

**PROGRAM OGRANICZANIA ZDROWOTNYCH
NASTĘPSTW PALENIA TYTONIU W POLSCE**

Cele i Zadania na lata 2009-2013

Warszawa, styczeń 2009

Spis treści	3
WPROWADZENIE	3
1. EPIDEMIOLOGIA CHORÓB WYWOŁANYCH PALENIEM TYTONIU	5
2. WNIOSKI Z DZIAŁAŃ INTERWENCYJNYCH W LATACH 1997-2008	7
3. UZASADNIENIE CELOWOŚCI KONTYNUOWANIA PROGRAMU – SYNTEZA	11
4. ZAŁOŻENIA PROGRAMU NA LATA 2009-2013	12
5. ZADANIA I ICH REALIZACJA NA LATA 2009-2013	14
Zadanie 1	14
<i>Zmiana klimatu społecznego i zachowań w stosunku do palenia tytoniu poprzez wielopłaszczyznowe populacyjne działania informacyjno-edukacyjne.</i>	
Zadanie 2	16
<i>Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad wyrobami tytoniowymi¹⁾. Prowadzenie badań monitoringowych i urzędowej kontroli zawartości substancji szkodliwych dla zdrowia w wyrobach tytoniowych wprowadzanych do obrotu handlowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.²⁾</i>	
Zadanie 3	17
<i>Zapobieganie paleniu tytoniu przez dzieci i młodzież oraz programy edukacyjne dla dzieci i młodzieży propagujące modę na niepalenie.</i>	
Zadanie 4	21
<i>Realizacja programu profilaktyki antytytoniowej i leczenia uzależnienia od tytoniu w zakładach opieki zdrowotnej. Działalność Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.</i>	
Zadanie 5	24
<i>Ograniczanie palenia tytoniu i działania edukacyjne prowadzone w środowisku żołnierzy zawodowych, pracowników wojska i ich rodzin.</i>	
Zadanie 6	25
<i>Zmiana klimatu społecznego i zachowań w stosunku do palenia tytoniu wśród funkcjonariuszy i pracowników służby więziennej oraz osób osadzonych w zakładach penitencjarnych.</i>	
Zadanie 7	27
<i>Ograniczenie palenia tytoniu w środowisku zawodowym i rodzinnym funkcjonariuszy służb resortu spraw wewnętrznych i administracji.</i>	
Zadanie 8	28
<i>Wyeliminowanie ekspozycji na dym tytoniowy w miejscach pracy.</i>	
Zadanie 9	30
<i>Wdrażanie ekonomicznych i administracyjnych stymulatorów ograniczania konsumpcji wyrobów tytoniowych.</i>	
Zadanie 10	31
<i>Doskonalenie systemu prawnego regulującego zachowania konsumentów i działania przedsiębiorców obecnych na rynku wyrobów tytoniowych. Kontrolowanie przestrzegania zakazu reklamy i promocji wyrobów tytoniowych.</i>	
6. WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU	32
6.1. Zarządzanie programem	32
6.2. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny	33
6.3. Główni wykonawcy programu	34
6.4. Monitorowanie i ewaluacja	35
6.5. Kryteria oceny efektywności działań prowadzonych w latach 2009-2013	35
6.6. Finansowanie programu	36
7. HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU NA LATA 2009-2013	38

1) Realizacja zadania zgodnie z ustawą z dn. 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.)
2) Realizacja zadania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24 lutego 2004r. w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 31, poz. 275 oraz Dz. U. z 2006 r. Nr 142, poz. 1025)

WPROWADZENIE

„Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce; Cele i zadania na lata 2009-2013” opracowany został na podstawie art. 4 ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.), który określa politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną zmierzającą do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych.

Od 1997 r. polityka państwa na rzecz ograniczania palenia tytoniu realizowana była w ramach następujących programów:

- „Programu polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej prowadzącej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu. Zamierzenia na lata 1997–2000”,
- „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu na lata 2002-2006”,
- „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce; Cele i zadania na rok 2007-2008”.

W latach 1999-2000 przeznaczono na ten program znaczące środki - 27 mln złotych. W latach 2001-2003 na program przeznaczano 0,5 mln złotych rocznie. W 2004 r. - 550 000 złotych, w 2005 r. - 700 000 zł, natomiast w latach 2006-2008 - 1 milion zł rocznie.

Przedstawiany program określa kierunki działań oraz priorytetowe cele i zadania w dziedzinie zwalczania zagrożeń zdrowia związanych z paleniem tytoniu na lata 2009-2013. Zostały one sformułowane na podstawie badań dotyczących zachowań zdrowotnych wybranych grup ludności w Polsce i oceny stanu zdrowia ludności uwarunkowanego paleniem tytoniu. Uwzględniają one także ograniczenia wynikające z możliwości jego finansowania przez państwo. Kierunki te są zgodne z programem Światowej Organizacji Zdrowia (Program „WHO Tobacco Free Europe”) i polityką zdrowotną Unii Europejskiej (Program „Europe Against Cancer”), uwzględniają także zobowiązania zawarte w Ramowej Konwencji WHO o „Ograniczeniu Użycia Tytoniu” (ratyfikowana przez Polskę we wrześniu 2006 r.).

Radykalna zmiana w kulturze zdrowotnej, w obliczu problemu, iż ok. 9-10 milionów Polaków obecnie pali tytoń, będzie wymagała wielu lat pracy. Świadomość tego, że palenie tytoniu niszczy zdrowie i życie, a więc jest wykroczeniem przeciwko zasadom moralnym, stanowi dla wielu ludzi silny czynnik mobilizujący do zerwania z nałogiem palenia tytoniu i do propagowania stylu życia wolnego od dymu tytoniowego.

Uczynienie szkół, zakładów opieki zdrowotnej, instytucji publicznych, urzędów i innych zakładów pracy oraz miejsc użyteczności publicznej wolnymi od dymu tytoniowego jest w perspektywie tego

programu możliwe. Możliwa i konieczna jest ochrona dzieci przed nieodpowiedzialnym działaniem dorosłych palących w ich obecności. Dotyczy to także ochrony życia płodowego. Rozpowszechnienie palenia tytoniu ma swoje uwarunkowania społeczne, obyczajowe i ekonomiczne. Dlatego ograniczenie tego zjawiska, rozwiązywanie problemów inicjacji i trwania w nałogu, wymaga skoordynowanych działań międzysektorowych, uwzględniających procesy edukacyjne, funkcjonowanie rynku wyrobów tytoniowych, zasady współżycia społecznego w różnych środowiskach zawodowych i lokalnych.

Szansą na powodzenie tej strategii, a więc na osiągnięcie projektowanych w programie celów, jest kontynuacja procesu jego upowszechniania na terenie Polski. Od 2007 roku koordynacją programu w województwach i powiatach, zajmują się odpowiednio Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni i Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni. Duża liczba osób i organizacji zaangażowanych w proces ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu jest wielkim kapitałem społecznym i dobrze rokuje na przyszłość.

Podjęte działania staną się znacznie bardziej skuteczne, jeśli społeczeństwo będzie otrzymywać wyraźne wskazania profilaktyczne. Dlatego ważne jest dotarcie do wszystkich środowisk opiniotwórczych i zaangażowanie ich w działania dla budowania świadomości o szkodliwości palenia i zysków płynących z niepalenia. W działania antytytoniowe zostanie zaangażowana większa liczba fachowych pracowników ochrony zdrowia, edukacji, autorytetów lokalnych oraz innych osób publicznych, które będą promować zdrowy styl życia. Duże znaczenie ma również działalność ośrodków religijnych i innych organizacji pozarządowych zaangażowanych w działania na rzecz poprawy i umacniania zdrowia.

1. EPIDEMIOLOGIA CHORÓB WYWOŁANYCH PALENIEM TYTONIU

Wyniki badań przeprowadzonych przez Centrum Onkologii w Warszawie w 2007 roku pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 34%, okazjonalnie palących 2%, ekspalaczy 19%, a nigdy nie palących 45%. W populacji kobiet 23% paliło codziennie, 3% okazjonalnie, 10% stanowiły ekspalaczki, a 64% osoby nigdy nie palące.

Niepokojąca jest utrzymująca się od kilku lat tendencja wzrostu częstości codziennego palenia wśród młodych ludzi w wieku 20-29 lat. W całej populacji kobiet częstość palenia nie spada od połowy lat 80-tych. Badanie z 2007 r. wskazuje również na głębokie społeczne rozwarstwienie zjawiska palenia tytoniu w Polsce. Najbiedniejsi, a także najslabiej wykształceni Polacy palą znacznie częściej (np. bezrobotni mężczyźni w ok. 70%), niż osoby lepiej sytuowane i z wyższym wykształceniem (wśród mężczyzn w ok. 30%).

