

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Polityki Zdrowotnej

Program zdrowotny pn.:



WARSZAWA 2007 rok, nowelizacja 2009 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 „Narodowego 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	1 000 000	
2010*	4 455 000	
2011*	7 340 000	15 000
Razem	13 240 000	

* 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., Dzieńiszewski 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. Sondaże 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., Skerrett P.J.: Physical activity and all – causa mortality: what is the doseresponse 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 takim programami o zasięgu ogólnopolskim realizowanymi przez Ministra Zdrowia jak Narodowy Program Zwalczenia 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 żywieniowozależnych wieku dojrzałego, takich jak: choroby układu krążenia, nowotwory żywieniowozależne, 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 żywnieniem 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.: Żywnienie zbiorowe dzieci i młodzieży w Polsce. Roczn. PZH, 2000, 51, nr 2, 149-161). Żywnienie 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 Żywienia 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 Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz Programu prewencji i leczenia cukrzycy.

Program realizowany będzie przy wsparciu Ogólnokrajowej Platformy ds. Zwalczenia 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 utrzymywać 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 opiece 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 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 pielęgniarstwa 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 dietyki – 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.	Zadania na rzecz zmniejszenia spożycia soli w Polsce	<ol style="list-style-type: none"> 1) działania edukacyjne obejmujące konsumentów, producentów żywności oraz pracowników ochrony zdrowia, organów urzędowej kontroli żywności, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i przedstawicieli mediów 2) rozwijanie poradnictwa dietetycznego niezbędnego w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych wywołanych m.in. nadmiernym spożyciem soli 3) 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 4) obniżenie zawartości soli w posiłkach wydawanych w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz placówkach żywienia zbiorowego 5) wprowadzenie do programów nauczania zasad prawidłowego żywienia z uwzględnieniem ograniczenia spożycia soli 6) wzmoczenie nadzoru organów urzędowej kontroli żywności w zakresie jakości i znakowania środków spożywczych 7) kontynuowanie działań legislacyjnych wspierających ograniczanie spożycia soli, przy uwzględnieniu propozycji zgłoszonych przez przemysł 8) opracowanie rocznych raportów dla Komisji Europejskiej
RAZEM ZADANIE 1		
2.	Monitoring w zakresie:	<ol style="list-style-type: none"> 1) spożycia soli i zależności pomiędzy spożyciem soli a wystąpieniem przewlekłych chorób niezakaźnych 2) zawartości soli w produktach spożywczych i posiłkach 3) wielkości wydalania sodu z moczem 4) zmian nieprawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań konsumenckich 5) poziomu edukacji społeczeństwa
RAZEM ZADANIE 2		
3.	Przygotowanie niżej wymienionych monitoringów w oparciu o najnowsze zalecenia metodyczne, oceniających: a) poziom wiedzy społeczeństwa o roli żywności, żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i otyłości oraz innych	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoring dotyczący poziomu wiedzy społeczeństwa o roli żywności, żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych (ocena około 20 tys. osób, w tym dzieci i młodzieży - reprezentatywna grupa populacji Polski), w tym: <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie założeń i metodyki przeprowadzenia monitoringu – opracowanie kwestionariuszy (około 10 stron) oceniających poziom wiedzy społeczeństwa o roli żywności, żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych w konsultacji z socjologiem, psychologiem, lekarzem, dietetykiem – druk ww. kwestionariuszy (około 10 stron) w nakładzie 22 000 egz. – opracowanie instrukcji (około 10 stron) dla 200 ankierów i jej druk w nakładzie 500 egz. oraz opracowanie listu informacyjnego i formularza zgody na udział w badaniu, druk (2 strony w nakładzie 25 000 egz.) – jednodniowe szkolenia ankierów (z całej Polski) – 4 grupy po 50 osób

