



Projekt **Gdańsk Wybiera Zdrowie**

**Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska
na lata 2027-2030**

Spis treści

I. CZYM JEST POLITYKA ZDROWOTNA GDAŃSKA	4
1. Geneza i charakter dokumentu	4
2. Definicja zdrowia.....	5
3. Zakres polityki zdrowotnej.....	6
4. Rola miasta	7
II. JAKI JEST GDAŃSK.....	9
5. Mieszkańcy i zmiany demograficzne	9
6. Zróżnicowanie społeczne i terytorialne	10
7. Zdrowie i dobrostan	11
8. Środowisko życia.....	11
III. JAKI KIERUNEK PRZYJMUJEMY DLA ZDROWIA	13
9. Jak patrzymy na zdrowie w długiej perspektywie? Perspektywa healthspan.	13
10. Jakie najważniejsze zmiany chcemy osiągać? Cele strategiczne.....	13
11. Na czym koncentrujemy uwagę teraz? Priorytety 2027–2030.....	14
12. Za pomocą jakich instrumentów działamy? Programy i Polityki Miejskie.....	15
IV. NA CO I DLA KOGO UKIERONKOWUJEMY DZIAŁANIA	19
13. Determinanty zdrowia	19
14. Grupy i sytuacje wymagające większej uwagi	19
V. JAK DZIAŁAMY	20
15. Zasady działania.....	20
16. Współpraca międzysektorowa	20
17. Działania lokalne i dzielnicowe	20
18. Partycypacja mieszkank i mieszkańców	21
VI. JAK ZARZĄDZAMY.....	22
19. System zarządzania	22
20. Kluczowe jednostki zaangażowane w realizację Polityki	22
21. Odpowiedzialność	23
22. Koordynacja	23
23. Finansowanie.....	23
24. Kompetencje i zdolność do realizacji	24
25. Dane i system informacji zdrowotnej	24

VII. JAK BĘDZIEMY WDRAŻAĆ I SPRAWDZAĆ SKUTECZNOŚĆ	26
26. Model realizacji i logika działań	26
27. Monitoring, wskaźniki i dane.....	26
28. Ewaluacja i doskonalenie działań	27
29. Raportowanie i komunikacja wyników	28
30. Co wnosi Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska?	28

I. CZYM JEST POLITYKA ZDROWOTNA GDAŃSKA

1. Geneza i charakter dokumentu

Niniejszy dokument powstał z potrzeby uporządkowania i połączenia działań Miasta Gdańska na rzecz zdrowia mieszkanek i mieszkańców, prowadzonych w ramach programów branżowych oraz innych inicjatyw w obszarze zdrowia publicznego.

Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska nie tworzy nowego systemu. Wyznacza wspólny kierunek dla tego, co już jest realizowane, porządkuje wzajemne powiązania oraz określa zasady współpracy, monitorowania i oceny. Ma stanowić punkt odniesienia dla planowania i realizacji działań Miasta w obszarze zdrowia.

Kluczową rolę w realizacji Polityki Zdrowotnej pełnią trzy programy branżowe:

- Gdański Program Promocji Zdrowia,
- Gdański Program Zdrowia Psychicznego,
- Gdański Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom.

W ramach tych programów prowadzone są działania profilaktyczne, edukacyjne, wspierające, środowiskowe i interwencyjne.

Przyjęcie wspólnego kierunku strategicznego wymagało najpierw rozpoznania tego, jak wygląda obecny system działań na rzecz zdrowia oraz jakie wyzwania będą miały znaczenie dla Gdańska w kolejnych latach. Dlatego prace nad dokumentem prowadzono etapowo w latach 2025–2026, łącząc analizę danych i dokumentów z wiedzą osób bezpośrednio zaangażowanych w działania na rzecz mieszkanek i mieszkańców.

Pierwszym etapem była diagnoza przeprowadzona w 2025 roku. Jej celem było rozpoznanie istniejącego układu usług i działań, najważniejszych wyzwań zdrowotnych oraz uwarunkowań społecznych, demograficznych, technologicznych i środowiskowych, które mogą wpływać na zdrowie populacji.

Diagnoza nie ograniczała się więc do opisu aktualnego stanu zdrowia. Uwzględniała również procesy, które będą kształtowały przyszłe potrzeby miasta – między innymi starzenie się populacji, zmiany demograficzne, kryzys zdrowia psychicznego, rozwój technologii, zmiany środowiskowe oraz rozwijające się podejścia do projektowania miast w sposób wspierający zdrowie i regenerację.