Zaprzestanie palenia następuje stosunkowo późno – u mężczyzn w 39 r.ż., a kobiet nawet w 43 r.ż. Szacunki epidemiologiczne pokazują, że w 2000 r. w Polsce palenie tytoniu było przyczyną około 69 tys. zgonów (57 tys. mężczyzn i 12 tys. kobiet), z czego około 43 tys. (37 tys. mężczyzn i 6 tys. kobiet) stanowiły zgony przedwczesne, w wieku 35-69 lat. Z powodu palenia tytoniu Polacy w średnim wieku tracili około 22 lata życia, a starsi (w wieku 70 i więcej lat) 9 lat życia. Należy przy tym zwrócić uwagę na charakterystyczne proporcje ilustrujące skutki palenia tytoniu: wśród mężczyzn w wieku 35-69 lat zgony spowodowane rakiem płuca palaczy tytoniu stanowiły 95% wszystkich zgonów z powodu raka płuca w tej grupie wiekowej, zgony z powodu nienowotworowych chorób układu oddechowego palaczy tytoniu stanowiły 63% ogółu zgonów z tej przyczyny, zgony z powodu chorób układu krążenia stanowiły 37% zgonów z tej przyczyny. Wymuszona ekspozycja na dym tytoniowy jest równie groźna dla zdrowia i życia, jak palenie czynne. 2002 roku w Polsce z powodu biernej ekspozycji na dym tytoniowy zmarło 1 826 niepalących: 128 z powodu raka płuca, 933 z powodu choroby niedokrwiennej serca, 692 z powodu udaru mózgu, 73 z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.

Bierna ekspozycja na dym tytoniowy wprawdzie zmniejsza się, ale nadal jest niepokojąco rozpowszechnionym zjawiskiem. 25% niepalących Polaków deklaruje narażenie na dym tytoniowy w domu, a 8% w zakładzie pracy (w roku 2006 odpowiednio 33% i 12%). W barach i pubach 32% niepalących klientów jest narażonych na dym tytoniowy, w dyskotekach i klubach muzycznych 25%, w kawiarniach 22%, w restauracjach 17%. W dyskotekach, barach i pubach najczęściej narażone na dym tytoniowy są osoby młode (w wieku 15-29 lat). Mimo restrykcyjnych przepisów dotyczących palenia w szkołach, 8% niepalących deklaruje narażenie w szkołach na dym tytoniowy. Natomiast w zakładach opieki zdrowotnej, obiektach kulturalnych i sportowych oraz w

urzędach to zjawisko zostało zminimalizowane lub nie występuje³⁾.

Szczególnie trudna jest sytuacja dzieci palących rodziców, które są poddawane działaniu dymu tytoniowego już w okresie płodowym. Każdego roku w Polsce rodzi się ok. 100 000 dzieci, które narażone są na ekspozycję na dym tytoniowy z powodu palenia przez kobietę w ciąży. Skutkiem tego narażenia jest spowolnienie wzrostu płodu, niedorozwój niektórych narządów (np. układu oddechowego), zmniejszona odporność i częstsze występowanie zapalenia płuc, częstsze występowanie astmy oskrzelowej, a także poporodowe objawy głodu nikotynowego, zwiększona tolerancja nikotyny i łatwość uzależnienia się od nikotyny w przyszłości.

3) „Palenie tytoniu oraz opinie na temat polityki zdrowotnej w Polsce w 2007 r.” - 2007 r., W. Zatoński, K. Przewoźniak

2. WNIOSKI Z DZIAŁAŃ INTERWENCYJNYCH W LATACH 1997-2008

Programy na rzecz ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu, realizowane w Polsce w latach 1997-2008, były elementem polityki państwa wynikającej z ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Zadania przewidziane w tych programach odnosiły się do najważniejszych uwarunkowań rozpowszechniania palenia tytoniu w Polsce oraz do środowisk szczególnie zagrożonych. Zostały określone na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych i doświadczeń z wcześniejszych etapów działań przeciwytoniowych prowadzonych w Polsce, a także na bazie wiedzy i rozwiązań, które sprawdziły się w innych krajach. W wyniku prowadzonych programów nastąpiły wyraźne zmiany w zachowaniach zdrowotnych Polaków. Zgromadzone dane pokazują, że zahamowanie w latach 90-tych wzrostu odsetka codziennych palaczy można uznać za zjawisko trwałe. O ile w 1990 roku codziennie paliło w Polsce 55% mężczyzn i 29% kobiet, to w 2007 roku odnotowano odpowiednio 34% palących mężczyzn i 23% kobiet. Zmiany te są skorelowane z obserwowanym odbiorem działań edukacyjnych, podejmowanych w ramach programów prowadzonych w latach 1997-2008.

Zrealizowany w latach 1997–2001 program był pierwszym etapem wieloletniej strategii ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu. Jego realizacja i rezultaty były praktycznym potwierdzeniem trafności przyjętej strategii ograniczania palenia tytoniu i skuteczności wdrażanych rozwiązań edukacyjnych, interwencyjnych i legislacyjnych. Uzyskano istotne korzystne zmiany postaw i zachowań związanych z paleniem tytoniu, a także aktywizację wielu środowisk społecznych, instytucji państwowych i organizacji pozarządowych. Program wykazał wysoką efektywność środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę i zwalczanie epidemii tytoniowej – niewielkie stosunkowo nakłady przynoszą tu, nieosiągalne w inny sposób, zmniejszenie częstości zachorowań na choroby odtytoniowe (rak płuca, niedokrwienne choroby serca) i zgonów z tego powodu. Utrzymanie korzystnych tendencji w dynamice zjawisk zdrowotnych, zainicjowanych programem wymaga jednak stabilnego, zgodnego z potrzebami inwestowania w działania ograniczające konsumpcję tytoniu. Ograniczenie finansowania programu w kolejnych latach (2002-2008) spowodowało ograniczenie zasięgu realizacji i zakresu tematycznego programu do poziomu niezbędnego dla podtrzymania ciągłości wdrożonych wcześniej działań, w tym dostarczenia ośrodkom terenowym materiałów edukacyjnych i informacyjnych.

Dotychczasowe doświadczenie potwierdza celowość i efektywność realizowanych kierunków działań skoncentrowanych na rozwiązywaniu szczególnych problemów społecznych i zdrowotnych

właściwych dla określonych środowisk.

1. Edukacyjne kampanie masowe adresowane do całej populacji kraju okazały się skuteczną metodą koncentrowania aktywności i uwagi różnych środowisk społecznych i zawodowych na działaniach służących ograniczaniu palenia tytoniu i ochronie praw niepalących. Są także dobrym sposobem motywowania osób palących do osobistych decyzji zaprzestania palenia. Ich niewątpliwą zaletą jest to, że umożliwiają włączanie się do współdziałania wielu podmiotów, w tym Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jednostek samorządu terytorialnego, szkół, szpitali, przychodni i innych zakładów opieki zdrowotnej, firm, organizacji społecznych, a w ostatnich latach także ośrodków religijnych.

2. Akcje i programy edukacyjne dla dzieci i młodzieży to dotychczas najczęściej wdrażana część polityki ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu. Wynika to przede wszystkim ze szczególnego znaczenia zapobiegania paleniu tytoniu wśród dzieci i młodzieży dla zdrowotności społeczeństwa, jak i gotowości środowiska szkolnego do wdrażania takich programów – gotowa infrastruktura i możliwości organizacyjne. Programy edukacyjne przeprowadzane w placówkach nauczania i wychowania są autorskimi projektami nauczycieli, pielęgniarek szkolnych i innych przedstawicieli środowiska szkolnego i pozaszkolnego. Jest wdrażany w Polsce przedszkolny program antytytoniowy pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas”. Program ten adresowany jest do dzieci przedszkolnych w wieku 5-6 lat, ich rodziców i opiekunów. Dzięki rozumieniu przez pedagogów istoty zagrożenia płynącego z palenia tytoniu i znaczenia wszechstronnej edukacji przedszkolnej i szkolnej, elementy profilaktyki palenia tytoniu są integralną częścią programów nauczania, a edukacja zdrowotna prowadzona jest ścieżką międzyprzedmiotową, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17) – wydanego na podstawie art. 22 ust. 2 pkt 2 lit. a i b ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256 poz. 2572, z późn. zm.).

Dalszy rozwój antytytoniowej edukacji dzieci i młodzieży będzie opierać się na upowszechnianiu rozwiązań modelowych i kreatywnej ich adaptacji do lokalnych potrzeb i możliwości. Stworzy to korzystne warunki przekształcania szkół w środowisko promujące zdrowie, w tym samym w środowisko wolne od dymu tytoniowego.

3. Interwencja medyczna wobec palących pacjentów opiera się na zasadzie, iż każdy kontakt lekarza z pacjentem stwarza możliwość i obowiązek ustalenia, czy pacjent pali tyton i podjęcia odpowiednich działań w przypadku pacjenta palącego. Prostota stosowanych procedur tego rodzaju interwencji (nazywana krótką poradą lekarską) umożliwia stosowanie jej w większości zakładów opieki zdrowotnej, przy czym zasadnicze znaczenie ma upowszechnienie tej praktyki w podstawowej opiece zdrowotnej, z której korzysta (z różną częstością) cała populacja.

Upowszechnieniu tej praktyki służą m.in. przygotowane przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce „Wytyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie efektywnej interwencji antytytoniowej” przeznaczone do wdrożenia w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej w Polsce.

4. Ekspozycja na dym tytoniowy w środowisku pracy ma szczególne znaczenie z wielu powodów. Problem dotyczy większości dorosłych osób w Polsce, zarówno tych, którzy palą w czasie pracy i narażają własne zdrowie i życie, jak i tych, którzy nie palą, ale zmuszeni są do wdychania toksycznych i rakotwórczych substancji zawartych w dymie tytoniowym z otoczenia. Ponadto, w niektórych dziedzinach produkcji działanie dymu tytoniowego potęguje dodatkowo działanie kancerogenów pochodzących z procesów technologicznych. Z badań wynika, iż ciągle jeszcze 8 % niepalących Polaków narażonych jest na bierne palenie w zakładzie pracy.

5. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie badań zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczonych na opakowaniach wyrobów tytoniowych (Dz. U. Nr 31, poz. 275 oraz z 2006 r. Nr 142, poz. 1025) wskazano laboratorium kontrolne uprawnione do ustalania zawartości substancji szkodliwych dla zdrowia w dymie papierosowym – Oddział Laboratoryjny do spraw Krajowej Kontroli Substancji Szkodliwych w Wyrobach Tytoniowych przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi. Jego zadaniem jest monitorowanie zgodności wyrobów tytoniowych oferowanych na rynku z normami dopuszczalnej emisji substancji szkodliwych. Wykonanie nałożonych na laboratorium zadań wymaga płynnego finansowania w wysokości pokrywającej koszty systematycznie prowadzonych badań.

Zgromadzone dotychczas doświadczenie, opracowane programy, strategie działania, nawiązane kontakty i współpraca w terenie, zespoły przygotowanych specjalistów ds. promocji zdrowia, pracowników medycznych, pedagogicznych, liderów środowiskowych, to kapitał i punkt wyjścia do rozszerzenia prowadzonych działań w Polsce. Rozpoznane cechy zachowań związanych z paleniem tytoniu oraz cechy grup największego ryzyka pozwalają uściślać kierunki przyszłych działań w oparciu o posiadane środki.

Do najważniejszych kierunków należą:

- 1) ochrona najmłodszej części populacji, a w tym ochrona ciąży i wczesnego dzieciństwa przed dymem tytoniowym;
- 2) zapewnienie zdrowotnych warunków rozwoju i wychowania dzieci w środowisku przedszkolnym i szkolnym;
- 3) ochrona przed narażeniem na dym tytoniowy w środowisku pracy, a w tym wyeliminowanie

- palenia z miejsc pracy i pomoc palącym w uwalnianiu się od nałogu;
- 4) skuteczne leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu przez upowszechnianie fachowej pomocy medycznej w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej;
 - 5) budowanie klimatu społecznego sprzyjającego marginalizacji palenia tytoniu, a w tym masowa edukacja i promocja stylu życia wolnego od tytoniu;
 - 6) skuteczne regulowanie i kontrolowanie rynku wyrobów tytoniowych (sposób oferowania i sprzedaży wyrobów).

Wymienione kierunki działań wyznaczają priorytety rozwoju programu na najbliższe lata, z uwzględnieniem zmian wynikających z rezultatów uzyskiwanych w kolejnych latach oraz sytuacji społecznej i ekonomicznej w Polsce.

3. UZASADNIENIE CELOWOŚCI KONTYNUOWANIA PROGRAMU – SYNTEZA

1. Aspekt zdrowotny: Palenie tytoniu stanowi przyczynę większej liczby zgonów w Polsce niż picie alkoholu, AIDS, samobójstwa, zabójstwa, urazy i zatrucia razem wzięte. Jest jedną z najistotniejszych przyczyn przedwczesnej umieralności. Wymuszona bierna ekspozycja na dym tytoniowy jest równie groźna jak wdychanie dymu przez palaczy zwłaszcza, gdy dotyczy niemowląt i małych dzieci (także w okresie prenatalnym).
2. Aspekt ekonomiczny: Ekonomiczne i społeczne koszty palenia tytoniu przekraczają kilkakrotnie zyski, które budżet państwa osiąga w związku z produkcją i sprzedażą papierosów. Koszty te ponoszą wszyscy podatnicy, nie tylko osoby palące.
3. Aspekt prawny: ustawa z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych nakłada na Radę Ministrów obowiązek ustalenia programu określającego politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną, zmierzającego do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych. Zobowiązania do realizacji takiej polityki wynikają także z Ramowej Konwencji WHO o „Ograniczaniu użycia tytoniu” (ratyfikowanej przez Polskę w 2006 r.) oraz wspólnej polityki krajów Unii Europejskiej.
4. Aspekt etyczny: Należy uznać za paradoks, że współczesne społeczeństwo uznające wolność za jedną z najważniejszych wartości, bardzo często popada w uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Palenie tytoniu wyklucza wolność. Jest także wymierzone przeciwko wolności osób z otoczenia, którym narzuca się kontakt z dymem tytoniowym. Palenie stoi też w sprzeczności z innymi aspektami, takimi jak: aktywność, atrakcyjność, sprawność.

4. ZAŁOŻENIA PROGRAMU NA LATA 2009-2013

Cel strategiczny:

Zmniejszanie zachorowań, inwalidztwa i zgonów wynikających z palenia tytoniu (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, nienowotworowe choroby układu oddechowego, zgony niemowląt) przez zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy.

Cele szczegółowe:

Zwiększenie odsetka osób, które nigdy nie wypaliły żadnego papierosa wśród: <ul style="list-style-type: none">● Dzieci i młodzieży (z obecnych 65% do 67%)● Ludzi wchodzących w dorosłe życie, w wieku 20-29 lat<ul style="list-style-type: none">- Mężczyzn (z obecnych 45% do 47%)- Kobiet (z obecnych 64% do 66%)
Zmniejszenie odsetka młodzieży palącej tytoń w wieku 15-19 lat (z obecnych 12,4 % do 10%)
Zwiększenie odsetka młodzieży w wieku 16-19 lat, która zaprzestaje palenia tytoniu (z obecnych 5% do 15%)
Zmniejszenie odsetka codziennych palaczy tytoniu, w wieku powyżej 20 lat. <ul style="list-style-type: none">- Mężczyzn (z obecnych 34% do 32%)- Kobiet (z obecnych 23% do 22%)
Zmniejszenie odsetka dzieci narażonych na dym tytoniowy (z obecnych 48% do 24%)
Zmniejszenie odsetka kobiet w ciąży palących tytoń i narażonych na wdychanie dymu tytoniowego (z obecnych 30% do 10%)

Warunek osiągnięcia celu

Styl życia wolny od dymu tytoniowego to element kultury i zasad funkcjonowania społeczeństwa. Cel ten może być osiągnięty tylko wtedy, gdy w jego realizację zostaną zaangażowane wszystkie środowiska mające wpływ na kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych: rodzina, szkoła, środowisko nauki, pracy i rozrywki oraz inne grupy społeczne o wysokim prestiżu i silnym oddziaływaniu na resztę społeczeństwa (np. aktorzy, piosenkarze, dziennikarze, księża, nauczyciele, sportowcy).

Strategia działania

1. Wzrost poziomu wiedzy w zakresie szkodliwości palenia tytoniu i zysków płynących z niepalenia oraz nabycie przekonania o konieczności dbania o zdrowie swoje i innych.
2. Podniesienie jakości i skuteczności działań podejmowanych przez instytucje odpowiedzialne i sprawujące nadzór, na rzecz ograniczania palenia tytoniu i ekspozycji na dym tytoniowy oraz nad obrotem wyrobami tytoniowymi, a także nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów.
3. Wzrost świadomości społeczeństwa w zakresie szkodliwości palenia tytoniu i nabycie przekonania o konieczności zerwania z nałogiem przy zastosowaniu różnych metod oddziaływania oraz terapii.
4. Podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności związanych z korzystaniem z opieki zdrowotnej oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu.

5. ZADANIA I ICH REALIZACJA NA LATA 2009-2013

Zadanie 1.

Zmiana klimatu społecznego i zachowań w stosunku do palenia tytoniu poprzez wielopłaszczyznowe populacyjne działania informacyjno-edukacyjne.

W zależności od możliwości lokalnych, aktywności i kreatywności liderów oraz osób zajmujących się prewencją i ochroną zdrowia ludności na danym terenie, treści profilaktyki antytytoniowej przekazywane będą do wybranych grup odbiorców w oparciu o tworzone sojusze i koalicje z jednostkami samorządu terytorialnego, przedstawicielami różnych instytucji, tj. szkół, wyższych uczelni, zakładów opieki zdrowotnej, placówek kulturalnych, ośrodków sportowych, ośrodków religijnych oraz środków masowego przekazu, a także sektora prywatnego. W zakresie profilaktyki palenia tytoniu w Polsce istnieje potrzeba przygotowywania autorskich programów i społecznych kampanii antytytoniowych w Polsce, które przeprowadzane systematycznie przez kilka lat przyniosą wymierne korzyści zdrowotne. Kampanie masowe adresowane do całej populacji kraju realizowane w oparciu o działania skierowane do lokalnej społeczności (województwa, powiaty, gminy) są sprawdzoną metodą aktywizowania ludności na rzecz działań służących ograniczeniu palenia tytoniu, ochronie praw niepalących, a przede wszystkim skutecznie motywują do podejmowania osobistych decyzji zerwania z nałogiem palenia.