	<p>przewlekłych chorób niezakaźnych (ocena około 20 tys. osób, w tym dzieci i młodzieży - reprezentatywna grupa populacji Polski)</p> <p>b) sposób żywienia i stan odżywienia polskiej populacji (ocena około 20 tys. osób, w tym dzieci i młodzieży – reprezentatywna grupa populacji Polski)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – opracowanie programu komputerowego do przetwarzania wyników monitoringu – testowanie programu <p>2) Monitoring sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiej populacji (ocena około 20 tys. osób, w tym dzieci i młodzież – reprezentatywna grupa populacji Polski), w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie założeń i metodyki przeprowadzenia monitoringu – opracowanie kwestionariuszy (około 15 stron) oceniających sposób żywienia i stan odżywienia, polskiej populacji – druk ww. kwestionariuszy (około 15 stron) w nakładzie 22 000 egz. – opracowanie i wydanie drukiem nowelizacji Albumu kolorowych fotografii produktów i potraw o zróżnicowanej wielkości porcji (100 stron w nakładzie 1 000 egz.) – zakup przenośnych wag (200 zł/szt.) i wzrostomierzy (150 zł/szt.) dla 200 ankierów – opracowanie instrukcji (około 10 stron) dla 200 ankierów i jej druk w nakładzie 500 egz. oraz opracowanie listu informacyjnego i formularza zgody na udział w badaniu, druk (2 strony w nakładzie 25 000 egz.) – trzydniowe szkolenia ankierów – 4 grupy po 50 osób – losowanie grupy do badań reprezentatywnych z populacji Polski – opracowanie programu komputerowego do przetwarzania wyników monitoringu sposobu żywienia i stanu odżywienia – testowanie programu
RAZEM ZADANIE 3		
4.	<p>Upowszechnianie i wdrażanie wśród ogółu społeczeństwa zasad prawidłowego żywienia i zaleceń zdrowotnych w zakresie aktywności ruchowej</p>	<p>1) Organizacja i prowadzenie na terenie kraju warsztatów dla osób z nadwagą i otyłością, uwzględniających potrzeby tych osób</p> <ul style="list-style-type: none"> – powołanie grup wsparcia dla osób odchudzających się – współpraca z psychologami – organizowanie 5-6 razy w roku spotkań/pogadank – przygotowanie materiałów edukacyjnych <p>Warsztaty (dla ok.150 osób 2 x w roku) 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 (150 x 2 spotkania) – przygotowanie wykładów – organizacja szkoleń, opracowanie programu, wysyłka zaproszeń <p>3) Organizowanie (2 razy w roku dla około 50 osób) 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>4) 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” <p>5) Aktualizacja tabel wartości odżywczych</p> <ul style="list-style-type: none"> – rozszerzenie bazy danych o składzie żywności, powiązanej z systemem europejskim, w formie elektronicznej dostosowanej do różnych form jej upowszechniania – współpraca z informatykami <p>6) 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 – współpraca z grafikami – druk w nakładzie 10 tys. egz. <p>7) Opracowanie i wdrożenie programu warsztatów/ kursów/szkoleń dla osób z nadwagą i otyłością oraz dla pracowników gabinetów odnowy biologicznej (2 x 100 osób)</p> <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów dla uczestników – przygotowanie wykładów – organizacja szkoleń, opracowanie programu <p>8) Opracowanie 3 suplementów do Norm Żywienia, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> „Normy żywienia a zapobiegania cukrzycy” „Normy żywienia w wieku starszym” „Normy żywienia a żywienie dzieci i młodzieży”
RAZEM ZADANIE 4		
5.	Wydawanie pod patronatem Ministra Zdrowia Biuletynu Informacyjnego (Żywność, aktywność fizyczna a zdrowie Polaków) dla samorządowców, organizacji pozarządowych, organów urzędowej kontroli żywności	<ul style="list-style-type: none"> – opracowywanie materiałów do poszczególnych numerów Biuletynu (6 numerów rocznie, 4 strony formatu A4) – druk w nakładzie 2 000 egz./numer = 12 000 egz. rocznie – dystrybucja (3 zł x 10 000 egz. w roku = 30 000)
RAZEM ZADANIE 5		
6.	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: dyrektorów szpitali w Polsce, dietetyków pracujących w szpitalach, pracowników Działów Oświaty Zdrowotnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej</p> <ul style="list-style-type: none"> - przygotowanie materiałów edukacyjnych dla około 500 osób (różnej treści) - organizacja kursów/szkoleń, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka - druk ww. materiałów w nakładzie 600 egz. - przygotowanie wykładów - opracowanie wniosków i zaleceń z kursów/szkoleń <p>i ich upowszechnienie wśród uczestników</p> <p>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 żywieniowo zależnych</p> <ul style="list-style-type: none"> - opracowanie materiałów w postaci broszury około 20 stron i ulotki - druk w nakładzie 30 tys. egz. i dystrybucja <p>RAZEM ZADANIE 6</p>
7.	Poprawa żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkołach	<p>1) Organizacja w szkołach z udziałem pracowników PIS festynów nt. zasad prawidłowego żywienia</p> <ul style="list-style-type: none"> - przeprowadzenie w wybranych szkołach festynów <p>2) Organizacja i przeprowadzenie 4 jednodniowych szkoleń na temat zasad prawidłowego żywienia i współczesnych zaleceń w zakresie aktywności ruchowej dla dzieci i młodzieży dla: dyrektorów szkół, nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjów, szkół średnich, kadr odpowiedzialnych za żywienie i wychowanie fizyczne w szkołach, domach dziecka, internatach, pracowników stołówek szkolnych, bufetów, sklepików</p> <ul style="list-style-type: none"> - przygotowanie materiałów edukacyjnych dla około 600 osób (różnej treści), - organizacja kursów/szkoleń, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka - druk ww. materiałów w nakładzie 700 egz. - przygotowanie wykładów (4 szkolenia) - opracowanie wniosków i zaleceń z kursów/szkoleń i ich upowszechnienie <p>3) Opracowanie materiałów edukacyjnych o roli żywienia i aktywności fizycznej w zachowaniu zdrowia w formie 2 broszur po około 25 stron i 2-3 ulotek</p> <ul style="list-style-type: none"> - druk w nakładzie po 50 tys. egz. - upowszechnianie ww. materiałów wśród dzieci i młodzieży w szkołach za pośrednictwem pracowników PIS – współpraca ze stacjami sanitarno-epidemiologicznymi <p>4) Organizacja z udziałem pracowników PIS konkursów nt. zasad prawidłowego żywienia</p> <ul style="list-style-type: none"> - przeprowadzenie konkursów w wybranych szkołach <p>5) Opracowanie zaleceń dla pielęgniarek środowiskowych w szkołach odnośnie konieczności monitorowania masy ciała i wysokości dzieci</p>

