

KARTA PRZEDSIĘWZIĘCIA

I. Informacje wprowadzające

Nazwa programu	Gdański Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata – 2021 - 2025
Charakter przedsięwzięcia	o strategia
	<u>o program</u>
	o grupa projektów
	o projekt
Typ przedsięwzięcia	o inwestycyjny
	o nieinwestycyjny
	<u>o mieszany</u>
Wstęp	Zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne wpływa na możliwości rozwoju osobistego i ułatwia uczestnictwo w przestrzeni zawodowej i publicznej, będąc jednym z najważniejszych aspektów udanego życia. Jego stan w największym stopniu zależy od stylu życia. Właściwe zachowania żywieniowe, aktywność fizyczna, umiejętność radzenia sobie ze stresem czy korzystania ze wsparcia społecznego odgrywają zasadniczą rolę w budowaniu potencjału zdrowotnego człowieka. Cele Gdańska w obszarze zdrowia mieszkańców zostały zapisane w Programie Operacyjnym Zdrowie Publiczne i Sport, stanowiącym element wdrażania strategii rozwoju Miasta Gdańska do 2030 r. Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym jest dokumentem tworzoną w celu zapewnienia realizacji kluczowych działań tego programu operacyjnego. Program zawiera szereg istotnych celów związanych z Narodowym Programem Zdrowia oraz regionalnymi programami strategicznymi w obszarze zdrowia publicznego. Program stara się odpowiedzieć na obecne zagrożenia oraz wyzwania cywilizacyjne, takie jak: starzenie się społeczeństwa, cukrzyca, otyłość, choroby układu sercowo-naczyniowego, niepłodność, a z drugiej strony kształcenie i utrwalanie w społeczeństwie postawy odpowiedzialności za własne zdrowie czy wykorzystanie technologii w celu ułatwienia pacjentom dostępu do opieki zdrowotnej oraz podniesienia jakości opieki i zwiększenia jej efektywności. Aby realizacja programu przynosiła odpowiednie efekty, konieczna jest spójna współpraca podmiotów medycznych, organizacji pozarządowych, samorządu, mieszkańek i mieszkańców Gdańska w każdym wieku. Tylko wtedy będzie można osiągnąć efekty populacyjne, właściwe dla zadań zdrowia publicznego. W placówkach oświatowych należy wprowadzać nowoczesne nauczanie o prawidłowym odżywianiu, fizjologii człowieka, stylu życia, środowisku, w którym się dorasta. Należy wykorzystywać zalety interakcji międzypokoleniowej, gdzie nie tylko rodzice wpływają na dzieci, ale też one same, posiadając odpowiednią wiedzę, mogą wpływać na rodziców i dziadków, co zapewnia samokontrolę całej rodziny. Istnieje także potrzeba dobrze

	prowadzonej profilaktyki zdrowia, realizowanej przez całe życie: zapoczątkowanej w wieku dziecięcym przez okres aktywności zawodowej aż do okresu senioralnego.
Cele	Cel główny: Wydłużenie życia mieszkank i mieszkańców Gdańska w zdrowiu oraz ograniczenie skali zachorowań na choroby cywilizacyjne. Choroby cywilizacyjne są wypadkową rozwoju technologicznego oraz społecznego, których widocznymi elementami są: industrializacja, urbanizacja, mechanizacja, motoryzacja, chemizacja rolnictwa, cyfryzacja, nadmierne tempo życia, ale i siedzący jego tryb, narażanie na czynniki negatywnie oddziałujące na zdrowie psychiczne. Styl życia i czynniki środowiskowe zależne od człowieka wpływają na występowanie chorób układu krążenia: nadciśnienie tętnicze bądź choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy, otyłości, alergii i astmy oskrzelowej, chorób psychicznych, depresji i nerwic oraz niektórych nowotworów. Ograniczenie skali zachorowań na choroby cywilizacyjne jest możliwe, jeśli będziemy zapobiegać lub minimalizować występowanie czynników ryzyka, promować i umożliwiać wykonywanie systematycznych badań oraz szybkie reagowanie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. Rodzaje działań podejmowanych dla realizacji tego celu obejmują profilaktykę, promocję zdrowia oraz edukację zdrowotną. Właściwa koordynacja programu ma zapewnić efektywną realizację wymienionych działań. Cele szczegółowe: Obszar: profilaktyka, cel szczegółowy nr 1: zmniejszenie ryzyka występowania schorzeń - minimalizacja skutków bądź zapobieganie czynnikom chorobotwórczym, przez unikanie czynników ryzyka, wykonywanie systematycznych badań i szybkie reagowanie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. Obszar: promocja zdrowia, cel szczegółowy nr 2: wzrost wiedzy oraz umiejętności w zakresie wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie, w tym promocja zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej - proces kształtowania nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia zdrowego środowiska, co również daje możliwość nabycia kompetencji niezbędnych do odpowiedzialnego uczestnictwa w życiu społecznym. Obszar: edukacja zdrowotna, cel szczegółowy nr 3: rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach - wzmocnienie kompetencji, w zakresie identyfikacji wpływu różnorodnych determinantów na zdrowie, zdolność krytycznego ich oceniania, rozumienia tych zależności, a przede wszystkim do ich pozytywnej modyfikacji, jako proces umożliwiający przejmowanie coraz większej kontroli nad własnym zdrowiem. Obszar: koordynacja, cel szczegółowy nr 4: podniesienie efektywności i skuteczności programu promocji zdrowia i przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym - zapewnienie promocji, właściwego procesu wdrażania, monitorowania i ewaluacji programu, w celu świadczenia usług na najwyższym poziomie oraz dostosowywanie oferty do potrzeb zdrowia publicznego w Gdańsku. Programowanie priorytetów, działań na kolejne lata oraz dbanie o integrację z innymi interwencjami publicznymi, w tym szczególnie finansowanymi przez Gminę Miasta Gdańska.
Opis grupy docelowej	Mieszkanki i mieszkańcy Gdańska bez względu na wiek, płeć i status społeczny oraz ich otoczenie tj. rodzina, środowisko pracy i środowisko lokalne

Zasięg i zakres oddziaływania	Zasięg oddziaływania	Gmina Miasta Gdańska
	Zakres oddziaływania wg Programów Operacyjnych h Strategii Rozwoju Miasta Gdańska do 2030 r.	Edukacja
		Zdrowie publiczne i sport
		Integracja społeczna i aktywność obywatelska
		Kultura i czas wolny
		Infrastruktura
		Mobilność i transport
		Przestrzeń publiczna
Uzasadnienie konieczności realizacji programu		1. Podniesienie poziomu jakości życia mieszkanki i mieszkańców Gdańska.
		2. Potrzeba identyfikacji głównych problemów i zagrożeń zdrowotnych, oceny zasobów możliwych do zaangażowania w ich rozwiązywanie oraz konieczność wytyczenia optymalnych kierunków działania.
		3. Konieczność wytyczenia optymalnych kierunków przeciwdziałania skutkom chorób cywilizacyjnych i starzenia się społeczeństwa.
		4. Potrzeba kompleksowego i systemowego podejścia do problemu ochrony zdrowia publicznego, zgodnie z obowiązującymi dokumentami strategicznymi.
		5. Obowiązek realizacji zadań własnych Gminy i Powiatu w zakresie ochrony i promocji zdrowia.
Finansowanie programu		Środki na realizację programu pochodzić będą z budżetu Gminy Miasta Gdańska.
Termin realizacji programu		Lata 2021- 2025
Zarządzanie programem		Za koordynację Programu odpowiadać będzie Urząd Miejski w Gdańsku - Wydział Rozwoju Społecznego. Program będzie realizowany przy współpracy samorządu lokalnego, w tym jednostek miejskich, organizacji pozarządowych, podmiotów leczniczych i innych podmiotów zajmujących się kwestiami szeroko pojętego zdrowia, lokalnego środowiska naukowego, Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego oraz innych instytucji i podmiotów zaangażowanych w działania związane z ochroną zdrowia publicznego, profilaktyką i promocją zdrowia oraz edukacją. Zadania ujęte w Programie, stanowią odpowiedź na lokalne potrzeby mieszkańców, wynikające z diagnozy oraz Narodowego Programu Zdrowia (art. 9. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym). Ich realizacja dostosowana będzie do posiadanych zasobów. Program jest częścią Gdańskiej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2030.
Akty prawne związane z programem		Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym
		Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym
		Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym
		Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
		Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
		Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
		Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
		Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności
		Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez ONZ 20 listopada 1989
		Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych ratyfikowana przez Polskę dnia 6 września 2012 r.
		Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