Sama analiza danych nie pozwala jednak w pełni zrozumieć funkcjonowania lokalnego systemu. Dlatego w 2026 roku diagnozę uzupełniono o sześć warsztatów partycypacyjno-eksperymentalnych z osobami zaangażowanymi w działania na rzecz zdrowia w Gdańsku. Uczestniczki i uczestnicy reprezentowali sześć perspektyw: koordynację polityki zdrowotnej, zdrowie psychiczne i uzależnienia, profilaktykę i promocję zdrowia, zdrowie dzieci, młodzieży i rodzin, środowisko życia i zdrowe starzenie się oraz równość w zdrowiu i grupy wrażliwe.

Zestawienie tych perspektyw pozwoliło połączyć wiedzę strategiczną z doświadczeniem osób, które na co dzień pracują z mieszkankami i mieszkańcami. Warsztaty służyły pogłębieniu diagnozy, identyfikacji barier w funkcjonowaniu obecnego systemu oraz określeniu potrzeb związanych z jego dalszym rozwojem.

Równolegle przeprowadzono analizę istniejących miejskich programów branżowych oraz rozwiązań stosowanych w wybranych miastach europejskich – Tallinie, Göteborgu, Porto, Oslo i Helsinkach. Analiza ta nie miała na celu przenoszenia gotowych rozwiązań do Gdańska. Jej zadaniem było rozpoznanie różnych sposobów definiowania zdrowia, formułowania kierunków strategicznych, określania zasad działania oraz porządkowania obszarów polityki zdrowotnej.

Wyniki diagnozy, warsztatów i analiz zostały następnie zestawione w kompleksowej bazie obszarów tematycznych. Pozwoliło to zobaczyć, które zagadnienia są już obecne w miejskich programach, które wymagają wzmocnienia, a które powinny zostać lepiej połączone z działaniami prowadzonymi w innych obszarach polityki miejskiej.

Kolejnym etapem były warsztaty partycypacyjne. Ich celem było sprawdzenie, czy wypracowane wcześniej założenia odpowiadają na rzeczywiste warunki życia w mieście. W procesie uczestniczyły osoby reprezentujące instytucje publiczne, organizacje pozarządowe oraz środowiska mieszkanki i mieszkańców. Szczególną uwagę poświęcono tym czynnikom, na które miasto może bezpośrednio lub pośrednio oddziaływać: organizacji usług, dostępności informacji, współpracy pomiędzy podmiotami, profilaktyce, warunkom środowiskowym oraz lokalnym warunkom życia.

Tak zebrany materiał został porównany. Zestawienie wniosków z różnych źródeł pozwoliło sprawdzić, które potrzeby i bariery powtarzają się niezależnie od sposobu ich rozpoznania. Dzięki temu można było odróżnić problemy wymagające działań w konkretnych obszarach od tych, które powinny być uwzględniane w całej Polityce Zdrowotnej.

Proces zakończyło sformułowanie kierunku strategicznego oraz modelu jego realizacji. W dokumencie określono zatem nie tylko do czego Gdańsk dąży, ale również jak powinien działać, aby ten kierunek osiągać, jak poszczególne programy branżowe mają się ze sobą łączyć oraz w jaki sposób miasto będzie sprawdzać, czy podejmowane działania rzeczywiście przynoszą oczekiwane rezultaty.

2. Definicja zdrowia

Punktem wyjścia dla określenia kierunku strategicznego jest sposób, w jaki rozumiane jest zdrowie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w swojej konstytucji definiuje zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby”¹. Takie

¹ <https://www.who.int/about/governance/constitution>

ujęcie oznacza, że zdrowie nie może być rozpatrywane wyłącznie przez pryzmat chorób, leczenia i świadczeń medycznych.

Jeżeli zdrowie jest częścią ogólnego dobrostanu człowieka, to wpływają na nie również warunki jego codziennego życia. W mieście znaczenie mają między innymi miejsce zamieszkania, możliwość bezpiecznego przemieszczania się, jakość powietrza i wody, dostęp do zieleni, możliwość codziennego ruchu, warunki mieszkaniowe, relacje społeczne, dostęp do informacji i edukacji, możliwość pracy i uczestniczenia w życiu społecznym, a także dostęp do wsparcia w sytuacji kryzysu lub zwiększonych potrzeb.