		<ul style="list-style-type: none"> – opracowanie zaleceń w formie broszury około 10 stron – druk w nakładzie 30 tys. egz. i dystrybucja
RAZEM ZADANIE 7		
8.	Wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> 1) Wdrażanie opracowanych zaleceń dot. diagnozowania otyłości przez lekarzy <ul style="list-style-type: none"> – warsztaty dla około 100 osób 2 razy w roku – przygotowanie materiałów 2) 3 jednodniowe szkolenia nt. zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej dla: dyrektorów szpitali w Polsce, dietetyków pracujących w szpitalach, pracowników Działów Oświaty Zdrowotnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów edukacyjnych dla około 500 osób (różnej treści), – organizacja kursów/szkoleń, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka – druk ww. materiałów w nakładzie 600 egz. – przygotowanie wykładów – opracowanie wniosków i zaleceń z kursów/szkoleń i ich upowszechnienie
RAZEM ZADANIE 8		
9.	Zorganizowanie cyklu szkoleń dla producentów żywności o roli żywności i żywienia w profilaktyce chorób żywieniowo zależnych i możliwości wpływania na jakość żywności poprzez poprawę technologii produkcji żywności i receptur (ograniczanie powstawania substancji niekorzystnych dla zdrowia, ograniczanie w produktach zawartości tłuszczu, soli i cukru)	<ul style="list-style-type: none"> Zorganizowanie 2 szkoleń w roku dla około 150 osób każde <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów edukacyjnych dla około 300 osób – organizacja szkolenia, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka – druk ww. materiałów w nakładzie 350 egz. – opracowanie wniosków i zaleceń i ich upowszechnienie
RAZEM ZADANIE 9		
10.	Ogólnokrajowa konferencja organizowana na początku każdego roku – podsumowująca efekty pracy za rok poprzedni z dyskusją o nowych potrzebach związanych	<ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów dla około 150 osób – organizacja, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka – opracowanie wniosków i ich upowszechnienie na stronie internetowej