Realizacja

1. Organizowanie ogólnokrajowych kampanii edukacyjnych.
 - Światowy Dzień bez Tytoniu ogłoszony przez Światową Organizację Zdrowia - kampania społeczna skierowana do ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem:
 - a) studentów (2009 r.),
 - b) kobiet planujących ciążę, ciężarnych i młodych matek (2010 r.),
 - c) rodziców i opiekunów dzieci dotycząca biernego palenia (2011 r.),
 - d) młodych kobiet (2012 r.),
 - e) ludzi najuboższych (2013 r.).
 - Światowy Dzień Rzucania Palenia – kampania społeczna skierowana do osób palących.
2. Organizowanie lokalnych koalicji władz, instytucji, organizacji pozarządowych itp. na rzecz zdrowego środowiska wolnego od dymu tytoniowego w miejscach pracy i miejscach użyteczności publicznej.
3. Realizacja Wojewódzkich Programów Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu,

autorskich projektów, konkursów, imprez edukacyjno-zdrowotnych dla społeczności lokalnych z udziałem stacji sanitarno-epidemiologicznych w partnerstwie z przedstawicielami zakładów opieki zdrowotnej, placówek nauczania i wychowania, jednostkami samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych i innych wg lokalnych potrzeb i możliwości.

4. Organizowanie konferencji (w tym prasowych), narad, szkoleń.
5. Wydanie i dystrybucja materiałów oświatowo-zdrowotnych na potrzeby realizacji działań informacyjno-edukacyjnych.

Odpowiedzialny za realizację: Główny Inspektor Sanitarny.

Współdziałanie: Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie, wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne w Polsce, Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego, ośrodki kultury, dyrekcje szkół i przedszkoli, organizacje pozarządowe, środki masowego przekazu i inni.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba działań w ramach kampanii skierowanej do wytypowanych grup docelowych w danym roku;
- 2) liczba szkół, uczelni, zakładów opieki zdrowotnej, zakładów pracy i innych partnerów biorących udział w kampaniach społecznych;
- 3) liczba szkoleń dla wojewódzkich i powiatowych koordynatorów kampanii/programów ze stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz przedstawicieli innych instytucji i organizacji realizujących;
- 4) liczba uczestników szkoleń organizowanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne i inne instytucje i organizacje;
- 5) liczba szkoleń, narad, wykładów, pogadanek, warsztatów, konferencji i innych metod i form zastosowanych w realizacji wojewódzkich programów;
- 6) nakład wydanych i rozdysponowanych materiałów oświatowo-zdrowotnych;
- 7) poziom odbioru i stopień akceptacji przez opinię publiczną kampanii edukacyjnych dotyczących profilaktyki palenia tytoniu;
- 8) liczba osób uczestniczących w kampaniach tytoniowych z podziałem na grupy wiekowe;
- 9) liczba i wyniki przeprowadzonych badań sprawdzających poziom wiedzy dzieci, młodzieży i dorosłych dotyczących szkodliwości palenia tytoniu i zysków płynących z niepalenia;

- 10) liczba artykułów, spotów reklamowych, audycji radiowych i telewizyjnych o tematyce antytytoniowej;
- 11) liczba organizowanych punktów informacyjno-edukacyjnych;
- 12) liczba udzielonych porad i wykonanych badań podczas organizowanych kampanii;
- 13) liczba pozyskanych partnerów i sojuszników działań.

Zadanie 2.

Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad wyrobami tytoniowymi⁴⁾ Prowadzenie badań monitoringowych i urzędowej kontroli zawartości substancji szkodliwych dla zdrowia w wyrobach tytoniowych wprowadzanych do obrotu handlowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej⁵⁾

Nadzór nad przestrzeganiem dopuszczalnych norm zawartości substancji szkodliwych w papierosach wprowadzanych na rynek odbywający się w oparciu o sprawdzone procedury analityczne umożliwia sprawowanie kontroli nad zawartością substancji smolistych, nikotyny, tlenku węgla, związków rakotwórczych, metali ciężkich i innych substancji mających wpływ na zdrowie populacji. Systematyczne kontrolowanie tych substancji jest niezbędne w sytuacji wprowadzania nowych technologii przetwarzania tytoniu oraz wobec zaostrzania norm.

Nowoczesne laboratoria spełniające wymagania norm ISO, wyposażone w nowoczesny sprzęt i odczynniki zapewniają ciągłość prowadzonej kontroli wyrobów tytoniowych.

Realizacja

1. Prowadzenie nadzoru nad przeprowadzaniem badań w kierunku zawartości substancji toksycznych w wyrobach tytoniowych.
2. Doksztalcanie pracowników pionu higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Odpowiedzialny za realizację: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Łodzi.

Współdziałanie: Główny Inspektorat Sanitarny, wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne w Polsce.

4) Realizacja zadania zgodnie z ustawą z dn. 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.)

5) Realizacja zadania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24 lutego 2004r. w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 31, poz. 275 oraz Dz. U. z 2006 r. Nr 142, poz. 1025)

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba przeprowadzonych badań w kierunku zawartości substancji toksycznych, w tym liczba wyników niezgodnych z obowiązującymi przepisami⁶⁾;
- 2) liczba przeprowadzonych szkoleń dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- 3) liczba przeszkolonych pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zadanie 3

Zapobieganie paleniu tytoniu przez dzieci i młodzież oraz programy edukacyjne dla dzieci i młodzieży propagujące modę na niepalenie.

A. Krajowy program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów.

- ok. 10% przedszkoli w 2008/2009 roku
- ok. 30% przedszkoli w 2009/2010 roku
- ok. 50% przedszkoli w 2010/2011 roku
- ok. 70% przedszkoli w 2011/2012 roku
- ok. 100% przedszkoli w 2012/2013 roku

Jednym z głównych celów Narodowego Programu Zdrowia jest zmniejszanie rozpowszechniania palenia tytoniu. Szczególny nacisk położony jest na zapobieganie paleniu tytoniu wśród dzieci i młodzieży. Zapobieganie podejmowaniu palenia w wieku rozwojowym jest nieodzownym warunkiem skuteczności przeciwdziałania epidemii chorób odtytoniowych, a edukacja antytytoniowa staje się niezbędnym elementem wychowania zdrowotnego, socjalizacją od podstaw od najmłodszych lat, zważywszy na szczególnie niekorzystne zjawisko biernego palenia. Badania psychospołecznych uwarunkowań palenia tytoniu duże znaczenie przypisują środowisku, w jakim wrażliwość dzieci. Nie ulega wątpliwości, że pierwszym środowiskiem rozwojowym i wychowawczym dziecka jest rodzina, następnie instytucje wychowawcze, takie jak przedszkole, szkoła oraz grupa rówieśnicza. Rozpowszechnienie nałogu palenia tytoniu wśród dorosłych oraz coraz częstszego podejmowania palenia przez dzieci i młodzież w Polsce, wymaga ciągłych i systematycznych działań profilaktycznych.

⁶⁾ Po uchwaleniu przez Sejm RP niezbędnych zmian w przepisach prawnych ustanawiających nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad wyrobami tytoniowymi

Realizacja

1. Przygotowanie przedszkolnych koordynatorów do realizacji programu w przedszkolach, szkołach i środowisku lokalnym.
2. Prowadzenie spotkań z rodzicami i opiekunami dzieci, mających na celu zaznajomienie ich z założeniami programu i włączenie do współpracy.
3. Prowadzenie zajęć profilaktycznych z dziećmi, ukazujących źródła i istotę zagrożeń toksycznymi i rakotwórczymi składnikami dymu tytoniowego.
4. Tworzenie w środowisku domowym atmosfery wsparcia dla procesu edukacji zdrowotnej dzieci, a także warunków ochrony dzieci przed wymuszonym wdychaniem dymu tytoniowego.
5. Nadzorowanie przestrzegania przepisów dotyczących pozostawiania przedszkoli i szkół wolnych od dymu tytoniowego.
6. Promocja mody na niepalenie papierosów wśród nauczycieli i personelu przedszkoli i szkół ze szczególnym uwzględnieniem wymogów wynikających ze statusu i prestiżu zawodu nauczyciela jako wzoru osobowego.
7. Opracowanie i prowadzenie analiz oraz raportów dotyczących skuteczności działań profilaktycznych podejmowanych przez przedszkola i szkoły.

Odpowiedzialny za realizację: Główny Inspektor Sanitarny

Współdziałanie: Ministerstwo Edukacji Narodowej, Kuratoria Oświaty, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Stowarzyszenie Dzieciństwa Wolnego od Tytoniu, Instytut Matki i Dziecka, dyrekcje przedszkoli i szkół, placówki kształcące nauczycieli, jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, i inni.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba szkoleń w ramach realizacji antytytoniowego programu przedszkolnego;
- 2) liczba przeszkolonych wojewódzkich, powiatowych i przedszkolnych koordynatorów przedszkolnego programu antytytoniowego;
- 3) liczba przedszkoli i szkół realizujących antytytoniowy program przedszkolny;
- 4) liczba dzieci uczestniczących w antytytoniowym programie przedszkolnym;
- 5) liczba rodziców uczestniczących w antytytoniowym programie przedszkolnym w ramach tworzenia atmosfery wsparcia dla procesu edukacji zdrowotnej dzieci dotyczącej warunków ich ochrony przed wymuszonym wdychaniem dymu tytoniowego;
- 6) liczba zadań programowych w przedszkolach i szkołach w Polsce;

- 7) liczba przeprowadzonych badań ewaluacyjnych sprawdzających skuteczność realizowanego przedszkolnego programu antytytoniowego;
- 8) liczba pozyskanych lokalnych partnerów, sojuszników, darczyńców na rzecz realizacji działań programowych;
- 9) liczba przedszkoli i szkolnych oddziałów przedszkolnych, w których przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu (w liczbach jednostkowych i odsetek w stosunku od ogółu wszystkich placówek).