WHO określa takie czynniki mianem determinant zdrowia². Obejmują one między innymi środowisko społeczne, ekonomiczne i fizyczne oraz indywidualne cechy i zachowania. Ich wzajemne oddziaływanie wpływa na zdrowie zarówno pojedynczych osób, jak i całych społeczności.

Z tej perspektywy zdrowie mieszkank i mieszkańców Gdańska jest efektem współdziałania wielu czynników. Nie jest wyłącznie stanem biologicznym ani prostym rezultatem indywidualnych wyborów. Zależy również od tego, czy miasto tworzy warunki pozwalające ludziom funkcjonować dobrze na różnych etapach życia – w dzieciństwie, okresie dorastania, dorosłości i starości, ale także w chorobie, kryzysie, niepełnosprawności czy w sytuacji zależności od wsparcia innych osób³.

Takie rozumienie zdrowia określa również rolę miasta. Gdańsk nie może bezpośrednio decydować o wszystkich czynnikach wpływających na zdrowie, ale może kształtować lokalne środowisko życia. Może tworzyć warunki, które ułatwiają podejmowanie zachowań sprzyjających zdrowiu, ograniczają bariery i wzmacniają sprawczość mieszkank i mieszkańców.

Dotyczy to między innymi dostępnej przestrzeni publicznej, bezpiecznej mobilności, jakości środowiska, możliwości codziennego ruchu, dostępu do informacji i wsparcia, relacji sąsiedzkich oraz dostępności usług blisko miejsca zamieszkania. W takim ujęciu zmienia się również rozumienie profilaktyki. Nie jest ona wyłącznie przekazywaniem wiedzy o zagrożeniach zdrowotnych. Obejmuje także tworzenie takich warunków życia, w których wybór korzystny dla zdrowia staje się łatwiejszy i bardziej dostępny.

3. Zakres polityki zdrowotnej

Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska obejmuje działania podejmowane przez Miasto na rzecz ochrony i wzmacniania zdrowia mieszkank i mieszkańców oraz ograniczania czynników zwiększających ryzyko pogorszenia zdrowia. Jej realizacja opiera się przede wszystkim na

² <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>

³ Wniosek z procesu partycypacyjno-eksperckiego prowadzonego na potrzeby procesu opracowania polityki zdrowotnej Miasta Gdańska, 2026

programach branżowych oraz innych działaniach Miasta i jego partnerów, odpowiadających na rozpoznane potrzeby zdrowotne i społeczne.

Zakres Polityki Zdrowotnej obejmuje również działania podejmowane przez miejskie jednostki oraz we współpracy z innymi podmiotami, jeżeli służą realizacji jej celów i priorytetów. W uzasadnionych przypadkach uwzględnia także działania prowadzone w innych obszarach polityki miejskiej, jeżeli mają istotne znaczenie dla zdrowia lub nierówności zdrowotnych.

Polityka Zdrowotna nie zastępuje programów branżowych ani innych polityk miejskich oraz zadań należących do krajowego systemu ochrony zdrowia, w szczególności organizacji i finansowania świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Jej rolą jest wyznaczenie wspólnego kierunku dla działań pozostających w zakresie oddziaływania Miasta, określenie zasad ich współpracy oraz sposobu monitorowania i oceny ich realizacji.

4. Rola miasta

Określenie kierunku strategicznego nie oznacza rozszerzenia kompetencji miasta na wszystkie obszary ochrony zdrowia. Gdańsk działa w ramach krajowego systemu ochrony zdrowia, a jego możliwości oddziaływania wynikają z kompetencji samorządu oraz z lokalnych zasobów i instrumentów.

Miasto nie zastępuje instytucji odpowiedzialnych za organizację i finansowanie świadczeń medycznych. Poza jego bezpośrednim wpływem pozostają między innymi zasady kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, refundacja leków, dostępność specjalistów oraz długość kolejek do świadczeń gwarantowanych. Miasto nie odpowiada również za tworzenie ogólnokrajowej polityki zdrowotnej, stanowienie prawa w zakresie ochrony zdrowia ani określanie zasad funkcjonowania krajowego systemu.