	realizacją programu	
		RAZEM ZADANIE 10
11.	Opracowanie piramid prawidłowego żywienia dla czterech różnych grup wiekowych	<ul style="list-style-type: none"> – opracowanie piramid – ich druk w nakładzie po 5 000 egz. dla każdej z grup (20 000 egz.) i upowszechnienie
		RAZEM ZADANIE 11
12.	Przygotowanie i wdrożenie do szkół oraz domów dziecka programu promującego zdrowy styl życia	<p>1) Opracowanie ulotek, broszur, plakatów, zakładki do książek, centymetrów do mierzenia obwodu talii, krokomierzy, kalendarzy, naklejek itp. dot. prawidłowego żywienia, aktywności ruchowej i zdrowego stylu życia – dla dzieci i rodziców, plakaty dla szkół i domów dziecka</p> <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie we współpracy z socjologiem i grafiką 2 ulotek, 3 broszur, plakatu, 3 rodzajów zakładki do książek, centymetrów do mierzenia obwodu talii, krokomierzy, kalendarzy, naklejek itp. – druk w kolorze w nakładzie 30 tys. egz. i dystrybucja do szkół i domów dziecka <p>2) Organizowanie w szkołach (podstawowych, gimnazjalnych) z udziałem pracowników PIS, rodziców i opiekunów konkursu/festynu promujących zdrowy styl życia</p> <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów – organizacja konkursu lub festynu
		RAZEM ZADANIE 12
		RAZEM ROK 2010

ROK 2011*

Lp.	Wyszczególnienie zadań	Sposób realizacji
1.	Zadania na rzecz zmniejszenia spożycia soli w Polsce	<ol style="list-style-type: none"> 1) działania edukacyjne obejmujące konsumentów, producentów żywności oraz pracowników ochrony zdrowia, organów urzędowej kontroli żywności, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i przedstawicieli mediów 2) rozwijanie poradnictwa dietetycznego niezbędnego w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych wywołanych m.in. nadmiernym spożyciem soli 3) 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 4) obniżenie zawartości soli w posiłkach wydawanych w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz placówkach żywienia zbiorowego 5) wprowadzenie do programów nauczania zasad prawidłowego żywienia z uwzględnieniem ograniczenia spożycia soli 6) wzmocnienie nadzoru organów urzędowej kontroli żywności w zakresie jakości i znakowania środków spożywczych 7) kontynuowanie działań legislacyjnych wspierających ograniczanie spożycia soli, przy uwzględnieniu propozycji zgłoszonych przez przemysł 8) opracowanie rocznych raportów dla Komisji Europejskiej
RAZEM ZADANIE 1		
2.	Monitoring w zakresie:	<ol style="list-style-type: none"> 1) spożycia soli i zależności pomiędzy spożyciem soli a wystąpieniem przewlekłych chorób niezakaźnych 2) zawartości soli w produktach spożywczych i posiłkach 3) wielkości wydalania sodu z moczem 4) zmian nieprawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań konsumenckich poziomu edukacji społeczeństwa
RAZEM ZADANIE 2		
3.	Monitoring poziomu wiedzy społeczeństwa (różnych grup wiekowych) o roli żywności, żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych	<p>szkolenie ankierów – kontynuacja</p> <p>przeprowadzenie oceny poziomu wiedzy społeczeństwa o roli żywności, żywienia i aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych (20 tys. osób x 60 zł brutto/ankietę = 1 200 tys. zł)</p> <p>przygotowanie bazy danych</p> <p>wprowadzanie i kodowanie danych (20 tys. osób x 8 zł brutto/ankietę = 160 tys. zł)</p> <p>analiza statystyczna</p> <p>opracowanie i analiza danych</p> <p>opracowanie raportu z monitoringu</p>