Komplementarność z krajowymi dokumentami strategicznymi	nazwa dokumentu	Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju.
	cele	Cel 6 - Rozwój kapitału ludzkiego poprzez wzrost zatrudnienia i stworzenie „workfare state”
	nazwa dokumentu	Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030
	cele	Cel szczegółowy 2. Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.
	nazwa dokumentu	Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030
	cele	Cel operacyjny: 2.1 Rozwój kapitału ludzkiego i społecznego
	nazwa dokumentu	Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)
	cele	Cel szczegółowy II – Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony
	cele	Cel operacyjny 1.3. Bezpieczeństwo zdrowotne Cel operacyjny 2.3. Kapitał społeczny
Komplementarność z lokalnymi dokumentami strategicznymi	nazwa dokumentu	Gdańsk 2030 Plus Strategia Rozwoju Miasta - załącznik do uchwały nr LVII/1327/14 Rady Miasta Gdańska z dnia 25.09.2014 r
	cele	PO Zdrowie publiczne i sport: Cel operacyjny: II.1.Zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie; Cel operacyjny: II.2.1.Tworzenie warunków dla rozwoju sportu powszechnego w tym szkolnego, wspieranie wychowania fizycznego; Cel operacyjny: II.3. Podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień; Cel operacyjny: II.4. Podniesienie jakości opieki medycznej.
		PO Edukacja: Cel operacyjny: 1.3.3. Kształtowanie w procesie edukacji formalnej i nieformalnej postaw młodych gdańszczan.
		PO Integracja społeczna i aktywność obywatelska: Cel operacyjny: III.1. Zwiększenie potencjału rozwojowego społeczności lokalnych, rodzin i osób; Cel operacyjny: III.3. Zwiększenie roli wolontariatu jako aktywności społecznej; Cel operacyjny: III.4. Podniesienie jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy sektora pozarządowego z miastem.
		PO Kultura i czas wolny: Cel operacyjny: IV.1.2.Rozwój oferty kulturalnej i usług czasu wolnego uwzględniającej potrzeby różnych grup odbiorców.
		PO Infrastruktura: Cel operacyjny: VII.2.4. Edukacja ekologiczna mieszkańców, w tym w zakresie potrzeby dbania o czystość otoczenia.
		PO Mobilność i transport: Cel Operacyjny: VIII.4. Popularyzacja zrównoważonego transportu i mobilności aktywnej.
		PO Przestrzeń publiczna: Cel operacyjny: IX.2. Większe uwzględnienie terenów zielonych i obszarów cennych przyrodniczo w kształtowaniu przestrzeni publicznej.
	nazwa dokumentu	Gdańska Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych do 2030 roku
	cele	GSRPS opisuje 6 najważniejszych kierunków (budowanie mechanizmów rozwiązywania nowych problemów, wzmacnianie partycypacji społecznej, rozwój partnerstwa i solidarności, stosowanie zasady subsydiarności, sprawny i efektywny

		sposób zarządzania polityką społeczną, deinstytucjonalizację, zwiększanie dostępności do usług) działań ważnych dla wszystkich programów "branżowych" i trzy zasadnicze cele (rozwój wsparcia, zwiększenie integracji i udziału wszystkich polityk w rozwiązywaniu problemów, poprawa jakości zarządzania).
	nazwa dokumentu	Strategia Obszaru Metropolitalnego Gdańsk–Gdynia– Sopot do roku 2030
Powiązanie z innymi dokumentami, programami i zadaniami	nazwa	Traktat o Funkcjonowaniu UE [Unia Europejska, 2010] (art. 168)
	nazwa	Karta Ottawska (Ottawa Charter) uchwalona w 1986 roku, WHO
	nazwa	Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 przyjęty uchwałą NR XXIV/665/16 RMG z dnia 31 maja 2016 roku.
	nazwa	Zadania w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.
Programy Polityki Zdrowotnej i zadania, realizowane w ramach Programu	nazwa	Program polityki zdrowotnej, „Zaszczep się przeciwko grypie, a będziesz cieszył się jesienią życia. Program na lata 2020 – 2025”, Uchwała Nr XXVI/687/20/RMG z dnia 27 sierpnia 2020 r.
	nazwa	Program polityki zdrowotnej, „Program profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie Gminy Miasta Gdańska na lata 2019-2021”, Uchwała NR XII/217/19 RMG z dnia 27 czerwca 2019 r.
	nazwa	Zadania w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży.
	nazwa	Zadania w zakresie wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska.
	nazwa	„Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy – program polityki zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2 u osób w wieku aktywności zawodowej na terenie Miasta Gdańska i Gminy Stegna” w ramach Strategii Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych OMG-G-S. Realizacja zaplanowana jest na lata 2019-2023.
	nazwa	Kierunek Zdrowie, Zdrowy Uczeń, Gdańsk - JeMY ZDROWO, Trzeci wiek w zdrowiu, Akademia Zdrowego Życia, FITKlasa, Gdańska Koperta Życia, #Zdrowie. Zadania realizowane przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień w ramach działalności statutowej.
Lider/koordynator	nazwa instytucji/jednostki/organizacji	Urząd Miejski w Gdańsku
	koordynator	Wydział Rozwoju Społecznego
	e-mail	wrs@gdansk.gda.pl
	telefon	58/ 323 67 00
	adres biura strategii/programu/projektu	Urząd Miejski w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk / Wydział Rozwoju Społecznego ul. Kartuska 5
Partnerzy	partner	Gdańska Rada Zdrowia Publicznego
	partner	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
	partner	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
	partner	Gdański Uniwersytet Medyczny
	partner	Obszar Metropolitalny Gdańsk-Gdynia-Sopot
	partner	Uniwersytet Gdański
	partner	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
	partner	Wydział Gospodarki Komunalnej

	partner	Wydział Środowiska Urzędu Miejskiego w Gdańsku
	partner	Wydział Polityki Gospodarczej Urzędu Miejskiego w Gdańsku
	partner	Biuro Prezydenta Urzędu Miejskiego w Gdańsku
	partner	Wydział Projektów Inwestycyjnych Urzędu Miejskiego w Gdańsku
	partner	Gdański Ośrodek Sportu
	partner	Organizacje pozarządowe
	partner	Podmioty lecznicze
	partner	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
	partner	Pełnomocnik Prezydenta Miasta Gdańska ds. Seniorów
	partner	Pełnomocnik Prezydenta Miasta Gdańska ds. Osób Niepełnosprawnych
	partner	Rady i ciała doradcze Prezydenta Miasta Gdańska
	partner	Wojewódzka, Powiatowa i Graniczna Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Gdańsku
	partner	Krajowe Centrum do Spraw AIDS
	partner	Zespół Województwa Pomorskiego do spraw realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS
	partner	Pomorski Urząd Wojewódzki - Wydział Zdrowia - Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego
Realizatorzy	partner	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
	realizator	Podmioty lecznicze
	realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
	realizator	Gdański Ośrodek Sportu
	realizator	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
	realizator	Gdański Uniwersytet Medyczny
	realizator	Organizacje pozarządowe
	realizator	Wydział Gospodarki Komunalnej
	realizator	Gdańskie szkoły i placówki oświatowe
	realizator	Wydział Projektów Inwestycyjnych
	realizator	Gdański Urząd Pracy
	realizator	Pełnomocnik Prezydenta Miasta Gdańska ds. Seniorów
	realizator	Pełnomocnik Prezydenta Miasta Gdańska ds. Osób Niepełnosprawnych
	realizator	Podmioty badawcze i inne realizujące zadania w obszarze zdrowia publicznego

II. Analiza SWOT

W ramach podsumowania działań ewaluacyjnych przeprowadzona została analiza SWOT objętego ewaluacją Programu za lata 2017 - 2019. W jej ramach zidentyfikowane zostały zarówno mocne strony oraz szanse rozwoju Programu, jak i słabe strony oraz zagrożenia, wiążące się z jego dalszą realizacją.