B. Edukacja zdrowotna dzieci młodzieży w placówkach szkolno-wychowawczych.

Programy edukacyjne dla dzieci i młodzieży szkolnej to dotychczas najczęściej podejmowane działania antytytoniowe, które opracowane dla poszczególnych szczebli nauczania i sprawdzone praktycznie stanowią wraz z materiałami pomocniczymi wyczerpującą propozycję programową. Upowszechnianiu tych programów sprzyja ich wysoki poziom merytoryczny, a także prowadzone szkolenie nauczycieli. Dzięki rozumieniu przez nauczycieli i innych pracowników placówek szkolno-wychowawczych istoty zagrożenia ze strony palenia tytoniu i znaczenia wszechstronnej edukacji szkolnej, elementy profilaktyki antytytoniowej powinny być włączone do programów szkolnych jako ich integralna część. Dalszy rozwój edukacji antytytoniowej dzieci i młodzieży powinien opierać się na upowszechnianiu rozwiązań modelowych i twórczej ich adaptacji do lokalnych potrzeb i możliwości. Stwarza to korzystne warunki przekształcania szkół w środowiska wychowujące w kulturze zdrowotnej zapobiegającej uzależnieniu od tytoniu, a zarazem tworzące środowisko wolne od dymu tytoniowego.

Realizacja

1. Przygotowanie nauczycieli, katechetów i wychowawców do rozpoznawania potrzeb edukacji zdrowotnej na terenie szkół, konstruowania programów interwencyjnych i edukacyjnych oraz skutecznej ich realizacji.
2. Prowadzenie programów edukacyjnych i profilaktycznych (zapobiegających inicjacji palenia tytoniu) dla dzieci i młodzieży ukazujących źródło i istotę zagrożenia toksycznymi i rakotwórczymi składnikami dymu tytoniowego.
3. Opracowanie i wdrożenie procedur postępowania wobec palących uczniów oraz promocja mody na niepalenie papierosów wśród młodzieży i nauczycieli oraz wychowawców ze szczególnym uwzględnieniem wymogów wynikających ze statusu i prestiżu zawodu nauczyciela jako wzoru

osobowego.

4. Wspieranie działań służących upowszechnianiu zdrowego stylu życia jako alternatywy dla palenia tytoniu.
5. Tworzenie w środowisku domowym atmosfery wsparcia dla procesu edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, a także warunków ochrony dzieci przed wymuszonym wdychaniem dymu tytoniowego.
6. Upowszechnianie zasady szkoły wolnej od dymu tytoniowego we współpracy z organizacjami młodzieżowymi i liderami zdrowia - popularyzacja pozytywnych zachowań.
7. Opracowanie i prowadzenie analiz i raportów dotyczących skuteczności działań profilaktycznych podejmowanych przez szkoły.

Odpowiedzialny za realizację: Minister Edukacji Narodowej

Współdziałanie: Kuratoria Oświaty, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, placówki doskonalące nauczycieli, dyrekcje szkół, placówki naukowo-badawcze, ogólnopolska sieć szkół promujących zdrowie, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, jednostki samorządu terytorialnego, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ministerstwo Sportu i Turystyki, organizacje pozarządowe, inni.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba zajęć edukacyjnych o tematyce antytytoniowej realizowanych w szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w ramach szkolnego programu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży;
- 2) liczba autorskich programów/projektów inicjowanych i realizowanych przez szkoły podstawowe, gimnazjalne i ponadgimnazjalne;
- 3) liczba uczniów uczestniczących w programach profilaktycznych o tematyce antytytoniowej realizowanych w szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych;
- 4) liczba spotkań dla rodziców i opiekunów uczniów organizowanych w placówkach szkolno-wychowawczych w ramach tworzenia atmosfery wsparcia dla procesu edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży dotyczącej warunków ich ochrony przed wymuszonym wdychaniem dymu tytoniowego;
- 5) liczba rodziców uczestniczących w tych spotkaniach;
- 6) liczba porad udzielonych przez szkolnych pedagogów i psychologów związanych z paleniem

tytoniu przez uczniów;

- 7) liczba uczniów korzystających z pomocy szkolnych pedagogów i psychologów w zakresie poradnictwa antytytoniowego;
- 8) liczba szkoleń dla kadry pedagogicznej dotycząca prowadzenia działań profilaktycznych o tematyce antytytoniowej w ramach szkolnych programów profilaktyki;
- 9) liczba przeszkolonych nauczycieli, wychowawców i katechetów przygotowanych do realizacji programów profilaktyki palenia tytoniu w szkołach;
- 10) liczba organizacji młodzieżowych i liderów zdrowia współpracujących ze szkołami podstawowymi, gimnazjalnymi i ponadgimnazjalnymi, które wspierają działania realizowane przez szkoły w ramach profilaktyki palenia tytoniu;
- 11) liczba uczestników akcji prozdrowotnych organizowanych na terenie szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych;
- 12) liczba szkół posiadających opisane i wdrożone zasady postępowania wobec palących uczniów i personelu;
- 13) liczba szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadpodstawowych, w których przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu (w liczbach jednostkowych i odsetek w stosunku od ogółu wszystkich placówek nauczania i wychowania);
- 14) liczba pozyskanych lokalnych partnerów, sojuszników, darczyńców na rzecz realizacji działań programowych.

Zadanie 4

Realizacja programu profilaktyki antytytoniowej i leczenia uzależnienia od tytoniu w zakładach opieki zdrowotnej. Działalność Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.

A. Działania realizowane przez zakłady opieki zdrowotnej.

Upowszechnienie działań medycznych adresowanych do osób uzależnionych od tytoniu realizowanych przez lekarzy rodzinnych, kardiologów, pulmonologów i innych specjalistów powinno opierać się na zasadzie, iż każdy kontakt lekarza z pacjentem, a zwłaszcza w przypadku występowania zaburzeń zdrowia, stwarza możliwość, a więc i obowiązek usunięcia przyczyny zaburzeń i podjęcia działań terapeutycznych. Ze względu na prostotę stosowanych procedur ten rodzaj interwencji nazywany przeciwytoniową poradą lekarską wdrażany jest już od kilku lat i zyskał szeroką akceptację wśród lekarzy i pielęgniarek. Rola fachowych pracowników medycznych w ograniczeniu palenia tytoniu wynika w dużej mierze z charakteru wykonywanych zawodów, jednak skuteczność tych działań wymaga właściwego przygotowania.

Realizacja

1. Prowadzenie podstawowego programu profilaktyki antytytoniowej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w formie interwencji lekarskiej i wykonania badania spirometrycznego u pacjentów po 40 r. ż.
2. Prowadzenie specjalistycznego programu antytytoniowego przez lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej zawierającego: specjalistyczną poradę lekarską, poradę wyspecjalizowanego terapeuty oraz leczenie.
3. Upowszechnianie edukacji antytytoniowej skierowanej do palących i niepalących pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej.
4. Doksztalcanie lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie interwencji antytytoniowej oraz leczenia uzależnienia od tytoniu.

Odpowiedzialny za realizację: Narodowy Fundusz Zdrowia

Odpowiedzialny za doksztalcanie lekarzy: Centrum Onkologii-Instytut, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Współdziałanie: oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, samorząd lekarski, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i inni.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba placówek opieki zdrowotnej, w których realizowane są programy profilaktyki antytytoniowej i leczenia uzależnienia od tytoniu w stosunku do wszystkich placówek;
- 2) liczba udzielonych porad lekarskich;
- 3) liczba osób uczestniczących w programach, które zaprzestały palenia;
- 4) liczba organizowanych szkoleń dla lekarzy nt. rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu;
- 5) liczba przeszkolonych lekarzy i pielęgniarek opieki podstawowej i specjalistycznej w stosunku do ogółu lekarzy;
- 6) liczba wydanych certyfikatów w stosunku do ogólnej liczby lekarzy uczestniczących w szkoleniach;
- 7) wyniki badań dotyczących zmiany postaw i zachowań palących pacjentów;
- 8) wyniki badań epidemiologicznych dotyczących chorób odtyniowych.

B. Działania prowadzone przez Telefoniczną Poradnię Pomocy Palącym.

Od 2001 roku numer telefonu Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym jest obligatoryjnie umieszczany na opakowaniach papierosów, jako jedno z ostrzeżeń zdrowotnych. Udzielanie informacji, porad na różnorodne tematy związane z paleniem tytoniu jest znaczącym wsparciem dla osób, które chcą rzucić palenie.

Realizacja

1. Udzielanie wsparcia osobom, które chcą rzucić palenie.
2. Poradnictwo dla palaczy, ich przyjaciół i krewnych.
3. Dystrybucja materiałów edukacyjnych.
4. Udzielanie informacji na temat metod rzucania palenia, szkód zdrowotnych wynikających z palenia oraz korzyści zdrowotnych wynikających z zerwaniem z nałogiem palenia tytoniu.
5. Działania edukacyjne promujące zdrowy, wolny od dymu tytoniowego styl życia.