		druk raportu około 100 stron w nakładzie 15 tys. egz.
RAZEM ZADANIE 3		
4.	Monitoring sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiej populacji (ocena około 20 tys. osób, w tym dzieci i młodzież – reprezentatywna grupa populacji Polski)	<ul style="list-style-type: none"> – szkolenie ankierów – kontynuacja – prowadzenie monitoringu wśród reprezentatywnej grupy ludności Polski (20 tys. osób x 70 zł brutto/ankietę x 2 wywiady = 2 800 tys. zł) – przygotowanie bazy danych na podstawie wypełnionych kwestionariuszy – wprowadzanie i kodowanie danych (20 tys. x 10 zł brutto/ankietę x 2 wywiady = 400 000zł) – analiza statystyczna – opracowanie i analiza danych – opracowanie raportu z monitoringu – druk raportu około 500 stron (twarda oprawa) w nakładzie 5 tys. egz.
RAZEM ZADANIE 4		
5.	Strona internetowa poświęcona promocji prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej	<ul style="list-style-type: none"> – opracowywanie nowych materiałów i aktualizacja istniejących – udzielanie porad i konsultacji przez ekspertów, utrzymywanie kontaktu z mediami i społeczeństwem – opracowanie interaktywnych programów komputerowych dotyczących wiedzy o prawidłowym żywieniu, dobór diety zależnie od potrzeb itp. – tłumaczenie na język angielski materiałów zamieszczanych na stronie
RAZEM ZADANIE 5		

6.	Poprawa żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkołach	1) Opracowanie nowych materiałów edukacyjnych o roli żywienia i aktywności fizycznej w zachowaniu zdrowia dostosowanych do aktualnych potrzeb <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie gry komputerowej, układanki dla dzieci, gry planszowej 2) Organizacja w szkołach z udziałem pracowników PIS konkursów nt. zasad prawidłowego żywienia <ul style="list-style-type: none"> – przeprowadzenie konkursów w wybranych szkołach 3) Organizacja i przeprowadzenie szkoleń na temat zasad prawidłowego żywienia i współczesnych zaleceń w zakresie aktywności ruchowej dla dzieci i młodzieży dla kolejnych: dyrektorów szkół, nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjów, szkół średnich, kadr odpowiedzialnych za żywienie i wychowanie fizyczne w szkołach, domach dziecka, internatach, pracowników stołówek szkolnych, bufetów, sklepików <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów edukacyjnych dla około 600 osób, – organizacja kursów/szkoleń, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka – druk ww. materiałów w nakładzie 700 egz. – przygotowanie wykładów – opracowanie wniosków i zaleceń z kursów/szkoleń i ich upowszechnienie
RAZEM ZADANIE 6		
7.	Upowszechnianie i wdrażanie wśród ogółu społeczeństwa zasad prawidłowego żywienia i zaleceń zdrowotnych w zakresie aktywności ruchowej	1) Organizacja i prowadzenie na terenie kraju warsztatów dla osób z nadwagą i otyłością, uwzględniających potrzeby tych osób <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie wzorcowych programów zajęć poprawiających aktywność fizyczną tych osób – współpraca z psychologami – organizowanie 5-6 razy w roku spotkań/pogadań – przygotowanie materiałów edukacyjnych 2) Warsztaty (dla ok.150 osób 2 x w roku) nt. zwalczania chorób żywieniowo zależnych, (zwłaszcza nadwagi i otyłości poprzez poprawę żywienia i aktywność fizyczną) dla pracowników samorządów <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów edukacyjnych dla uczestników (150 x 2 spotkania) – przygotowanie wykładów – organizacja szkoleń, opracowanie programu, wysyłka zaproszeń 3) Organizowanie (2 razy w roku dla około 50 osób) konferencji prasowych dla mediów (TV, radio, prasa) wraz z opracowaniem i przekazaniem informacji z zakresu prewencji nadwagi i otyłości <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów dla uczestników – organizacja konferencji prasowych