Granice kompetencji nie oznaczają jednak braku wpływu. Przeciwnie – na poziomie lokalnym istnieje wiele obszarów, w których samorządy mogą skutecznie kształtować warunki zdrowia. Należą do nich przede wszystkim profilaktyka, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, reagowanie na lokalne potrzeby oraz tworzenie warunków do współpracy pomiędzy podmiotami.

W praktyce oznacza to, że rola Gdańska polega nie tylko na realizowaniu wybranych usług, lecz również na uruchamianiu i łączeniu zasobów, które mogą wspólnie wpływać na zdrowie mieszkanki i mieszkańców. Miasto może inicjować działania, finansować je lub zlecać ich realizację, koordynować współpracę, rozwijać kompetencje realizatorów oraz gromadzić wiedzę potrzebną do podejmowania decyzji.

Aktywność miasta w obszarze zdrowia można zatem uporządkować w ramach czterech wzajemnie powiązanych funkcji: realizacji działań, finansowania i zlecenia, koordynacji oraz diagnozowania, monitorowania i ewaluacji. Funkcje te tworzą cykl, w którym wyniki monitorowania i ewaluacji służą podejmowaniu decyzji oraz planowaniu kolejnych działań.

Realizacja działań. Miasto realizuje część działań bezpośrednio, a część za pośrednictwem miejskich jednostek i podmiotów realizujących zadania publiczne. Pozwala to odpowiadać na lokalne potrzeby i łączyć działania zdrowotne z innymi obszarami życia miasta.

Finansowanie i zlecanie działań. Część działań jest finansowana lub zlecana podmiotom zewnętrznym, w szczególności organizacjom pozarządowym i podmiotom leczniczym. Wykorzystywane są do tego m.in. konkursy ofert, tryby pozakonkursowe i zamówienia publiczne. Sposób finansowania ma znaczenie dla jakości, ciągłości i dopasowania działań do potrzeb osób mieszkających w Gdańsku.

Koordinacja. Miasto tworzy warunki do współpracy pomiędzy wydziałami, jednostkami miejskimi, organizacjami i innymi partnerami. Koordinacja ma ograniczać fragmentaryzację działań i ułatwiać łączenie różnych form wsparcia.

Diagnozowanie, monitorowanie i ewaluacja. Miasto gromadzi i analizuje dane o potrzebach mieszkanki i mieszkańców, realizowanych działaniach i ich rezultatach. Wiedza ta służy podejmowaniu decyzji, dostosowywaniu działań oraz planowaniu kolejnych etapów polityki zdrowotnej.

Polityka Zdrowotna pełni trzy powiązane funkcje: wyznacza wspólny kierunek strategiczny, porządkuje działania prowadzone w ramach programów branżowych i innych polityk miejskich oraz tworzy mechanizm monitorowania i doskonalenia podejmowanych działań. Jej realizacja opiera się na przełożeniu celów strategicznych na priorytety, programy i działania, a następnie na ocenie uzyskiwanych rezultatów i wykorzystywaniu wniosków do podejmowania kolejnych decyzji.

II. JAKI JEST GDAŃSK

Gdańsk jest miastem o rosnącej liczbie mieszkańców, zmieniającej się strukturze wieku i zróżnicowanych warunkach życia. Na zdrowie populacji wpływają nie tylko ich indywidualne cechy i zachowania, ale również miejsce zamieszkania, sytuacja społeczna, relacje, środowisko oraz dostęp do zasobów i wsparcia. Dlatego kontekst polityki zdrowotnej obejmuje zarówno charakterystykę Gdańszczanek i Gdańszczan, jak i warunki, w których funkcjonują.

5. Mieszkańcy i zmiany demograficzne

Na koniec 2025 roku Gdańsk liczył 489 328 mieszkanek i mieszkańców. Była to największa liczba odnotowana w mieście, a w ciągu roku populacja zwiększyła się o 677 osób. Kobiety stanowiły 52,7% populacji, a mężczyźni 47,3%⁴.

Jednocześnie zmienia się struktura wieku. W 2025 roku osoby w wieku przedprodukcyjnym stanowiły 16,7% populacji, osoby w wieku produkcyjnym – 60,0%, a osoby w wieku poprodukcyjnym – 23,4%. Mediana wieku wynosiła 42,1 roku. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba osób w wieku przedprodukcyjnym zmniejszyła się o 903 osoby, natomiast liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrosła o 419 osób.

