiego modelu profilaktyki jodowej,
- koordynacja i monitorowanie programu.

5. Plan działań – opis działań

3.1. Analiza stężenia w krwi TSH noworodków i ocena częstości profilaktyki jodowej w ciąży

Okres realizacji: 2009-2011

Uzasadnienie:

Analiza częstości wyników przesiewu wartości TSH w zakresie 5 - 20 mIU/ml u noworodków przeprowadzanego rutynowo w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy, jest uznanym czułym wskaźnikiem niedoboru jodu u kobiety w ciąży i u noworodka. Ze względu na nadal niezadowalające- określone w ankietyzacji - zabezpieczenie kobiety w ciąży w dodatkowa dawkę jodu, częstość tego wskaźnika nadal jest podwyższona i wyraża się wartością kilkunastu %.

Przewidywany poziom finansowania w 2009 r.: 80 000 zł.

3.2. Ocena przebiegu ciąży oraz chorobowości tarczycy w zależności od podaży jodu

Okres realizacji: 2009-2011

Uzasadnienie:

W ślad za przesiewem TSH u noworodków dokonuje się oceny klinicznej wybranych grup kobiet w I, II i III trymestrze ciąży dla określenia ich dobrostanu i faktycznego zabezpieczenia w dodatkowa dawkę jodu. W 2010 r. planuje się dokonanie analizy

porównawczej stanu Zdrowia dziecka wg skali Agar w grupie kobiet otrzymujących pełną rekomendowaną dodatkowo dawkę jodu i w grupie bez dodatkowej dawki, co pozwoli na ocenę efektywności modelu profilaktyki jodowej w odniesieniu do

Przewidywany poziom finansowania w 2009 r.: 80 000 zł.

5.3. Szkolenie i populacyjna akcja promocyjna profilaktyki jodowej

Okres realizacji: 2009-2011.

Uzasadnienie:

Szkolenie adresowane będzie do lekarzy pierwszego kontaktu, endokrynologów i położników, którzy na co dzień zajmują się profilaktyką jodową kobiet w ciąży. Szacuje się objęcie szkoleniem 100 do 150 osób w trakcie 1 cyklu szkolenia (przewidywane są 3 cykle szkoleń). Poza działalnością szkoleniową prowadzona będzie również akcja promocyjna w mediach (telewizyjne spoty, audycje z ekspertami, audycje radiowe, wywiady w prasie) kierowana do kobiet planujących ciążę i w ciąży. W 2010 r. planuje się zwiększenie liczby szkoleń (z 1 do 4 szkoleń w roku), adresowanych do lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy położników i endokrynologów, obejmujących tematykę dotyczącą profilaktyki jodowej w ciąży wobec konieczności ograniczania soli, jak i koniecznych modyfikacji profilaktyki jodowej polegających na wprowadzaniu na rynek żywnościowy nowych standaryzowanych nośników jodu.

Przewidywany poziom finansowania w 2009 r.: 25 000 zł.

5.4. Ocena niedoboru jodu u kobiet w ciąży(akcja „Thyromobil”)

Okres realizacji: 2009-2011

Uzasadnienie:

Obok badań klinicznych o ograniczonym zakresie, prowadzona jest akcja przesiewowa obejmująca cały kraj. Program badań obok oznaczenia jodu w moczu, objętości tarczycy (USG) stwarza możliwość oznaczeń hormonów tarczycy oraz wczesnego wykrycia cukrzycy ciężarnych (ok. 6 % kobiet w ciąży). Akcja ta daje możliwość pełnej oceny stanu profilaktyki jodowej w ciąży oraz oceny efektywności działań prewencyjnych i szkolenia podyplomowego. Przedmiotem finansowania zadania będą koszty organizacyjne związane z przeprowadzeniem akcji. W 2010 r. planuje się rozszerzenie zadania o ocenę niedoboru jodu również u osób dorosłych i dzieci w wieku szkolnym,

co pozwoli na ocenę stopnia redukcji spożycia soli na poziomie większej części populacji, a tym samym umożliwi prowadzenie stałego monitoringu.