		<p>4) 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 ZADANIE 7		
8.	Wydawanie pod patronatem Ministra Zdrowia Biuletynu Informacyjnego (Żywność, aktywność fizyczna a zdrowie Polaków) dla samorządowców, organizacji pozarządowych, organów urzędowej kontroli żywności.	<ul style="list-style-type: none"> – opracowywanie materiałów do poszczególnych numerów Biuletynu (6 numerów rocznie, 4 strony formatu A4) – druk w nakładzie 2 000 egz./numer = 12 000 egz. rocznie – dystrybucja (3 zł x 10 000 egz. w roku = 30 000)
RAZEM ZADANIE 8		
9.	Wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej	<p>1) Opracowanie systemu oceny stanu odżywiania pacjentów z otyłością i zasad suplementacji ich diety witaminami i składnikami mineralnymi</p> <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie metod oceny parametrów biochemicznych i antropometrycznych – konsultacje z lekarzami i psychologiem – opracowanie zaleceń odnośnie odżywiania i aktywności fizycznej <p>2) Prowadzenie oceny stanu odżywiania osób otyłych w warunkach klinicznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – ocena stanu odżywienia osób otyłych i czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych – konsultacje psychologiczne, obsługa medyczna i dietetyczna <p>3) Szkolenie nt. zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej dla: dyrektorów szpitali w Polsce, dietetyków pracujących w szpitalach, pracowników Działów Oświaty Zdrowotnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej</p> <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów edukacyjnych dla około 600 osób, – organizacja kursów/szkoleń, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka – druk ww. materiałów w nakładzie 700 egz. – przygotowanie wykładów – opracowanie wniosków i zaleceń z kursów/szkoleń i ich upowszechnienie wśród uczestników
RAZEM ZADANIE 9		

10.	Zorganizowanie kolejnego cyklu szkoleń dla producentów żywności o roli żywności i żywienia w profilaktyce chorób żywieniowo zależnych i możliwości wpływania na jakość żywności poprzez poprawę technologii produkcji żywności i receptur (ograniczanie powstawania substancji niekorzystnych dla zdrowia, ograniczanie w produktach zawartości tłuszczu, soli i cukru)	Zorganizowanie 2 szkoleń w roku dla około 150 osób każde <ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie materiałów edukacyjnych dla około 300 osób – organizacja szkolenia, opracowanie zaproszeń, programu i ich wysyłka – druk ww. materiałów w nakładzie 350 egz. – opracowanie wniosków i zaleceń i ich upowszechnienie wśród uczestników
RAZEM ZADANIE 10		
11.	Ogólnokrajowa konferencja podsumowująca efekty programu za 5 lat z dyskusją o nowych potrzebach związanych realizacją programu w latach następnych	<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 11		
12.	Opracowanie raportu z realizacji programu	– przeprowadzenie oceny programu i przygotowanie raportu
RAZEM ZADANIE 12		
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 sprawnej 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.