Kategoria wieku poprodukcyjnego jest kategorią statystyczną – obejmuje osoby w wieku co najmniej 60 lat w przypadku kobiet i co najmniej 65 lat w przypadku mężczyzn. Nie należy więc utożsamiać jej z grupą osób w wieku 65 lat i więcej.

Zmiany te pokazują dwa równoległe procesy: zmniejszanie się udziału dzieci i młodzieży oraz wzrost liczby osób starszych. Starzenie się populacji nie oznacza jednak wyłącznie wzrostu liczby osób wymagających wsparcia. Z perspektywy zdrowia obejmuje również potrzebę jak najdłuższego zachowania sprawności, samodzielności, aktywności i możliwości uczestniczenia w życiu społecznym.

Zmiana liczby osób zamieszkujących Gdańsk wynika zarówno z procesów naturalnych, jak i migracji. W 2025 roku w Gdańsku odnotowano 3731 urodzeń żywych i 4766 zgonów. Przyrost naturalny był więc ujemny. Jednocześnie saldo migracji wyniosło +1524 osoby. Oznacza to, że wzrost tej liczby związany był przede wszystkim z dodatnim bilansem migracji⁵.

Dane demograficzne pokazują więc Gdańsk jako miasto, którego populacja obecnie rośnie, ale jednocześnie starzeje się i zmienia swoją strukturę. Procesy te będą miały znaczenie dla przyszłych potrzeb mieszkanek i mieszkańców oraz funkcjonowania miasta.

⁴ Raport o stanie Miasta Gdańska za 2025 rok, s. 13

⁵ Opracowanie własne na podstawie źródeł danych: Raport o stanie Miasta Gdańska za 2025 rok, GUS i Banku Danych Lokalnych GUS

6. Zróżnicowanie społeczne i terytorialne

Gdańsk nie jest jednorodną społecznością. Różnice dotyczą zarówno sytuacji społecznej Gdańszczanek i Gdańszczan, ich wieku i sposobu funkcjonowania, jak i miejsca zamieszkania.

Poszczególne dzielnice znacząco różnią się liczbą zamieszkujących je osób. W 2025 roku największe populacje miały Chełm, Piecki-Migowo, Ujeścisko-Łostowice, Jasień oraz Orunia Górna-Gdańsk Południe. Z kolei najmniej liczne były Rudniki, Krakowiec-Górki Zachodnie, Młyniska i Wzgórze Mickiewicza.

Różnice są widoczne również w strukturze wieku. W danych meldunkowych udział osób w wieku 65 lat i więcej wynosił w Gdańsku około 25%, ale pomiędzy dzielnicami był bardzo zróżnicowany. W dzielnicy Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia wynosił około 35%, Zaspą-Młyniec 34%, na Wzgórzu Mickiewicza 33%, a na Młyniskach 31%. Z kolei w Letnicy było to 9%, na Jasieniu 10%, na Oruni Górnej-Gdańsku Południe 13%, a na Ujeścisku-Łostowicach 14%. W 2025 roku największy wzrost liczby zameldowanych mieszkańców odnotowano na Jasieniu – o 959 osób, w Oruni Górnej-Gdańsku Południe – o 840 osób, na Ujeścisku-Łostowicach – o 600 osób oraz w Letnicy – o 494 osoby. Największe spadki wystąpiły na Przymorzu Wielkim – o 583 osoby, Przymorzu Małym – o 453 osoby, w Śródmieściu – o 383 osoby i we Wrzeszczu Dolnym – o 369 osób⁶.

Dane te pokazują, że wiek mieszkanki i mieszkańców jest również zjawiskiem przestrzennym. W różnych częściach miasta występują odmienne proporcje osób starszych, rodzin z dziećmi i osób w wieku aktywności zawodowej. Nie można więc opisywać tej sytuacji wyłącznie za pomocą średnich wartości dla całego Gdańska.

Zróżnicowanie miasta wiąże się również z migracjami. Gdańsk jest miejscem zamieszkania osób o różnym pochodzeniu, doświadczeniach i sytuacji życiowej. Dostępne dane nie pozwalają na wskazanie jednej wiarygodnej liczby wszystkich migrantek, migrantów, cudzoziemek i cudzoziemców mieszkających w mieście. Poszczególne źródła opisują różne grupy i nie mogą być ze sobą bezpośrednio sumowane.