Przewidywany poziom finansowania w 2009 r. : 140 000 zł

5.5. Ocena jakości jodowania soli kuchennej i wielkości całkowitego spożycia soli i jodu na poziomie populacyjnym

Okres realizacji: 2009-2011

Uzasadnienie:

Stała kontrola stężenia jodu w soli na poziomie producenta i konsumenta jest podstawowym warunkiem utrzymania dobrej jakości jodowania i realizacji założonego programu profilaktyki jodowej w Polsce. Kontrola poziomu spożycia soli jodowanej nabiera strategicznego znaczenia wobec konieczności ograniczenia spożycia soli i w konieczności wprowadzenia modyfikacji profilaktyki jodowej. W 2010 r. planuje się dodatkowo opracowanie metody oznaczania jodu w kolejnym nośniku jodu, tj. w wodach mineralnych, co pozwoli na ich stałą kontrolę na rynku żywnościowym.

Przewidywany poziom finansowania w 2009 r.: 80 000 zł.

3.6. Ocena zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy w Polsce

Okres realizacji: 2009-2011

Uzasadnienie:

Od początku lat 90-tych obserwujemy wzrost zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy –głównie u kobiet po 40 r. życia .Szczególnie ostry wzrost był notowany w latach 1997-2000 w obszarze Krakowa i Olsztyna, po czym nastąpiło zmniejszenie zapadalności ale zjawisko to obserwujemy nadal w całym kraju. Jest to spowodowane wstrzymaniem profilaktyki jodowej w roku 1980 oraz skutkami awarii w Czarnobylu w roku 1986. Istnieje konieczność dalszego monitorowania tego zjawiska co musi być oparte na wielo-ośrodkowym rejestrze zapadalności.

Przewidywany poziom finansowania w 2009 r.: 80 000 zł.

3.7. Ekonomia profilaktyki jodowej

Okres realizacji: Realizacja zadania przewidziana do realizacji w 2011 r.

Uzasadnienie:

W ramach realizacji zadania planuje się obliczenie kosztów i korzyści ekonomicznych profilaktyki jodowej w Polsce.

Przewidywany poziom finansowania: 30 000 zł.

3.8. Koordynacja i monitorowanie programu w latach 2009-2011

Wieloośrodkowy program wymaga prowadzenia centralnej bazy danych, prowadzenia okresowych szkoleń i konferencji metodycznych, elementarnego wyposażenia w postaci laptopów, jak również współpracy z Międzynarodową Komisją ds. Niedoboru Jodu, co wymaga uczestnictwa raz w roku w międzynarodowej konferencji.

Przewidywany poziom finansowania w 2009 r.: 15 000 zł.

Wstępny kosztorys 2009 ROK :

L.p.	Zadanie	Koszt w zł
1	Analiza TSH noworodków i ocena częstości profilaktyki jodowej w ciąży, ankietyzacja kobiet w ciąży dla określenia częstości dodatkowej profilaktyki jodowej	80 000 zł
2	Ocena przebiegu ciąży oraz chorobowości tarczycy w zależności od podaży jodu na podstawie ankiety, pomiaru stężenia jodu i sodu w moczu i hormonów tarczycy we krwi	80 000 zł
3	Szkolenie i populacyjna akcja promocyjna profilaktyki jodowej, szkolenie dla lekarzy (planowane 100-150 osób w jednym szkoleniu), opracowanie spotu telewizyjnego	25 000
4	Ocena niedoboru jodu u kobiet w ciąży (Akcja Thyromobil)	140 000
5	Ocena jakości jodowania soli kuchennej i wielkości całkowitego spożycia soli i jodu na poziomie populacyjnym	80 000 zł
6	Ocena zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy	80 000 zł

7	Koordinacja i monitorowanie programu	15 000 zł
	Razem	500.000 zł

6. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Podstawowym źródłem finansowania jest budżet Ministra Zdrowia będącego dysponentem środków budżetowych zarezerwowanych na realizację programów polityki zdrowotnej w części 46 – Zdrowie, dziale 851 – Ochrona Zdrowia ustawy budżetowej.

7. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

Ewaluację i monitorowanie programu będzie prowadzić departament nadzorujący realizację programu we współpracy z realizatorem i koordynatorem. Zgodnie z postanowieniami umowy zawartej przez Ministra Zdrowia, realizator będzie zobowiązany do przedstawienia kwartalnych sprawozdań z realizacji zadań objętych umową. Do 20 grudnia danego roku realizatorzy będą zobowiązani do przedstawienia końcowego (za dany rok) sprawozdania finansowego i merytorycznego z realizacji zadań.

Do 30 stycznia następnego roku realizator programu będzie zobowiązany do dokonania analizy stopnia realizacji zadań podjętych w poprzednim roku.

Ocenę efektywności profilaktyki jodowej przeprowadza się w oparciu o pomiar stężenia jodu w moczu, oraz ocenę badania USG tarczycy. Jakość jodowania soli ocenia się na podstawie pomiarów stężenia jodu w losowo pobranych próbkach soli kuchennej na poziomie producenta i konsumenta. Wydalanie sodu i jodu ocenia się na podstawie badań moczu, oraz poziom spożycia na podstawie ankiety żywieniowej. Zapadalność na raka tarczycy ocenia się na podstawie wyniku badania histopatologicznego nowych rozpoznań w danym roku na 100000 mieszkańców. Przesiew neonatologiczny opiera się na pomiarze TSH w krwi noworodka. Dobrostan matki i dziecka ocenia się na podstawie kompleksowej oceny wyników badań : wywiadu, badania fizykalnego i wyników badan laboratoryjnych.

Kosztorys na lata 2009 – 2011

Zadania	2009 rok	2010	2011
Analiza stężenia TSH u noworodków i ocena częstości profilaktyki jodowej ciąży	80 000	80 000	120 000
Ocena przebiegu ciąży oraz chorobowości tarczycy w zależności od podaży jodu	80 000	80 000	110 000
Szkolenie i populacyjna akcja promocyjna profilaktyki jodowej	25 000	20 000	40 000
Ocena niedoboru jodu u kobiet w ciąży (Akcja Thyromobil)	140 000	130 000	150 000
Ocena jakości jodowania soli kuchennej i wielkości spożycia soli i jodu na poziomie populacyjnym Analiza poziomu spożycia soli kuchennej	80 000	80 000	130 000
Ekonomika profilaktyki jodowej (realizacja zadania przewidziana do realizacji w 2011 r.)	-	30 000 (zadanie do realizacji w 2011 r.)	
Ocena zapadalności na raka tarczycy w Polsce	80 000	95 000	150 000
Koordinacja i monitorowanie programu	15 000	15 000	15 000
RAZEM	500 000	500 000	715 000

VI. REALIZATORZY PROGRAMU

Kryteria wyboru realizatora Programu

- Doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych, w tym w zakresie profilaktyki jodowej.
- Dysponowanie bazą i wykwalifikowaną kadrą umożliwiającą realizację ogólnokrajowego programu.
- Współpraca z Międzynarodową Komisją ds. Zaburzeń z Niedoboru Jodu (ICCIDD).
- Publikacje dokumentujące działalność koordynacyjną i dokonywanie okresowych ocen efektywności profilaktyki jodowej w Polsce.

Przepisy właściwe dotyczące wyboru realizatora Programu określa art. 48 ust.4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Realizator Programu finansowanego z budżetu Ministra Zdrowia będzie wyznaczony w drodze postępowania konkursowego na podstawie kryteriów określonych w ogłoszeniu konkursowym. Informacja o postępowaniu konkursowym będzie ogłoszona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ministerstwa Zdrowia.

VII. KONTUNUACJA DZIAŁAŃ PODJĘTYCH W PROGRAMIE

Program wymaga ciągłej kontynuacji zwłaszcza w obecnej sytuacji gdy planuje się ograniczenie spożycia soli i modyfikację modelu profilaktyki jodowej.