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
- Jasno określona wizja zmiany w obszarze objętym Programem - Zabezpieczanie środków na prowadzenie polityki na szczeblu lokalnym - Dobra jakość współpracy na linii Koordynator-realizatorzy - Dostępność profesjonalnej kadry (eksperti, badacze, menedżerowie) zajmującej się tematyką zdrowia publicznego - Akcentowanie zwrotu w polityce w kierunku horyzontalnym i ku interdyscyplinarności - Podejmowanie licznych działań, które przełamują myślenie silosowe - Prowadzenie części miejskich zadań w formie Programów Polityki Zdrowotnej z uwzględnieniem opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - Realizacja zadań przez wiele lat (ich stabilność), przez co możliwe są oceny efektów długofalowych np. Program 6-10-14 Dla Zdrowia, program szczepień p/ko grypie, doposażanie podmiotów leczniczych w sprzęt medyczny, programy profilaktyki HIV i wspierania osób z HIV/ AIDS - Podejmowanie zadań, nierealizowanych przez system publicznych usług zdrowotnych (program wsparcia prokreacji, program szczepień p/ko HPV, program szczepień p/ko grypie) - Znaczący odsetek mieszkańców Gdańska przywiązujący dużą wagę do tematyki profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia - Relatywnie wysokie zainteresowanie gdańszczanek gdańszczan aktywnością rekreacyjną - Wysoka jakość miejskiej infrastruktury rekreacyjnej (np. ścieżki rowerowe, tereny zielone)	- Niski poziom jakości sprawozdawczości części realizatorów - Niski poziom zainteresowania realizacją zadań po stronie podmiotów w niektórych obszarach merytorycznych Programu - Deficyt współpracy w koordynacji polityki na szczeblu lokalnym z Narodowym Funduszem Zdrowia - Niewystarczający przepływ informacji ze strony Rządu o planowanych działaniach w obszarze zdrowia publicznego - Specyfika interwencji publicznej w części zadań sprawia, że efekty są trudne do zmierzenia w bezpośrednim jej następstwie, w związku z czym można mówić o deficycie danych - Relatywnie niewielka liczba usług stanowiąca ofertę dla osób w wieku produkcyjnym - Niewystarczający zakres działań w obszarze promocji i marketingu usług w ramach Programu
SZANSE	ZAGROŻENIA
- Kontynuacja i rozwinięcie prowadzenia działań w oparciu o profesjonalnie prowadzone diagnozy - Dalszy wzrost potencjału podmiotów prowadzących działania w ramach Programu (w tym Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień) - Wzrost znaczenia czynnika zdrowego stylu życia jako kryterium warunkującego jakość życia - Włączanie elementu zdrowia publicznego do polityk sektorowych w innych obszarach - Rosnący poziom usieciowienia sektora promocji i ochrony zdrowia - Potencjał Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego jako ciała doradczego i współtworzącego strategię rozwoju polityki w obszarze objętym ewaluacją - Traktowanie zasad zdrowego odżywiania jako elementu profilaktyki (nie tylko radzenia sobie z problemami zdrowotnymi)	- Deficyt realizatorów zadań w obszarze profilaktyki zdrowia publicznego w skali lokalnej - Ryzyko zmian legislacyjnych na szczeblu ponadlokalnym, które wymuszają dopasowanie do nowych regulacji - Konsekwencje związane z długim trwaniem pandemii COVID-19 - Zwiększający się odsetek osób odmawiających udziału w szczepieniach obowiązkowych, "lobby" antyszczepionkowe - Obawy przed udostępnianiem danych osobowych w procesie rekrutacji uczestników do projektów oraz w procedurze ewaluacyjnej przewidzianej w Programie - Przedłużająca się ograniczona dostępność lub brak dostępności do produktów leczniczych, niezbędnych do realizacji programów polityki zdrowotnej (np. szczepionki p/ko HPV, okresowo p/ko grypie), na co samorząd nie ma wpływu - Niski poziom zainteresowania ofertą zdrowotną wśród osób o niskim poziomie kapitału społecznego

III. Diagnoza

Nr wniosku	Wniosek z diagnozy	Źródło danych
Demografia		
1	Na koniec 2019 r. w Gdańsku mieszkało 470 907 tys. osób, a gęstość zaludnienia, tj. liczba osób przypadających na 1 km ² powierzchni miasta, zwiększyła się w stosunku do poprzedniego roku i wyniosła 1797. Udział mieszkanki i mieszkańców Gdańska w ogólnej liczbie mieszkańców województwa pozostał na tym samym poziomie i wyniósł 20,0%, a w ogólnej liczbie mieszkańców Trójmiasta gdańszczanki i gdańszczanie stanowili 62,5%. Kobiety nadal stanowiły 52,6% populacji. Nie zmienił się również współczynnik feminizacji (określający liczbę kobiet przypadających na 100 mężczyzn) i wyniósł 111,1. Współczynnik przyrostu naturalnego w 2019 r. był dodatni i wyniósł 1,0, dodatnie było także saldo migracji wewnętrznych, które wyniosło 3121 osób.	Informator o sytuacji społeczno-gospodarczej Gdańska za 2018 r. Raport o stanie Miasta Gdańska za 2019 r. Portal <i>Gdańsk w liczbach</i> (https://www.gdansk.pl/gdańskwliczbach)
2	Ludność w wieku przedprodukcyjnym stanowiła 17,8% ogólnej liczby mieszkańców miasta (17,5% w poprzednim roku), natomiast ludność w wieku produkcyjnym – 58,0%, co oznacza spadek o 0,5 p.proc. w stosunku do 2018 r. W dalszym ciągu obserwowano wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Udział tej grupy w ogólnej liczbie ludności miasta wyniósł 24,2% w końcu 2019 r. (wzrost o 0,2 p. proc. w stosunku do 2018 r.). Efektem zmian w strukturze wieku ludności było zwiększenie się wskaźnika obciążenia ekonomicznego, tj. liczby osób w wieku nieprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym. W 2019 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadały 72,4 osoby w wieku nieprodukcyjnym (w 2018 r. – 71,0 osób).	
3	Demograficzne starzenie się ludności Polski, przebiega w podobny sposób, jak w większości społeczeństw europejskich. Starość należy do tych faz cyklu ludzkiego życia, które ulegają najszybszym zmianom. Od niedawna wyróżnia się dwa etapy starości – jej pierwszą fazę (trzeci wiek, „młodych starych”) i późną starość (czwarty wiek, „starych starych”), a już wskazuje się na potrzebę wyodrębnienia długowieczności jako kolejnego, trzeciego etapu. Starość ma charakter wielowymiarowy. Mówimy o wieku kalendarzowym, biologicznym czy ekonomicznym. Najczęściej jako granicę starości przyjmuje się wiek 65 lat.	PolSenior, Program badawczy pt.: „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekologiczne starzenia się ludzi w Polsce”, Monografia, Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek, Piotr Błędowski.
4	Odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat będzie systematycznie wzrastał. W 2035 r. ma on wynieść 23,2. Jeszcze bardziej widocznie przebiegać będą zmiany odsetka ludności w wieku 80 i więcej lat, który w latach 2010–2035 zwiększy się ponad dwukrotnie – z 3,5 do 7,2. Oczekuje się, że do 2035 r. udział osób w tej kategorii wieku w miastach wzrośnie więcej niż dwa razy – do 8,1%. W rezultacie wzrośnie mediana wieku, która osiągnie w 2035 r. wartość 46,9. Jeśli mediana wieku przekracza 35 lat, demografowie zaliczają społeczeństwo do bardzo starych demograficznie. Według prognozy demograficznej Eurostat, proces demograficznego starzenia się ludności Europy będzie przebiegał po 2035 r. jeszcze szybciej. Jednym z jego następstw będzie dalsze podniesienie mediany wieku w Polsce. W 2060 r. ma ona przekroczyć poziom 54 lat i będzie, poza Słowacją, najwyższa w całej Unii Europejskiej.	
5	Wzrost odsetka i liczby osób starych sprawia, że ujawniają się niektóre cechy społeczne starości. Należą do nich między innymi:	

	- Feminizacja: zjawisko powszechnie występujące we współczesnym świecie. Jego następstwa sprowadzają się do aspektów związanych z polityką dochodową (emerytury kobiet są przeciętnie niższe niż mężczyzn), polityką zdrowotną (samoocena stanu zdrowia formułowana przez kobiety jest na ogół gorsza niż mężczyzn) i organizacją opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym świadczenia opiekuńcze oraz udział starszych kobiet w sprawowaniu funkcji opiekuńczych zarówno w rodzinie, jak i poza nią. - Singularyzacja: staje się sytuacją przymusową, do której dochodzi w wyniku śmierci współmałżonka. Według prognoz GUS, w 2030 r. ogółem 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 i więcej lat. Częściej w jednoosobowych gospodarstwach domowych pozostają kobiety. Wskazuje to na potrzebę zwrócenia uwagi na sytuację zdrowotną i dochodową zwłaszcza kobiet. - Długowieczność: Wzrastający odsetek osób w wieku 80 i więcej lat wiąże się z koniecznością zapewnienia wsparcia tym osobom i ich otoczeniu rodzinnemu, zaangażowanemu w sprawowanie funkcji opiekuńczych wobec seniorów. Pojawiają się nowe potrzeby zdrowotne, związane nie tylko z postępującym ograniczeniem samodzielności, ale i z wielochorobowością. Konieczne staje się zapewnienie tej grupie osób dostępu do usług, których opiekunowie rodzinni lub nieformalni nie są w stanie udzielić, jak na przykład usługi pielęgniarstwa środowiskowego czy pielęgniarstwa geriatrycznego.	
6	Mówiąc o konsekwencjach starzenia się ludności, należy uwzględnić trzy perspektywy tego procesu: makro – ogólnospołecznej, będącej wyzwaniem dla administracji państwowej, mezo – lokalnej, będącej domeną przede wszystkim samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych oraz mikro – indywidualnej, w ramach której rozwiązywanie problemów dotyczy samych seniorów i ich rodzin. Decydującą rolę w kształtowaniu postawy wobec starości samych zainteresowanych i ich najbliższego środowiska odgrywają takie czynniki, jak stan zdrowia i przebyte choroby, poziom sprawności oraz sytuacja rodzinna, ekonomiczna i mieszkaniowa.	
7	Starość niesie ze sobą wiele nowych, dotychczas niedocenianych wartości dla całego społeczeństwa. Do obszarów, w których rola i pozycja starszego pokolenia ulegają wzmocnieniu, można zaliczyć między innymi: dostęp do świadczeń zdrowotnych, poziom wykształcenia, skalę aktywności oraz zakres konsumpcji. Wzrostowi liczby ludzi starych w społeczeństwie towarzyszy proces zmian w ich zachowaniach i postawach, oznaczających swego rodzaju nową jakość.	
Choroby cywilizacyjne		
8	Choroby cywilizacyjne to jeden z największych problemów zdrowotnych państw wysoko rozwiniętych i krajów szybko rozwijających się, w tym Polski. Zjawiska, które mają decydujący wpływ na wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne, to: postęp technologiczny; negatywne skutki zanieczyszczenia środowiska naturalnego, coraz bardziej odczuwalne dla zwykłego człowieka. Do chorób cywilizacyjnych zalicza się m.in. cukrzycę, nadwagę, otyłość, choroby układu krążenia, alergie, nowotwory oraz zaburzenia i choroby psychiczne. Rozwojowi tych chorób sprzyjają: siedzący tryb życia; całkowity brak aktywności fizycznej; ograniczenie	Informacje Ministerstwa Zdrowia