Jednym z przykładów jest system edukacji. W roku szkolnym 2025/2026 w gdańskich szkołach uczyło się niemal 5,1 tys. uczennic i uczniów pochodzących z Ukrainy, w tym około 3,6 tys. osób posiadających status uchodźcy. Dane te pokazują obecność tej grupy wśród mieszkanki i mieszkańców miasta, ale nie stanowią informacji o liczbie wszystkich osób z Ukrainy, które osiedliły się w Gdańsku⁷.

Zróżnicowanie społeczne i terytorialne oznacza, że mieszkanki i mieszkańcy mogą mieć różne potrzeby, zasoby i bariery, nawet jeżeli mieszkają w tym samym mieście.

⁶ Raport o stanie Miasta Gdańska za 2025 rok, s. 13-15

⁷ Opracowanie własne na podstawie: Raport o stanie Miasta Gdańska za 2025 rok, Gdańsk w liczbach- dane dotyczące mieszkańców, środowiska i mobilności, oraz System Informacji Oświatowej

7. Zdrowie i dobrostan

Stan zdrowia mieszkanek i mieszkańców można opisywać zarówno za pomocą danych dotyczących chorób i umieralności, jak i poprzez ich własną ocenę zdrowia, dobrostanu i codziennego funkcjonowania.

W 2025 roku 59% Gdańszczanek i Gdańszczan pozytywnie oceniało swój stan zdrowia. W 2023 roku było to 60%, a w 2019 roku – 66%. Samoocena zdrowia jest wskaźnikiem subiektywnym, ale pozwala uchwycić sposób, w jaki osoby mieszkające w mieście postrzegają własne zdrowie i funkcjonowanie.

Istotnym elementem zdrowia pozostaje aktywność fizyczna. W 2025 roku 45% osób deklarowało odpowiedni poziom aktywności fizycznej, podczas gdy w 2023 roku było to 54%.

W obszarze zdrowia psychicznego w 2025 roku 84% badanych zostało zaklasyfikowanych jako osoby z niskim ryzykiem rozwoju depresji, wobec 81% w 2023 roku. Wskaźnik ten pochodzi z badania przesiewowego i nie jest równoznaczny z diagnozą kliniczną⁸.

Dane dotyczące zdrowia mieszkanek i mieszkańców należy odczytywać w szerszym kontekście jakości życia. Badania prowadzone w Gdańsku obejmują również takie obszary jak sytuacja materialna, warunki mieszkaniowe, bezpieczeństwo, środowisko, możliwość aktywnego spędzania czasu oraz funkcjonowanie w przestrzeni miasta. Pozwala to spojrzeć na zdrowie nie tylko jako na występowanie chorób, ale również jako na zdolność do codziennego funkcjonowania, aktywności, utrzymywania relacji i uczestniczenia w życiu miasta.

8. Środowisko życia

Gdańsk dysponuje znaczącymi zasobami terenów zieleni. W 2025 roku ich łączna powierzchnia, obejmująca lasy, zielen miejską i ogrody działkowe, wynosiła 6476 ha. Lasy zajmowały 4724 ha, zielen miejska 862 ha, a ogrody działkowe 890 ha. Odrębną kategorię stanowią obszary prawnie chronione, które zajmowały 7936 ha, czyli prawie 30% powierzchni lądowej miasta. Kategorie te częściowo się pokrywają, dlatego ich powierzchni nie należy sumować.

Zielen nie jest jednak rozmieszczona równomiernie. Wskazywane są obszary o deficycie dostępu do zieleni publicznej, m.in. we Wrzeszczu Dolnym i Górnym, Strzyży, na Przymorzu Małym, w Śródmieściu, Letnicy, Nowym Porcie, Młyniskach i na Zaspie-Młyńcu.

W 2025 roku w administracji Gdańskiego Zarządu Dróg i Zieleni (obecnie Gdański Zarząd Zieleni) znajdowało się 26 obiektów parkowych o łącznej powierzchni 243 ha. Na styku Ujeściska-Łostowic, Oruni Górnej-Gdańska Południe i Jasienia planowany jest Park Południowy o docelowej powierzchni 77 ha; jest to jednak inwestycja planowana, a nie istniejący zasób zieleni.