Odpowiedzialny za realizację: Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

Współdziałanie: lekarze, psychologowie, terapeuci pracujący w Poradni, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, apteki, inni.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba dzwoniących w rozliczeniu miesięcznym;
- 2) liczba udzielonych porad;
- 3) liczba stanowisk telefonicznych w Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym;
- 4) liczba lekarzy, terapeutów, psychologów udzielających porad w Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym;
- 5) liczba osób, które rzuciły palenie tytoniu w ramach pomocy udzielonej przez Telefoniczną Poradnię Pomocy Palącym.

Zadanie 5

Ograniczanie palenia tytoniu i działania edukacyjne prowadzone w środowisku żołnierzy zawodowych, pracowników wojska i ich rodzin.

Z dostępnych informacji wynika, że zarówno żołnierzy zawodowych jak i odbywających zasadniczą służbę wojskową charakteryzuje wysoki stopień rozpowszechnienia palenia tytoniu wynikający z charakteru obowiązków i specyfiki pełnionej służby. Brak świadomości oraz lekceważenie zagrożeń zdrowotnych wynikających z palenia tytoniu najsilniej ujawnia się wśród żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową. Podstawowym czynnikiem determinującym jest poziom wykształcenia oraz zróżnicowanie regionalne. Służba wojskowa stwarza warunki do kontynuacji wychowania zdrowotnego.

Realizacja

1. Prowadzenie działań edukacyjnych i programów edukacyjnych w formie wykładów i zajęć warsztatowych dla żołnierzy zawodowych, pracowników wojska i ich rodzin.
2. Poradnictwo indywidualne i grupowe dla żołnierzy zawodowych, pracowników wojska.
3. Stworzenie warunków wolnych od dymu tytoniowego w jednostkach wojskowych, w miejscu pracy żołnierzy zawodowych i pracowników wojska.
4. Poradnictwo w zakresie pomocy żołnierzom zawodowym w wyborze zdrowego stylu życia i ukazywanie pozytywów płynących z niepalenia.
5. Motywowanie do zerwania z nałogiem osób palących w formie terapii i poradnictwa.
6. Zapewnienie dostępu żołnierzom w jednostkach do materiałów edukacyjnych.
7. Upowszechnianie prowadzenia antytytoniowej porady lekarskiej i leczenia uzależnienia od tytoniu w trakcie wizyt i badań lekarskich.

Odpowiedzialny za realizację: Minister Obrony Narodowej

Współdziałanie: Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia, szkoły wojskowe, jednostki wojskowe, Państwowa Inspekcja Sanitarna, organizacje pozarządowe, inni.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba przeprowadzonych programów edukacyjnych;

- 2) liczba żołnierzy zawodowych, pracowników wojska i ich rodzin uczestniczących w programach edukacyjnych;
- 3) liczba udzielonych porad dotyczących problemów uzależnienia od tytoniu wśród żołnierzy zawodowych, pracowników wojska i ich rodzin;
- 4) liczba szkół wojskowych, jednostek wojskowych i innych instytucji wojskowych, w których przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu (w liczbach jednostkowych i odsetek w stosunku do ogółu wszystkich placówek wojskowych).

Zadanie 6

Zmiana klimatu społecznego i zachowań w stosunku do palenia tytoniu wśród funkcjonariuszy i pracowników służby więziennej oraz osób osadzonych w zakładach penitencjarnych.

W zakładach penitencjarnych oddziaływania w zakresie ograniczania palenia tytoniu skierowane do funkcjonariuszy i pracowników służby więziennej, a także do osób osadzonych, wśród których obserwowany jest znaczny problem palenia tytoniu. Wynikają one z możliwości prowadzenia alternatywnych sposobów spędzania czasu w trakcie odbywania kary i ograniczenia wolności. Pobyt w zakładzie penitencjarnym stwarza możliwości do prowadzenia działalności edukacyjnej i działań terapeutycznych prowadzących do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. Interdyscyplinarne zespoły pracowników (personel wychowawczy, więzienna służba zdrowia, psychologów) gwarantują przygotowanie zawodowe i fachowe podejście do rozwiązywania problemu związanego z uzależnieniem od palenia tytoniu.

Realizacja

1. Prowadzenie działań edukacyjnych dla kadry służby więziennej oraz osadzonych w zakładach penitencjarnych.
2. Stworzenie warunków wolnych od dymu tytoniowego w miejscu pracy funkcjonariuszy i pracowników oraz więźniów niepalących.
3. Prowadzenie działań interwencyjnych służących ograniczeniu palenia tytoniu w środowisku pracowników i więźniów.
4. Poradnictwo w zakresie pomocy więźniom w wyborze zdrowego stylu życia i ukazywanie pozytywów płynących z niepalenia.
5. Motywowanie do zerwania z nałogiem osób palących w formie terapii i poradnictwa;
6. Zapewnienie dostępu osadzonym do materiałów edukacyjnych.

7. Wprowadzenie programu profilaktyki antytytoniowej w formie porady lekarskiej w trakcie badań wstępnych i okresowych oraz poradnictwa o możliwościach i metodach rzucenia palenia.
8. Prowadzenie szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników poświęconych problemom uzależnień.
9. Udzielanie wsparcia więźniom w wyborze zasad związanych ze zdrowym stylem życia, który może być kontynuowany po wyjściu na wolność.
10. Stworzenie programów penitencjarno-zdrowotnych, których istotą jest promowanie prozdrowotnych zachowań w sferze życia bez papierosa.

Odpowiedzialny za realizację: Centralny Zarząd Służby Więziennej

Współdziałanie: Państwowa Inspekcja Sanitarna, Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, organizacje pozarządowe, autorytety ze świata kultury i sportu, ośrodki religijne, inni.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba przeprowadzonych programów edukacyjnych;
- 2) liczba osób przebywających w zakładach karnych objętych działaniami edukacyjnymi;
- 3) liczba szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników poświęconych problemom uzależnień;
- 4) liczba przeszkolonych funkcjonariuszy i pracowników służby więziennej;
- 5) liczba udzielonych porad dotyczących problemów uzależnienia od tytoniu wśród więźniów i funkcjonariuszy;
- 6) liczba zajęć podejmowanych wśród więźniów służących upowszechnianiu zdrowego stylu życia jako alternatywy dla palenia tytoniu;
- 7) liczba więźniów i funkcjonariuszy korzystających z poradnictwa i leczenia uzależnienia od tytoniu;
- 8) liczba stworzonych palarni dla kadry oraz cel dla osadzonych niepalących;
- 9) liczba zakładów penitencjarnych i innych instytucji służby więziennej, w których przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu (w liczbach jednostkowych i odsetek w stosunku do ogółu wszystkich placówek służby więziennej);
- 10) liczba skarg składanych na nieprzestrzeganie przepisów o zakazie palenia, które zostały uznane za zasadne;
- 11) liczba wszczętych postępowań odnośnie nieprzestrzegania przepisów dotyczących zakazu palenia w zakładach penitencjarnych.

Zadanie 7

Ograniczenie palenia tytoniu w środowisku zawodowym i rodzinnym funkcjonariuszy służb resortu spraw wewnętrznych i administracji.

Ograniczenie palenia tytoniu w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji lub przez niego nadzorowanych (zakładach pracy, placówkach służby zdrowia, szkołach wyższych) ma znaczenie dla zdrowia pracowników, studentów, pacjentów oraz petentów korzystających z usług w/w placówkach. Ponadto przedstawiciele Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Straży Granicznej, stanowią przykład wychowawczy dla ogółu społeczeństwa. Ze względu na charakter pracy funkcjonariuszy różnych służb w resorcie spraw wewnętrznych i administracji szczególne znaczenie mają działania prewencyjne oraz terapeutyczne prowadzące do zerwania z nałogiem palenia tytoniu.

Realizacja

1. Wprowadzenie do programów szkół kształcących funkcjonariuszy problematyki zagrożeń zdrowia związanych z paleniem tytoniu.
2. Prowadzenie szkoleń i spotkań z ekspertami dla funkcjonariuszy w zakresie poradnictwa jak zerwać z nałogiem palenia tytoniu.
3. Wdrożenie poradnictwa antytytoniowego podczas badań profilaktycznych funkcjonariuszy.
4. Prowadzenie działań interwencyjnych wobec osób palących poprzez indywidualną i grupową terapię wspierającą oraz poradnictwo.
5. Dystrybucja materiałów edukacyjnych i narzędzi do wspierania działań zmierzających do ograniczenia palenia tytoniu wśród funkcjonariuszy i pracowników resortu.
6. Propagowanie idei ograniczania palenia tytoniu podczas imprez sportowych organizowanych i współorganizowanych przez Państwową Straż Pożarną, Policję, Straż Graniczną.
7. Prowadzenie cyklicznych szkoleń dla funkcjonariuszek Państwowej Straży Pożarnej, Policji, Straży Granicznej w zakresie nadużywania substancji psychoaktywnych i ich wpływu na zdrowie kobiet.
8. Prowadzenie zajęć fakultatywnych, w tym konkursów wśród słuchaczy, pracowników i funkcjonariuszy Straży Granicznej, Policji, Straży Pożarnej.
9. Prowadzenie szkoleń dla pracowników Biura Ochrony Rządu, Policji, Państwowej Straży Pożarnej i Straży Granicznej.