	ćwiczeń do minimum; dieta bogata w produkty wysokoprzetworzone, wysokotłuszczowe, zawierająca zbyt dużą ilość cukrów; palenie tytoniu; nadużywanie alkoholu; stres.	
9	Istotne zagadnienia dotyczące chorób cywilizacyjnych dotyczą także profilaktyki i edukacji społeczeństwa w zakresie unikania czynników ryzyka, wykonywania systematycznych badań i szybkiego reagowania w przypadku wystąpienia niepokojących objawów choroby. Choroby cywilizacyjne, które stwarzają największe zagrożenie dla zdrowia, to: cukrzyca; nadwaga; otyłość.	
10	Szacuje się, że na cukrzycę cierpi nawet 2 mln Polaków. Ponad połowa cukrzyków nie zdaje sobie jednak sprawy z tego, że ma chorobę i w związku z tym nie leczy cukrzycy, co może prowadzić do poważnych powikłań. Cukrzyca to jedna z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych, co potwierdzają statystyki. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w 1985 r. na cukrzycę chorowało około 30 mln ludzi na całym świecie. Dziesięć lat później liczba chorych wzrosła kilkukrotnie – do 135 mln. Eksperci prognozują, że w 2030 r. na świecie będzie już około 366 mln chorych na cukrzycę. Według danych CBOS 17 proc. polskiego społeczeństwa jest otyłych, a 34 proc. walczy z nadwagą. A właśnie otyłość to jeden z powodów wystąpienia cukrzycy.	
11	W latach 70 ubiegłego wieku nadmierna masa ciała występowała w Polsce u około 10% uczniów, podczas gdy obecnie już co piąte dziecko w wieku szkolnym boryka się z nadwagą lub otyłością. Wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości wśród polskich dzieci to efekt głębokich zmian stylu życia, w tym głównie ograniczenia aktywności fizycznej i spożywania zbyt dużej ilości wysokokalorycznych przekąsek. Z badań wynika, że ponad 50% dzieci i młodzieży w Polsce na co dzień żywi się źle.	Informacje Ministerstwa Zdrowia
12	Na całym świecie epidemia otyłości szybko narasta. W ciągu ostatnich 40 lat odsetek osób otyłych wzrósł już niemal trzykrotnie: z 3,2% w 1975 r. do 10,8% w 2014 r. wśród mężczyzn oraz z 6,4% do 14,9% wśród kobiet. Jeśli obecne trendy się utrzymają, to w 2025 r. na otyłość będzie już cierpieć 18% wszystkich mężczyzn i 21% kobiet na świecie.	
13	Bez podjęcia zdecydowanej i zakrojonej na szeroką skalę walki z tym problemem obecne młode pokolenie Polaków z powodu licznych chorób przewlekłych i powikłań związanych z nadmierną masą ciała, może żyć krócej od pokolenia swoich rodziców. Obecnie szacuje się, że 175 tys. osób w Polsce umiera z przyczyn kardiologicznych. To oznacza, że każdego roku z tego powodu znika z mapy Polski miasto wielkości Olsztyna lub Zabrze.	
14	Ważnym zadaniem jest edukacja zdrowotna - to właśnie od wiedzy na ten temat zależy, jak później kształtujemy swoje zachowania prozdrowotne. Potrzebujemy dobrze prowadzonej profilaktyki, począwszy od wieku dziecięcego, przez okres aktywności zawodowej, aż do okresu senioralnego. Czynniki ryzyka zdrowotnego związanego ze stylem życia, jak nieprawidłowa dieta, otyłość, mała aktywność fizyczna są odpowiedzialne w Polsce za około 55% zgonów i prawie 40 % utraconych lat życia przeżytego w zdrowiu. W ciągu ostatnich 15 lat dwukrotnie przybraliśmy na wadze. Na przestrzeni 13 lat populacja dorosłych mężczyzn z nadwagą lub otyłych wzrosła o 32 punkty procentowe.	
15	Umieralność i przeciętna długość życia Polaków pozostają na niższym poziomie niż średnia unijna. Otyłość jest jednym z najpoważniejszych wyzwań współczesnej medycyny. Na leczenie otyłości i powikłań z nią	Informacje Ministerstwa Zdrowia, Jak działa zdrowy

	związanych przeznacza się 21 procent budżetu na ochronę zdrowia. Z przeprowadzonych badań wynika, że aż 18,3% dzieci w wieku 11-12 lat ma nadwagę, a 3,4% jest otyłych. W przedziale wiekowym 13-14 lat – 14,9% ma nadwagę, a 3,4% otyłość. Wśród osób dorosłych u ponad 50% stwierdza się nieprawidłową masę ciała!	człowiek, ogólnopolska kampania społeczna
16	W okresie od 6 do 9-10 roku życia, odsetek otyłych dzieci rośnie dwukrotnie. W województwie pomorskim problem ten jest szczególnie dotkliwy, ponieważ należy ono do grupy regionów o najwyższym odsetku dzieci w wieku 13-15 lat z nadwagą albo otyłością.	Program Operacyjny Zdrowie Publiczne i Sport
17	Niska frekwencja uczniów na zajęciach wychowania fizycznego. Biorąc pod uwagę kolejny poziom nauczania, obserwuje się jej systematyczny spadek. W gdańskich liceach ogólnokształcących w roku szkolnym 2012/2013 wynosiła 82%, w liceach profilowanych i technikach – odpowiednio 82% i 83%, a zasadniczych szkołach zawodowych – jedynie 66%.	
18	Prowadzenie zdrowego stylu życia (podejmowanie szeregu zachowań służących zdrowiu) nie jest powszechne wśród Gdańszczan. Około jedna trzecia respondentów ma nadwagę, 41% podejmuje niewystarczającą, w stosunku do zaleceń WHO, aktywność fizyczną, około jedna trzecia badanych może potrzebować wsparcia w zakresie dobrostanu psychicznego. Ponadto znaczny odsetek badanych nie wykonuje badań profilaktycznych.	
19	Gdańsk cechuje się przeciętnym odsetkiem powierzchni lasów i terenów zielonych. Posiada jednak atrakcyjne tereny – plaże, niektóre obszary nad rzekami i potokami oraz w strefie krawędzi wysoczyzny. Dostępność do terenów zielonych jest oceniana pozytywnie – 71% respondentów. Dostępność do miejsc spacerowo-wypoczynkowych oraz ich jakość oceniana jest podobnie. Nisko oceniana jest dostępność do obiektów sportowych (basenów, lodowisk, sal gimnastycznych) – blisko 43% respondentów.	
20	Rak szyjki macicy jest szóstym, co do częstości występowania nowotworem u kobiet w Polsce. Rocznie choroba ta dotyka ok. 4,4 tys. kobiet, a 1730 umiera z tego powodu. Rak ten to drugi najczęściej występujący kobiecy nowotwór w przedziale wieku 15–44 lat. Śmiertelność z jego powodu jest znacznie niższa niż zapadalność – odsetek śmiertelności do zapadalności wyniósł 50,3%. Szczyt zachorowalności na tego raka w Polsce przypada na 6. dekadę życia. Ostatnie lata wskazują na wzrost liczby zachorowań u kobiet młodszych (od 35 do 44 r.ż.). Wyleczalność zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania raka szyjki macicy w chwili rozpoznania, typu budowy mikroskopowej, stopnia dojrzałości nowotworu, głębokości zajęcia tkanek macicy i obecności przerzutów do węzłów chłonnych. Nowotwory złośliwe szyjki macicy powodują ok. 4% zgonów nowotworowych u kobiet. W 2017 r. z powodu nowotworów złośliwych żeńskich narządów płciowych leczyło się 1298 gdańszczanek. W województwie pomorskim w 2018 r. z powodu raka szyjki macicy zmarło 107 kobiet, z czego 27 mieszkanki Gdańska.	Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny Dane Narodowego Funduszu Zdrowia Dane Głównego Urzędu Statystycznego
Choroba próchnicowa u dzieci		
21	Próchnica wczesnego dzieciństwa to obecność 1 lub więcej zębów z próchnicą, usuniętych z jej powodu lub wypełnionych u dzieci przed ukończeniem szóstego roku życia.	prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska, Choroba próchnicowa u dzieci 0-5 lat w Polsce i na świecie,