Odpowiedzialny za realizację: Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji

Współdziałanie: Państwowa Inspekcja Sanitarna MSWiA, Straż Graniczna, Biuro Ochrony Rządu, szkoły Policji i Państwowej Straży Pożarnej, zakłady opieki zdrowotnej MSWiA.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba programów edukacyjnych w szkołach kształcących funkcjonariuszy z zakresu problematyki zagrożeń zdrowia związanych z paleniem tytoniu;
- 2) liczba osób uczestniczących w programach edukacyjnych z zakresu problemu uzależnienia od tytoniu realizowanych w jednostkach resortowych oraz w zakładach opieki zdrowotnej MSWiA;
- 3) liczba szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników poświęconych problemom uzależnień;
- 4) liczba przeszkolonych funkcjonariuszy i pracowników Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Policji w zakresie poradnictwa jak zerwać z nałogiem palenia tytoniu;
- 5) liczba udzielonych porad dotyczących problemów uzależnienia od tytoniu wśród funkcjonariuszy i pracowników Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Policji;
- 6) liczba osób korzystających z poradnictwa, leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego w zakresie uzależnienia od tytoniu w zakładach opieki zdrowotnej MSWiA;
- 7) liczba personelu zakładów opieki zdrowotnej MSWiA posiadającego specjalistyczne przygotowanie do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu.

Zadanie 8

Wyeliminowanie ekspozycji na dym tytoniowy w miejscach pracy.

Dym tytoniowy i zaburzenia zdrowia związane z jego wdychaniem należą do najpoważniejszych zagrożeń zdrowotnych. Badania epidemiologiczne wskazują, że wdychanie dymu tytoniowego przez osoby niepalące (tzw. bierne palenie) stanowi w Polsce jedną z głównych przyczyn przedwczesnej umieralności dorosłych. Ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy w środowisku pracy ma szczególne znaczenie. Do najważniejszych powodów można zaliczyć fakt, iż pracujący stanowią liczną populację osób w średnim wieku, dla których zaprzestanie palenia może oznaczać ochronę przed chorobami odtytoniowymi. Nieprzestrzeżenie ustawowych ograniczeń dotyczących

palenia tytoniu powoduje zagrożenie dla osób niepalących i naraża je na wymuszoną inhalację dymu tytoniowego. W niektórych dziedzinach produkcji wpływ dymu tytoniowego potęguje działanie kancerogenów pochodzących z procesów technologicznych. Programy interwencyjne w zakładach pracy należą więc do priorytetowych kierunków działań mających na celu poprawę zdrowia pracowników.

Realizacja

1. Upowszechnienie programów edukacyjnych i interwencyjnych w zakładach pracy i placówkach użyteczności publicznej.
2. Organizowanie kampanii edukacyjnych o tematyce antytytoniowej w zakładach pracy i placówkach użyteczności publicznej.
3. Tworzenie miejsc pracy wolnych od dymu tytoniowego.

Odpowiedzialny za realizację: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

Współdziałanie: Państwowa Inspekcja Pracy, Państwowa Inspekcja Sanitarna, służba medycyny pracy, urzędy wojewódzkie, jednostki samorządu terytorialnego, związki zawodowe, zakłady opieki zdrowotnej, organizacje pozarządowe, inni.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba przeprowadzonych kontroli przestrzegania zakazu palenia tytoniu w zakładach pracy i miejscach objętych przepisami prawa dotyczącymi zakazu palenia tytoniu (placówki wychowawczo-oświatowe, zakłady opieki zdrowotnej, zakłady gastronomiczne, przystanki itd.); liczba podjętych interwencji w przypadku nieprzestrzegania zakazu palenia tytoniu;
- 2) liczba zakładów pracy wprowadzających programy profilaktyczne dla pracowników;
- 3) liczba pracowników biorących udział w programach profilaktycznych;
- 4) liczba zakładów pracy wolnych od dymu tytoniowego (odsetek do ogółu zakładów pracy z podziałem na rodzaj ich działalności).

Zadanie 9

Wdrażanie ekonomicznych i administracyjnych stymulatorów ograniczania konsumpcji wyrobów tytoniowych.

Polityka podatkowa w Polsce jest zgodna ze wskazaniami zawartymi w art. 6 ust. 2(a) Ramowej Konwencji WHO o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, dotyczącymi m.in. wdrażania odpowiedniej polityki podatkowej, ukierunkowanej na ograniczenie konsumpcji tytoniu. Na jej podstawie co roku dokonywana jest podwyżka akcyzy na wyroby tytoniowe. Wymiernym efektem stosowanej przez resort finansów polityki akcyzowej w zakresie wyrobów tytoniowych (ze szczególnym uwzględnieniem papierosów) jest wzrost cen detalicznych tych wyrobów. Polityka podatkowo-cenowa na wyroby tytoniowe powinna, według założeń w widoczny sposób przyczynić się do spadku konsumpcji tytoniu, w szczególności w odniesieniu do najbardziej chronionych warstw społeczeństwa: osób najuboższych, dzieci i młodzieży. Ceny wyrobów tytoniowych w Polsce nie są ustalane administracyjnie, zatem podatki są jedynym instrumentem w gestii organów państwa mającym istotny wpływ na popyt rynkowy i konsumpcję wyrobów tytoniowych.

Realizacja

1. Prowadzenie polityki podatkowej, mającej istotny wpływ na popyt rynkowy i konsumpcję wyrobów tytoniowych, sprzyjającej ograniczaniu palenia tytoniu.
2. Ograniczenie dostępności na krajowym rynku tytoniowym tanich papierosów pochodzących z nielegalnych źródeł.
3. Wdrażanie nowoczesnych i skutecznych metod oraz technik eliminowania nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi.

Odpowiedzialny za realizację: Minister Finansów

Współdziałanie: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, jednostki samorządu terytorialnego (służby odpowiedzialne za ochronę porządku prawnego w gminach, powiatach, województwach).

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) liczba szkoleń dla funkcjonariuszy służby celnej związanych z wykrywaniem nielegalnego

- handlu wyrobami tytoniowymi;
- 2) liczba przeszkolonych funkcjonariuszy;
 - 3) liczba przeszkolonych psów służbowych i ich przewodników, którzy biorą udział w wykrywaniu nielegalnych wyrobów tytoniowych;
 - 4) liczba zakupionych urządzeń do prześwietlania towarów;
 - 5) liczba sprzedawanych wyrobów tytoniowych produkcji krajowej;
 - 6) dane dotyczące wysokości dochodów z podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych;
 - 7) liczba i wartość wyrobów tytoniowych zatrzymanych przez służby celne;
 - 8) liczba zabezpieczonych nielegalnie wyprodukowanych paczek papierosów w sztukach;
 - 9) liczba wszczętych i prowadzonych postępowań w związku z nielegalną produkcją i obrotem wyrobami tytoniowymi;
 - 10) wysokość stawek podatku akcyzowego i wysokość cen detalicznych papierosów w zł/szt.

Zadanie 10

Doskonalenie systemu prawnego regulującego zachowania konsumentów i działania przedsiębiorców obecnych na rynku wyrobów tytoniowych. Kontrolowanie przestrzegania zakazu reklamy i promocji wyrobów tytoniowych.

Polskie prawo reguluje większość warunków produkcji, rynku i konsumpcji wyrobów tytoniowych zgodnie z potrzebami ochrony zdrowia. Obserwacje rynku i zachowań konsumentów ujawniają zarówno trafne i skuteczne rozwiązania, jak i dziedziny wymagające wnikliwych analiz i korekt legislacyjnych. W kształtowaniu rynku wyrobów tytoniowych producenci na ogół przestrzegają obowiązujących norm prawnych. Stosują natomiast różne strategie marketingowe, służące obchodzeniu zakazów reklamy i promocji. Wyeliminowanie reklamy i promocji wyrobów tytoniowych jest jednym z kluczowych elementów polityki antytytoniowej. Zgodnie z kierunkiem polityki antytytoniowej przyjętej w Unii Europejskiej oraz z postanowieniami Ramowej Konwencji WHO o Ograniczeniu Użycia Tytoniu przygotowywane jest zastąpienie obecnej formy ostrzeżeń ostrzeżeniami mieszanymi, łączącymi dotychczasowy komunikat werbalny z ilustracją graficzną.

Realizacja

1. Poszerzenie zakresu prawnej ochrony niepalących przed narażeniem na dym tytoniowy.
2. Zwiększenie skuteczności regulacji zasad oferowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych.
3. Eliminowanie działań marketingowych niezgodnych z prawem i polityką zdrowotną państwa.

4. Współpraca z organami samorządu terytorialnego i organizacjami pozarządowymi umożliwiającą lokalne reagowanie na zjawiska nielegalnej reklamy lub promocji wyrobów tytoniowych.
5. Wprowadzenie obrazkowych ostrzeżeń zdrowotnych na paczkach papierosów.

Odpowiedzialny za realizację: Minister Zdrowia

Współdziałanie: Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, jednostki samorządu terytorialnego, Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Monitorowanie i ewaluacja

Wskaźniki:

- 1) odsetek palenia tytoniu w różnych grupach społecznych;
- 2) liczba przeprowadzonych kontroli przestrzegania zakazu reklamy i promocji wyrobów tytoniowych;
- 3) liczba podjętych interwencji w przypadku niezgodności reklam wyrobów tytoniowych z obowiązującymi przepisami prawnymi;
- 4) liczba placówek, w których była prowadzona niedozwolona reklama i promocja wyrobów tytoniowych;
- 5) liczba wydanych decyzji;
- 6) liczba zawiadomień o popełnionym przestępstwie oraz liczba wniosków o ukaranie.

6. WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU

6.1. Zarządzanie programem

Z upoważnienia ministra właściwego do spraw zdrowia za realizację i koordynację programu odpowiada Główny Inspektor Sanitarny, który dysponuje środkami budżetowymi przeznaczonymi na realizację programu, w części 46 - Zdrowie oraz przedstawia Ministrowi Zdrowia projekt sprawozdania dla Sejmu, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Do zadań Głównego Inspektoratu Sanitarnego należy:

- 1) opracowywanie projektów dokumentów programu, w tym corocznego sprawozdania z realizacji

programu przedkładanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia Radzie Ministrów, a następnie Sejmowi;

- 2) organizowanie współdziałania z poszczególnymi resortami;
- 3) inicjowanie działań w środowiskach lokalnych we współpracy z wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi w Polsce;
- 4) planowanie i organizowanie szkoleń dla liderów i wykonawców przedsięwzięć programowych w Polsce;
- 5) prowadzenie monitoringu realizacji zadań programowych i uzyskiwanych efektów;
- 6) opracowywanie i wydawanie materiałów edukacyjnych i informacyjnych niezbędnych dla realizacji programu.

Na poziomie wojewódzkim i powiatowym rolę inicjatorów i organizatorów współdziałania spełniają odpowiednio Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni i Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni.

6.2. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny

Prezes Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia powołał Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny w celu zapewnienia warunków optymalnej współpracy między resortami i instytucjami centralnymi uczestniczącymi w realizacji programu.

Główne zadania Zespołu Koordynacyjnego obejmują:

- 1) uzgadnianie zakresu realizowanych zadań i kosztów ich realizacji;
- 2) uzgadnianie zmian w projekcie Programu i planach realizacyjnych;
- 3) uzgadnianie projektu raportu dla Sejmu RP.

W skład Zespołu Koordynacyjnego wchodzi przedstawiciele:

- 1) Ministra Zdrowia;
- 2) Ministra Edukacji Narodowej;
- 3) Ministra Sportu i Turystyki;
- 4) Ministra Finansów;
- 5) Ministra Obrony Narodowej;
- 6) Ministra Pracy i Polityki Społecznej;

- 7) Ministra Sprawiedliwości;
- 8) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 9) Ministra Środowiska;
- 10) Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi;
- 11) Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 12) Centrum Onkologii.

Skład Zespołu Koordynacyjnego może być zmieniony stosownie do potrzeb wynikających z rozwoju i stanu realizacji programu.

Obrady Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego odbywają się cyklicznie. Obsługę administracyjno-biurową Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego zapewnia Główny Inspektorat Sanitarny. Członkowie Zespołu wykonują swoje zadania w ramach obowiązków służbowych określonych przez kierującego jednostką, którą reprezentują.

6.3. Główni wykonawcy programu

A. Ministerstwo Zdrowia:

- 1) jednostki badawczo rozwojowe podległe lub nadzorowane przez Ministerstwo Zdrowia,
- 2) jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- 3) Zakłady opieki zdrowotnej.

B. Pozostałe podmioty:

- 1) Ministerstwo Edukacji Narodowej,
- 2) Ministerstwo Sportu i Turystyki,
- 3) Ministerstwo Finansów,
- 4) Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego,
- 5) Ministerstwo Obrony Narodowej,
- 6) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej,
- 7) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- 8) Ministerstwo Sprawiedliwości,
- 9) Ministerstwo Środowiska,
- 10) Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi,

C. Jednostki samorządu terytorialnego.

D. Organizacje pozarządowe.

E. Media.

F. Narodowy Fundusz Zdrowia.

G. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

6.4. Monitorowanie i ewaluacja programu

Podstawą ewaluacji programu są zobiektywizowane kryteria uwzględniające:

- 1) stopień osiągnięcia celów,
- 2) dobór metod i form oddziaływań,
- 3) rachunek kosztów i rezultatów,
- 4) zgodność celów i rezultatów z potrzebami społecznymi i zdrowotnymi,
- 5) trwałość osiągniętych efektów,
- 6) postęp w rozwoju wiedzy i umiejętności uczestników programu.

Podczas trwania programu będzie prowadzone monitorowanie jego przebiegu przez zbieranie danych dostarczanych w drodze corocznych sprawozdań składanych przez poszczególnych realizatorów zadań. Monitoring posłuży do wykrycia potencjalnych zagrożeń i trudności w realizacji programu w celu ich wyeliminowania i korygowania. Ustalony zestaw wskaźników do realizacji poszczególnych zadań umożliwi mierzenie skuteczności i efektywności realizacji programu. Wskaźniki stanowią więc główne źródło informacji, na których opierać się będzie ewaluacja, ale jednocześnie same będą przedmiotem oceny na poszczególnych etapach realizacji programu. Analiza ilościowa i jakościowa zebranych danych posłuży ocenie, czy realizacja zadań przebiega zgodnie z założeniami oraz celami programu.

Poprzez powszechny dostęp do rocznych sprawozdań, które po przyjęciu ich przez Sejm będą zamieszczone na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, opinia publiczna będzie miała możliwość zapoznania się z efektami programu w kolejnych okresach sprawozdawczych i w ten sposób będzie mogła ocenić jego realizację, co może skutkować w kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych odbiorców programu.

6.5. Kryteria oceny efektywności działań prowadzonych w latach 2009-2013

- 1) zmiana postaw i zachowań Polaków, w wyniku prowadzonych działań informacyjno-
edukacyjnych w Polsce;
- 2) efekty prowadzonych działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących ograniczenia palenia

- tytoniu oraz wyników leczenia uzależnienia od tytoniu;
- 3) ocena sytuacji epidemiologicznej występowania chorób odtytoniowych;
 - 4) skuteczność przestrzegania aktualnych przepisów prawnych obowiązujących w Polsce w w/w zakresie;
 - 5) dostosowanie polityki cenowo-akcyzowej wyrobów tytoniowych do aktualnie obowiązujących przepisów w Unii Europejskiej.

6.6. Finansowanie programu

Koszty koordynacji, zarządzania i realizacji programu pokrywane są ze środków budżetu państwa, określonych w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Większość podejmowanych inicjatyw lokalnych na poziomie województw, powiatów, gmin ma charakter przedsięwzięć wieloletnich, realizowanych etapami. Dlatego warunkiem skutecznego wdrażania i upowszechniania programu, przy najbardziej efektywnym wykorzystaniu środków finansowych jest zapewnienie stabilnych źródeł i systemu finansowania, który umożliwia racjonalne planowanie zadań. Warunki takie stwarzają przepisy ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, która w art. 4 ust. 3 tej ustawy stanowi, iż program finansowany jest z budżetu państwa, a kwota jego finansowania winna wynosić równowartość kwoty 0,5% wpływu z podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych.

Kwoty na finansowanie poszczególnych zadań będzie określał Główny Inspektor Sanitarny - koordynator programu na podstawie uzgodnionych z Międzyresortowym Zespołem Koordynującym planów i kosztorysów. Projekty planów uwzględniające kwoty ich realizacji będą podlegać opiniowaniu przez recenzentów w zakresie zgodności z założeniami programu, efektywności i zasadności kosztów. Z drugiej strony Główny Inspektor Sanitarny będzie wykorzystywał przy rozdziale środków dla realizatorów informacje planistyczne Ministra Finansów dotyczące prognozowanych wpływów z podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych. Zgodnie z decyzjami Ministra Zdrowia środki będą ujmowane w części 46 budżetu w dziale 851 - ochrona zdrowia oraz w odpowiednich działach i częściach budżetu resortów współdziałających w realizacji programu. Dla sprawnego realizowania zadań i zarządzania programem, w tym również dysponowania środkami finansowymi w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia, minister ten przekazuje środki budżetowe na ten cel Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu z upoważnieniem do powierzania określonych zadań jednostkom współdziałającym.

Podstawową zasadą wykorzystania środków budżetowych przeznaczanych na realizację programu jest finansowanie przedmiotowe, tj. finansowanie określonych przedsięwzięć programowych. Inicjatywy mające zasięg krajowy będą realizowane we współdziałaniu z Głównym Inspektorem Sanitarnym. Przedsięwzięciami tymi na poziomie wojewódzkim zarządzać będą Państwo Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni, a na poziomie powiatowym Państwo Powiatowi Inspektorzy Sanitarni odpowiedzialni za zdrowie publiczne na obszarze swego działania. Corocznie Państwo Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni we współdziałaniu z Państwowymi Powiatowymi Inspektorami Sanitarnymi opracowują wojewódzkie Programy Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu. Resorты uczestniczące w programie również opracowują własne roczne programy .

Rozliczanie wykonania dofinansowywanych programów obejmuje dwa aspekty tego zagadnienia: ocenę wykonania zadań przyjętych do realizacji (uzyskanie zakładanych rezultatów) oraz zgodność wydatkowania środków finansowych z ich przeznaczeniem.