22	Polska jest jednym z niewielu krajów Europy, w którym nie udało się zmniejszyć zapadalności na próchnicę u dzieci, pomimo zaleceń WHO, mających na celu obniżenie częstości występowania próchnicy wśród dzieci 6-letnich do poziomu 50%. Cel zdrowia WHO na XXI wiek, proponowany do realizacji do 2020 roku zakłada, że we wszystkich krajach europejskich odsetek dzieci 6 letnich bez próchnicy sięgnie 80%.	Ogólnopolski Monitoring Stanu zdrowia jamy ustnej w populacji polskiej w wieku 5, 7 i 12 lat w 2016 r., Ministerstwo Zdrowia
23	Średni wiek dziecka podczas wizyty adaptacyjnej w gabinecie stomatologicznym wynosi 2,9 roku. Jedynie w 1/3 gabinetów stomatologicznych poinstruowano dziecko co do zasad prawidłowej higieny jamy ustnej. Tylko w 1/5 zbadanych przedszkoli realizowana jest profilaktyka próchnicy zębów. Nigdy nie było u stomatologa 22% dzieci w wieku 4–6 lat.	Wybrane elementy profilaktyki próchnicy zębów dzieci w wieku przedszkolnym. II. Profilaktyka instytucjonalna Marcinkowska U, Piekarz T, Mosler B, Michalak E, Jośko-Ochojska J. Dent. Med. Probl. 2013
24	Głównymi problemami zdrowotnymi w Polsce w zakresie zdrowia jamy ustnej są: - wysoka częstość i nasilenie próchnicy wczesnej (choroby atakującej uzębienie dzieci do 3 roku życia). W Polsce ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio u dziecka w tym wieku objęte próchnicą są około 3 zęby, - niepodejmowanie badań kontrolnych uzębienia mlecznego oraz zapobiegania i leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym (dzieci z uzębieniem mlecznym), - z badań ankietowych wynika, że ponad 60% matek dzieci w wieku 3 lat nie było z dzieckiem u stomatologa. U dziecka w wieku 5 lat stwierdza się średnio około 5 zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci w wieku 5 lat bez próchnicy nie przekracza 20%, - usuwanie zębów stałych z powodu próchnicy u dzieci w wieku szkolnym, co może być wynikiem niepodejmowania stomatologicznych badań kontrolnych, zaniedbań profilaktycznych i wreszcie nieskuteczności leczenia zachowawczego próchnicy i jej następstw.	Monitorowanie Stanu Zdrowia Jamy Ustnej Populacji Polskiej na lata 2016-2020, Ministerstwo Zdrowia 2016
25	Rozwijająca się flora bakteryjna towarzysząca chorobom jamy ustnej, obok przykrych dolegliwości bólowych, może odpowiadać również za wzrost ryzyka występowania ciężkich chorób ogólnoustrojowych takich, jak: choroby układu sercowo-naczyniowego prowadzące nawet do zawału serca oraz różnych chorób alergicznych i immunologicznych. Leczenie tych chorób jest długoterminowe i bardzo kosztowne, a dodatkowo uniemożliwia pracę osobie chorej, tym samym podnosząc koszty społeczne.	
Niepłodność		
	Wiele rodzin w Polsce, co jest charakterystyczne dla krajów rozwiniętych – mierzy się z problemem niepłodności. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 60-80 mln par na świecie dotkniętych jest niepłodnością stale lub okresowo. W krajach wysoko rozwiniętych problem ten dotyczy 10-15% par w wieku rozrodczym, przy czym bezpośrednio w Polsce dotkniętych jest nim ok. 1,5 mln par. Co najmniej połowa z nich korzysta z pomocy podstawowej opieki zdrowotnej, a około 60% wymaga specjalistycznego postępowania lekarskiego. Dotychczasowe doświadczenia wskazują także, że rośnie liczba par, które nie mogą doczekać się potomstwa. Konieczne jest zatem podjęcie działań mających na celu ograniczenie negatywnych skutków tego zjawiska, szczególnie w obliczu niskiego przyrostu naturalnego.	Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), 2017 r., Warszawa Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej

Profilaktyka chorób zakaźnych		
27	Każdego roku na świecie zakaża się wirusem grypy od 5 do 10% populacji osób dorosłych i 20 – 30% dzieci, z czego umiera od 290 000 – 650 000 ludzi. W Europie każdego roku zakażeniem dotkniętych jest od 25 do 100 milionów osób, a umiera około 38,5 tys. Infekcje spowodowane przez gripę dotyczą ludzi bez względu na wiek i szerokość geograficzną. Liczby te ulegają znaczącym wahaniom w poszczególnych sezonach epidemicznych.	Dane WHO
28	W Polsce, w zależności od sezonu epidemicznego rejestruje się od kilkuset tysięcy do kilku milionów (5,2 mln przypadków zachorowań w 2018 r., 4,8 mln zachorowań w 2019 r.) zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę w populacji ogólnej. Szczyt zachorowań ma zwykle miejsce między styczniem a marcem. W 2019 r. najwyższa zapadalność miała miejsce w woj. pomorskim (36033,8/100 tys.), najniższa w woj. podkarpackim (3716,2/100 tys.).	Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny
29	W województwie pomorskim od lat odnotowywana jest najwyższa liczba zachorowań na gripę (oraz jej podejrzeń) w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Może to być zarówno wynikiem realnej zapadalności, jak i dobrego systemu zgłaszania podejrzeń do organów rejestrujących. Jak wskazują dane dotyczące potwierdzonych laboratoryjnie zachorowań współczynnik zachorowalności jest jednym z niższych w kraju (5,43/100000 mieszkańców). Niemniej jednak w 2019 r. w woj. pomorskim zgłoszono ponad 842 tysiące podejrzeń zachorowań na gripę (36 033,8/100 000 mieszkańców), z czego do szpitali skierowano 2729 osób.	Dane Głównego Urzędu Statystycznego
30	Z danych publikowanych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Gdańsku, w raporcie Stan Bezpieczeństwa Sanitarnego Miasta Gdańska wynika, że w mieście w 2017 r. zidentyfikowano 166 tys. zachorowań na gripę i podejrzeń zachorowań na gripę, co przekładało się na zapadalność, rozumianą jako liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na 100 tys. mieszkańców, wysokości 35,8 tys. Dane historyczne wskazują na stałą tendencję wzrostową liczby zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę w Gdańsku.	Dane Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku
31	Przez ostatnie 24 lata liczba osób w Polsce, u których stwierdzono zakażenie HIV wzrosła ponad sześciokrotnie, z 3 878 w styczniu 1996 roku do 24 303 do 30 kwietnia 2019 roku (dane szacunkowe mówią obecnie o liczbie ok. 40 000 osób). W ośmiu ostatnich latach liczba zakażeń HIV wzrosła w Polsce prawie dwukrotnie w stosunku do lat ubiegłych. W roku 2018 zanotowano w Polsce 1275 nowych zakażeń. Według nowego raportu UNAIDS, Polska jest na 8 miejscu na świecie wśród krajów o największym wzroście nowych zakażeń. Województwo pomorskie jest w czołówce nowo wykrytych zakażeń HIV oraz na wysokim miejscu z najwyższym odsetkiem osób podejmujących ryzykowne zachowania. Odnotowano tu ponad 1474 zakażeń, zmarło ponad 120 osób. W roku 2018 w województwie pomorskim stwierdzono 67 nowych zakażeń HIV. Pomimo zaangażowania wybitnych naukowców oraz uruchomienia ogromnych środków finansowych nic nie zapowiada wynalezienia szczepionki lub leku skutecznie eliminującego HIV z organizmu i nadal jedyną skuteczną formą przeciwdziałania nowym zakażeniom jest profilaktyka i wynikająca z niej wiedza jak unikać zakażenia. W grupie młodzieży (15-24 lata) na świecie przypadek zakażenia się wirusem HIV ma miejsce co 14 sekund i stanowi niemal połowę nowych zakażeń HIV. Ogólnopolskie tendencje wskazują na rosnącą liczbę zakażeń w grupie	Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny

	młodych ludzi w wieku 17-24 lata. Z wyników badań przeprowadzonych na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS wynika, że w grupie wiekowej 15-19 lat świadomość istnienia problemu HIV jest najniższa, a wiedza na temat dróg przenoszenia się wirusa jest niewystarczająca by skutecznie ochronić się przed zakażeniem. Dodatkowo utrwalone stereotypy związane z tym kto i jaką drogą jest szczególnie narażony na zakażenie, nie pozwalają odnieść zagrożenia zakażeniem wirusem HIV do siebie.	
Polityka Unii Europejskiej		
32	Zakres działań UE w dziedzinie polityki zdrowotnej opisany jest w artykule 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Podstawowa zasada mówi, że należy chronić życie ludzkie i uwzględniać je w opracowywaniu unijnej polityki i wszelkich działań. W 2007 r. przyjęto unijną strategię zdrowia. Opiera się ona na czterech podstawowych zasadach: ▪ Europejczycy wyznają takie same wartości, jeśli chodzi o zdrowie ▪ Zdrowie jest największym dobrem ▪ Kwestie zdrowotne trzeba uwzględniać we wszystkich obszarach działalności ▪ We wszystkich debatach międzynarodowych dotyczących zdrowia Unia musi zdecydowanie bronić swojego stanowiska. W strategii określono trzy główne cele. Są to: ▪ Promowanie zdrowia wśród starzejącego się społeczeństwa Europy ▪ Ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia ▪ Wspieranie dynamicznych systemów opieki zdrowotnej oraz nowych technologii.	Zrozumieć politykę Unii Europejskiej – Zdrowie publiczne, Komisja Europejska Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej Dział Informacji dla Obywateli 1049 Bruksela BELGIA, Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2014
33	Zdrowie obywateli jest podstawowym priorytetem Unii Europejskiej. Jej zadaniem jest zagwarantowanie wszystkim mieszkańcom UE dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Najważniejsze cele unijnej polityki w dziedzinie zdrowia to m.in.: ▪ Zapobieganie chorobom ▪ Promowanie zdrowego trybu życia ▪ Dbanie o dobry stan psychiki ▪ Ochrona ludności przed poważnymi zagrożeniami dla zdrowia mającymi wymiar międzynarodowy ▪ Lepszy dostęp do opieki zdrowotnej ▪ Rozpowszechnianie informacji na temat zdrowia i wspieranie edukacji zdrowotnej ▪ Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa ▪ Wspieranie dynamicznych systemów opieki zdrowotnej i nowych technologii	
Ewaluacja Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybrany Chorobom Cywilizacyjnym w Gdańsku na lata 2017-2020		
34	Gdańsk postrzegany jest jako ośrodek zaawansowany w kwestii polityki promocji i ochrony zdrowia, o wyróżniającą się w skali kraju jakością organizacji systemu zadań prowadzonych w obszarze zdrowia publicznego. Tematyka promocji zdrowia i zdrowego stylu życia staje się coraz istotniejszym punktem w agendzie systemu ochrony zdrowia. Rośnie jednocześnie skala działań interdyscyplinarnych i włączania elementu zdrowia publicznego do polityk sektorowych w innych obszarach. W kolejnych latach duże znaczenie zyskiwać będą działania o charakterze profilaktycznym.	Ocena efektywności wybranych świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach Gdańskiego m Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym w Gdańsku na lata 2017-2020 Ośrodek Badań i Analiz Społecznych

35	Wśród rozmówców (decydenci i realizatorzy) panuje przekonanie, że rosnąć będzie znaczenie stylu życia jako czynnika warunkującego jakość życia. Wzrośnie znaczenie przemian w sferze świadomości społecznej i zwiększenia osobistej odpowiedzialności za prowadzenie zdrowego stylu życia. Nowe wyzwania mogą wiązać się z konsekwencjami wynikającymi z rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 oraz związanej z tym redefinicji roli agend państwowych w procesie dbałości o zdrowie publiczne, w tym przede wszystkim o zdrowy styl życia.
36	Większość badanych (ponad 8 na 10 osób) ocenia swój stan zdrowia jako dobry. Ponad 2/3 respondentów przywiązuje dużą wagę do tematyki zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Obszar zdrowia jest postrzegany jako bardziej istotny przez kobiety. Przekonaniom o znaczeniu kwestii zdrowotnych w ograniczonym stopniu towarzyszy codzienna praktyka. Średni wynik oceny jakości usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku wynosi 3,49, zaś dostępności – 3,31 (na 5-stopniowej skali). Są to wyniki nieznacznie lepsze od wartości przeciętnych. Lepsze oceny formułują kobiety i osoby młodsze. Aby poprawić jakość i dostępność usług, zdaniem badanych wskazane jest przede wszystkim akcentowanie promocji zdrowego stylu życia, prowadzenie działań profilaktycznych oraz szerzej zakrojona promocja miejskich Programów.
37	Ponad połowa badanych deklaruje korzystanie z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. Większość mieszkańców oczekuje na możliwość skorzystania z usług krócej niż miesiąc. Głównym źródłem pozyskiwania informacji o świadczonych usługach jest szkoła lub praca. Ocena niemal wszystkich usług, z jakich korzystają gdańszczanki i gdańszczanie, jest przynajmniej raczej dobra. Lepiej oceniana jest ich ogólna jakość, jakość obsługi oraz sposób komunikacji, gorzej – dostępność oraz stan techniczny placówek.
38	W badaniach jakościowych, rozmówcy podkreślają znaczenie korzystania z miejskich usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia dla ich samopoczucia i dobrostanu. Badani deklarują, że przywiązują dużą wagę do podejmowania aktywności fizycznej. Zmniejszanie skali aktywności rekreacyjnej wiąże się często ze zwiększeniem zakresu obowiązków rodzinnych. Mieszkańcy deklarują przywiązywanie dużej wagi do kwestii zasad zdrowego odżywiania. Częściej są one dla nich narzędziem profilaktyki niż elementem strategii radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Informacji na temat zasad zdrowego odżywiania poszukuje się często samodzielnie. Badani sugerują, by rozważyć możliwość prowadzenia na szerszą skalę kampanii społecznych, dotyczących tematyki promocji i ochrony zdrowia. Rekomenduje się też rozwiązanie w postaci organizacji pikników i festynów, których motywem byłby wątek dotyczący zdrowia publicznego czy akcji promujących kwestie zdrowego stylu życia, jak również wdrożenie systemu teleporad / informacji o świadczonych usługach medycznych lub usługach z obszaru promocji i ochrony zdrowia. Badani duży nacisk kładą na podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowego stylu życia (25,9%). Tu najczęściej wskazuje się podejmowanie takich kroków, jak: zwiększanie nacisku na podejmowanie aktywności fizycznej (w tym bezpłatnych akcji z tego obszaru), poprawy jakości infrastruktury sportowej i promocji zdrowego odżywiania. Badani za istotne uważają też kładzenie nacisku na rozwijanie terenów zielonych i ochronę środowiska. Równolegle respondenci oczekują, że rozwijane

	będą działania o charakterze profilaktycznym – poszerzenie katalogu badań profilaktycznych i akcje społeczne (25,8%). Za istotne uważane jest prowadzenie działań edukacyjnych, adresowanych zarówno do dzieci i młodzieży, jak osób dorosłych, dotyczących między innymi zagadnień z obszaru zdrowego trybu życia czy zasad zdrowego żywienia (14,5%). Badani oczekują także, że promocja usług i programów realizowanych przez Miasto będzie lepsza (22,1%), co w konsekwencji mogłoby znaleźć przełożenie na ich większą dostępność (10,7%). Wśród szczegółowych propozycji rekomenduje się na przykład promowanie programów i usług w przestrzeni miejskiej oraz poszerzanie grup odbiorców (na przykład na osoby w średnim wieku).	
Ochrona zdrowia		
39	Personel ochrony zdrowia jest zbyt mało liczny, aby sprostać wyzwaniom starzejącego się społeczeństwa. Zwiększy się i zmieni popyt na usługi medyczne i opiekuńcze, a ich podaż nie nadąży za rosnącymi potrzebami. Choć w przypadku Gdańska liczba lekarzy oraz pielęgniarek i położonych na 100 tys. mieszkańców (według podstawowego miejsca pracy) jest, jak na polskie warunki, wysoka (odpowiednio 331 i 754), to już w porównaniu z innymi ośrodkami akademickimi przeciętna. Z punktu widzenia dostępności do usług medycznych dla mieszkanki i mieszkańców Gdańska ważny jest fakt, że personel pracujący w mieście obsługuje nie tylko gdańszczanki i gdańszczan, ale za sprawą szpitali, w tym o najwyższej referencyjności w województwie, i poradni specjalistycznych, także ludność całego województwa i w mniejszej skali sąsiednich regionów.	Program Operacyjny Zdrowie Publiczne i Sport
40	Mieszkańcy wskazują na duże trudności w dostępie do lekarzy specjalistów. Liczebność personelu ochrony zdrowia w Gdańsku należy postrzegać w kontekście sytuacji regionalnej i krajowej. W skali województwa wskaźniki są wyraźnie niższe niż przeciętne dla Polski, a Polska zamyka stawkę państw UE. Ponadto w ciągu dekady liczba lekarzy w Polsce malała. W UE trendy były odwrotne. Nożyce popytu na usługi medyczne i opiekuńcze oraz podaży pracy w zawodach je świadczących rozwierają się.	
41	Zwraca uwagę duży odsetek gdańszczan niewykonujących badań profilaktycznych, szczególnie jeśli chodzi o mammografię lub USG piersi u kobiet czy badań prostaty u mężczyzn powyżej 50 roku życia. W efekcie rośnie liczba zachorowań, które późno wykryte są trudne do leczenia. Konsekwencje to ubytek zdrowia pacjentów i znaczne obciążenie systemu kosztownymi procedurami medycznymi.	
42	Analiza problemu wskazuje na następujące obszary, w których konieczna jest interwencja: są to edukacja zdrowotna oraz profilaktyka chorób i uzależnień – działania stosunkowo tanie, nakierowane na upowszechnienie zdrowego stylu życia, w konsekwencji zwiększające potencjał zdrowotny mieszkańców Gdańska.	
43	Bieżące wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce wynosiły w 2017 r. 4,6% PKB, były niższe niż w większości krajów Unii Europejskiej, przy czym aż 50,7% kosztów świadczeń zdrowotnych stanowiło leczenie szpitalne. W tym samym czasie na profilaktykę Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył około 0,25% budżetu, co z punktu widzenia celu poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa uznać można za stan niekorzystny. Oprócz odpowiednio wykształconej i doświadczonej kadry medycznej na ochronę zdrowia pozytywnie wpływa skuteczny system przeciwdziałania zakażeniom, wyposażenie w nowoczesny sprzęt	Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, 2018, NIK, KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego

	i wykonanie pełnej diagnostyki. Analizy Najwyższej Izby Kontroli wykazały, że działalność szpitali nie bilansuje się z uwagi na znacznie szybszy wzrost kosztów działalności leczniczej niż przychodów z prowadzonej działalności (zależnych od NFZ), co przekłada się na sytuację, że wiele podmiotów nie stać na wydatki, szczególnie majątkowe, które finansowane są ze środków jednostek samorządu terytorialnego oraz budżetu państwa. Zapewnienie odpowiedniego sprzętu medycznego i rozwój infrastruktury służącej ochronie zdrowia jest gwarancją skutecznej profilaktyki i diagnostyki.	zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, 2019, NIK, KZD.430.002.2019 Nr ewid. 29/2019/P/18/059/KZD Jędrzejczak Mariusz, Programy (nie)naprawcze szpitali, Menedżer Zdrowia, 5-6/2019
PO Zdrowie Publiczne i Sport		
44	Wdrażanie Programu Operacyjnego wspiera wartości leżące u podstaw rozwoju Gdańska. Zdrowie jest wartością bardzo wysoko cenioną przez MIESZKAŃCÓW. Bezpośrednio wpływa na jakość życia i sprzyja równości szans. Ułatwia również znalezienie i utrzymanie pracy. Aby żyć w zdrowiu, należy przyjąć odpowiednie postawy i zachowania, upowszechniane w toku KSZTAŁCENIA przez całe życie. Mobilność aktywna powinna być ważnym elementem codziennej aktywności fizycznej, stając się, dzięki regularności codziennego poruszania się po mieście, jednym ze sposobów na zachowanie zdrowia. Zdrowie zależy również od relacji społecznych. W szczególności są one ważne dla osób starszych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Kompleksowe, ukierunkowane działanie stanowi gwarancję budowania warunków i środowiska sprzyjających zdrowiu.	Program Operacyjny Zdrowie Publiczne i Sport
45	Prowadzenie zdrowego stylu życia (podejmowanie szeregu zachowań służących zdrowiu) nie jest powszechne wśród gdańszczanek i gdańszczan. Około jedna trzecia respondentów ma nadwagę, 41% podejmuje niewystarczającą, w stosunku do zaleceń WHO, aktywność fizyczną, około jedna trzecia badanych może potrzebować wsparcia w zakresie dobrostanu psychicznego. Ponadto znaczny odsetek badanych nie wykonuje badań profilaktycznych.	
Pomoc społeczna		
46	Głównym celem pomocy społecznej jest doprowadzenie – w miarę możliwości – do życiowego usamodzielniania osób i rodzin oraz umożliwienie życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Realizacja wspomnianego celu leży także u podstaw prowadzenia pracy socjalnej z klientem przez wzmocnienie jego aktywności i samodzielności życiowej. Bariernymi zakłócającymi harmonijność przebiegu usamodzielniania są przede wszystkim czynniki zdrowotne, tj. niepełnosprawność i długotrwała choroba, względy ekonomiczne, tj. ubóstwo i bezrobocie, a także niski poziom wykształcenia i – coraz częściej – podeszły wiek, co jest efektem ogólnych tendencji demograficznych. Pomocą społeczną w formie świadczeń i/lub pracy socjalnej objęto 13 767 osób z 7 830 rodzin (2018 - 14 447 osób z 8 042 rodzin). Liczba rodzin otrzymujących świadczenia z pomocy społecznej bez względu na formę nieznacznie wzrosła – o 0,7%, z 6 034 do 6 078 – w stosunku do roku poprzedniego (po wielu latach systematycznego spadku). Jednym z powodów udzielenia pomocy w rodzinie w 2019 roku jest długotrwała lub ciężka choroba. Z tego tytułu pomoc uzyskało 2727 rodzin.	Ocena Zasobów Pomocy społecznej

Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023		
47	Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, jednak, współcześnie obserwujemy rosnącą skalę depresji, problemów psychicznych dzieci i młodzieży. Wiele osób z problemami psychicznymi obawia się stygmatyzacji. W odpowiedzi na potrzeby zdrowia publicznego realizowany jest Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023, który jest próbą stworzenia lokalnych, systemowych rozwiązań służących ochronie zdrowia psychicznego, a także radzeniu sobie z zagrożeniami, które niosą kryzysy i choroby psychiczne. Ważnym jest tworzenie lokalnego systemu, który zapewnia optymalne warunki i szanse rozwoju psychicznego mieszkanki i mieszkańców Gdańska. W 2019 roku w ramach Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego bezpośrednim wsparciem psychologicznym objęto blisko 10 tysięcy osób. Najważniejsze obszary, w których zrealizowano działania to holistyczna diagnoza funkcjonalna oraz kompleksowe działania interwencyjne, specjalistyczne świadczenia z zakresu pomocy psychologicznej i terapeutycznej, przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym, a także różne formy wsparcia środowiskowego i opieki wytchnieniowej. Istotnym elementem Programu były także projekty i kampanie informacyjno-edukacyjne promujące zdrowie psychiczne, których beneficjentami było 19,7 tysięcy osób. Ponadto mieszkanki i mieszkańcy Gdańska mają zapewniony dostęp do informacji na temat oferty pomocowej miasta dzięki działaniu Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego, z którego usług w 2019 roku skorzystało 2750 osób.	Dane Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku
Działania na rzecz osób z niepełnosprawnościami		
48	Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku 13 grudnia 2006 r. została ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r. co stało się przyczynkiem dla nowego sposobu myślenia i prowadzenia polityki wobec i na rzecz osób o specjalnych potrzebach. Celem Konwencji jest ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby z niepełnosprawnościami na równi ze wszystkimi innymi obywatelami. Polska zobowiązana jest do wprowadzenia w życie zawartych w Konwencji standardów postępowania w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami realizacji ich praw. Wyrazem tej polityki jest Ustawa z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz Program Dostępność Plus. Wyniki badań prowadzonych na przestrzeni lat (NSP 2011; EHIS 2014) pozwalają szacować, że w Polsce żyje około 5 mln osób niepełnosprawnych prawnie lub biologicznie, co stanowi około 13% populacji. Przyjmując powyższą miarę, w przypadku Gdańska, możemy mówić o około 61 tys. osób z niepełnosprawnościami W wymiarze lokalnym, w Gdańsku, polityka wobec osób z niepełnosprawnościami ujęta jest w Powiatowym Programie Działań na Rzecz Niepełnosprawnych. W najbliższych latach przewiduje się poprawę dostępności usług i infrastruktury osobom o szczególnych potrzebach, w tym usług leczniczych, służących ochronie i promocji zdrowia, a także umożliwiających podejmowanie aktywności fizycznej.	Materiały Rzecznika Praw Obywatelskich Antczak R., Grabowska I., Polańska Z., Podstawy i źródła danych statystyki osób niepełnosprawnych, Wiadomości Statystyczne, 2018

Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska

49	W celu przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych, będących czynnikiem negatywnie wpływającym na zdrowie, a także powodujących szereg problemów społecznych, Gmina Miasta Gdańska prowadzi politykę określoną dwoma programami, Wieloletnim Ramowym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska oraz Szczegółowym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska (program roczny). W 2019 r. w ramach prowadzonej w Gdańsku polityki przeciwdziałania uzależnieniom wydatkowano kwotę 13,2 mln zł realizując zadania w obszarach edukacji, profilaktyki, redukcji szkód oraz organizacji Programu. Bezpośrednie wsparcie, także długoterminowe uzyskało ok. 60 tys. gdańszczanek i gdańszczan. Aby wzmocnić prozdrowotny aspekt życia wolnego od używek, w 2020 r. Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia został połączony z Gdańskim Centrum Profilaktyki Uzależnień. Pozwoli to na integrację, wzmocnienie i synergię działań zarówno w zakresie promocji i ochrony zdrowia jak i profilaktyki uzależnień.	Dane Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku
----	---	---

IV. Cele i zadania Programu

Cel główny: Wydłużenie życia mieszkanki i mieszkańców Gdańska w zdrowiu oraz ograniczenie skali zachorowań na choroby cywilizacyjne.

cele szczegółowe	zadania	beneficjenci	nazwa wskaźnika	koordynator	realizator
1. Zmniejszenie ryzyka występowania schorzeń.	Profilaktyka	Bezpośredni: mieszkanki i mieszkańcy Gdańska, Pośredni: ich rodziny, opiekunowie i otoczenie lokalne, regionalne, ponadregionalne i globalne	Wskaźniki do celu szczegółowego nr 1	Wydział Rozwoju Społecznego / Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień	Podmioty lecznicze organizacje pozarządowe jednostki organizacyjne Miasta
	1.1. Wsparcie projektów badań przesiewowych dotyczących wykrywania behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych wśród różnych grup wiekowych.		1.a. Liczba mieszkańców w grupie wiekowej 40-60 lat leczących się z powodu chorób układu krążenia w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców.		
	1.2. Realizacja lub wsparcie interwencji zdrowotnych ukierunkowanych na redukcję czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych w różnych grupach wiekowych.		1.b. Liczba mieszkańców w grupie wiekowej 40-60 lat leczących się z powodu chorób nowotworowych w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców.		
	1.3. Realizacja lub wsparcie projektów i kampanii społecznych promujących profilaktykę chorób zakaźnych.		1.c. Liczba mieszkańców w grupie wiekowej 40-60 lat leczących się z powodu cukrzycy typu II w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców.		
	1.4. Inicjowanie lub wspieranie zintegrowanej profilaktyki próchnicy u dzieci.		1.d. Ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności usług świadczonych w ramach Programu.		
	1.5. Realizacja programów szczepień przeciwko wybranym chorobom zakaźnym.		1.e. Odpowiednie wskaźniki z realizowanych PPZ i innych zadań zleczanych z zakresu niniejszego programu. 1.f. Rodzaj i wartość zakupionego sprzętu medycznego na rzecz podmiotów leczniczych.		

	1.6. Zakup sprzętu medycznego oraz rozwój infrastruktury służącej profilaktyce zdrowia.		1.g. Zwiększanie się liczby ogólnodostępnych defibrylatorów miejskich oraz liczba osób szkolonych w ich obsłudze i udzielaniu pierwszej pomocy.		
2: Wzrost wiedzy oraz umiejętności w zakresie wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie, w tym promocja zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej	Promocja zdrowia i zdrowego stylu życia	Bezpośredni: mieszkańcy i mieszkańcy Gdańska, Pośredni: ich rodziny, opiekunowie i otoczenie lokalne, regionalne, ponadregionalne i globalne	Wskaźniki do celu szczegółowego nr 2	Wydział Rozwoju Społecznego / Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień	Podmioty lecznicze organizacje pozarządowe jednostki organizacyjne Miasta
	2.1. Realizacja działań z zakresu promocji zdrowia, kierowanych do różnych grup odbiorców.				
	2.2. Realizacja lub wsparcie współpracy z różnymi instytucjami, w tym publicznymi, służbami medycyny pracy oraz podmiotami realizującymi zadania statutowe w zakresie promocji zdrowia, kierowane do różnych grup odbiorców w celu realizacji powszechnych akcji informacyjno-edukacyjnych.				
	2.3. Promocja zdrowego żywienia, właściwych zachowań żywieniowych, kierowana do różnych grup odbiorców.				
	2.4. Promocja aktywności fizycznej jako czynnika pozytywnie wpływającego na zdrowie.				
	Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się				
	2.6. Wspieranie aktywności osób starszych.				
	2.7. Wsparcie lub realizacja projektów informacyjno – edukacyjnych dotyczących procesu starzenia się organizmu i metod utrzymywania sprawności psychofizycznej w wieku podeszłym.				
	2.8. Wsparcie lub prowadzenie działań ukierunkowanych na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych.				
	2.9. Wsparcie lub realizacja projektów i kampanii zapobiegania urazom, szczególnie u osób starszych, w tym profilaktyka osteoporozy.				
3: rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich	Edukacja i kompetencje zdrowotne	Bezpośredni: mieszkańcy i mieszkańcy Gdańska,	wskaźniki do celu szczegółowego nr 3	Wydział Rozwoju Społecznego / Gdański	Podmioty lecznicze organizacje pozarządowe
	3.1. Prowadzenie i wspieranie kampanii edukacyjnych dotyczących pozytywnych zachowań prozdrowotnych, w tym szczepień ochronnych.				

etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach (zdrowa matka, zdrowe dziecko, zdrowy człowiek w wieku produkcyjnym, zdrowy senior)	3.2. Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze promocji zdrowia, w tym edukacji żywieniowej.	Pośredni: ich rodziny, opiekunowie i otoczenie lokalne, regionalne, ponadregionalne i globalne	3.a. Odsetek mieszkańców Gdańska wysoko oceniających swoją wiedzę na temat zdrowego stylu życia.	Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień	e jednostki organizacyjne Miasta
	3.3. Realizacja projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących zasad zdrowego żywienia, właściwych zachowań żywieniowych, kierowanych do różnych grup odbiorców.		3.b. Odsetek mieszkańców niepalących papierosów i e-papierosów.		
	3.4. Realizacja lub wsparcie projektów edukacyjnych i kampanii dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową.		3.c. Odsetek mieszkańców korzystających z badań przesiewowych.		
	3.5. Realizacja lub wsparcie działań sprzyjających poprawie zdrowia prokreacyjnego.		3.d. Odpowiednie wskaźniki z realizowanych PPZ i innych zadań zleczanych z zakresu niniejszego programu.		
	3.6. Realizacja projektów edukacyjnych dotyczących higieny osobistej, kierowanych w szczególności do dzieci, w tym przeciwdziałania chorobom jamy ustnej.				
	3.7. Działania edukacyjne w zakresie profilaktyki HIV/AIDS skierowane do dzieci, młodzieży i studentów, osób dorosłych.				
	3.8. Realizacja lub wsparcie programów i warsztatów edukacyjnych dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, kierowanych do różnych grup odbiorców.				
	3.9. Działania wspierające funkcjonowanie osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.				
4: podniesienie efektywności i skuteczności programu promocji zdrowia i przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym	Koordynacja	Bezpośredni: mieszkanki i mieszkańcy Gdańska oraz realizatorzy programu Pośredni: ich otoczenie lokalne, regionalne, ponadregionalne i globalne	wskaźniki do celu szczegółowego nr 4	Wydział Rozwoju Społecznego / Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień / Wydział	Podmioty lecznicze organizacje pozarządowe jednostki organizacyjne Miasta
	4.1. Współpraca z Gdańską Radą Zdrowia Publicznego oraz innymi radami i ciałami o charakterze konsultacyjno-doradczym.		4.a. Odsetek beneficjentów pozytywnie oceniających jakość usług świadczonych w ramach Programu.		
	4.2. Wsparcie podmiotów leczniczych w realizacji ich zadań statutowych oraz kadry medycznej.		4.b. Powierzchnia miejskich lokali użytkowych, wynajmowana/ użyczana podmiotom leczniczym na warunkach		
	4.3. Budowanie sieci współpracy między podmiotami z obszarów: ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy, aktywności obywatelskiej, mieszkalnictwa, decydentów, środowisk naukowych i innych.				

	4.4.Organizowanie konferencji, seminariów, szkoleń, spotkań przedstawicieli podmiotów działających w obszarze zdrowia publicznego.		preferencyjnych, z przeznaczeniem na placówki lecznicze.	Gospodarki Komunalnej	
	4.5.Prowadzenie monitoringu i ewaluacji działań podejmowanych w ramach Programu, realizacja programów pilotażowych, analiz w zakresie bieżących potrzeb w obszarze zdrowia publicznego.		4.c. Odpowiednie wskaźniki z realizowanych PPZ i innych zadań zlecanych z zakresu niniejszego programu.		