⁸ Opracowanie własne na podstawie: badanie „Jakość życia w Gdańsku”, przywołane w „Raporcie o stanie Miasta Gdańska za 2025 rok”

Istotnym elementem środowiska życia jest również możliwość przemieszczania się i podejmowania codziennej aktywności.

W 2025 roku łączna długość tras rowerowych wynosiła 883,2 km, w tym 230 km dróg rowerowych, 19,6 km ciągów pieszo-jezdných i 635 km ulic z ruchem uspokojonym do 30 km/h. Uspokojeniem ruchu objęto 68,2% dróg publicznych, a liczba miejsc postojowych dla rowerów wynosiła 19 900. W mieście funkcjonowały także 64 sezonowe zdroje uliczne. Jednocześnie o faktycznych warunkach korzystania z tych zasobów decyduje nie tylko ich liczba. Znaczenie mają również ich rozmieszczenie, ciągłość, bezpieczeństwo i dostępność dla osób o różnych potrzebach i możliwościach.

Istotnym elementem środowiska życia pozostaje jakość powietrza. W 2025 roku w aglomeracji trójmiejskiej dotrzymane zostały poziomy dopuszczalne lub docelowe dla większości monitorowanych substancji, w tym PM₁₀ i średniorocznego poziomu PM_{2,5}. Dotrzymano poziomów dopuszczalnych lub docelowych dla dwutlenku siarki, dwutlenku azotu, tlenku węgla, benzenu i ozonu oraz dla arsenu, kadmu, niklu i ołowiu oznaczanych w pyłe PM₁₀. Jednocześnie przekroczony został długoterminowy cel dla ozonu określony ze względu na ochronę zdrowia ludzi. Przekroczenia poziomu docelowego benzo(a)pirenu wystąpiły w strefie pomorskiej, ale nie w aglomeracji trójmiejskiej.

Środowisko życia Gdańska obejmuje więc zarówno zasoby sprzyjające zdrowiu, takie jak zielen i możliwości aktywnego przemieszczania się, jak i czynniki wymagające stałego monitorowania, w tym jakość powietrza oraz nierównomierny dostęp do części zasobów⁹.

⁹ Opracowanie własne na podstawie: „Raport o stanie Miasta Gdańska za 2025 rok”, dane Biura Rozwoju Gdańska, Gdańskiej Polityki Zieleni, Zarządu Transportu Miejskiego i Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska.

III. JAKI KIERUNEK PRZYJMUJEMY DLA ZDROWIA

9. Jak patrzymy na zdrowie w długiej perspektywie? Perspektywa healthspan.

Pojęcie healthspan odnosi się do okresu życia przeżywanego w możliwie dobrym zdrowiu, przy możliwie wysokim poziomie sprawności i funkcjonowania¹⁰. W odróżnieniu od lifespan, czyli długości życia, healthspan zwraca uwagę również na jakość lat przeżywanych przez człowieka. Różnicę pomiędzy długością życia a długością życia w zdrowiu określa się jako healthspan-lifespan gap. Badania wskazują, że luka ta występuje we wszystkich regionach świata, choć jej skala i uwarunkowania różnią się pomiędzy populacjami¹¹.

Perspektywa healthspan jest szczególnie użyteczna dla polityki miejskiej, ponieważ pozwala połączyć działania dotyczące różnych problemów zdrowotnych we wspólnym kierunku. Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, ochrona zdrowia psychicznego, przeciwdziałanie uzależnieniom, rozwój aktywności fizycznej, poprawa dostępności czy wzmacnianie relacji społecznych mogą być postrzegane jako różne drogi prowadzące do tego samego celu: wydłużania okresu życia przeżywanego w zdrowiu i możliwie pełnym funkcjonowaniu.

Perspektywa ta jest również spójna z koncepcją healthy ageing, czyli zdrowego starzenia się. WHO definiuje healthy ageing jako proces rozwijania i utrzymywania zdolności funkcjonalnej umożliwiającej dobrostan w starszym wieku¹². Zdolność funkcjonalna obejmuje między innymi możliwość zaspokajania podstawowych potrzeb, uczenia się i podejmowania decyzji, przemieszczania się, budowania i utrzymywania relacji oraz uczestniczenia w życiu społecznym. Zależy zarówno od potencjału fizycznego i psychicznego człowieka, jak i od środowiska, w którym żyje.

Takie ujęcie ma znaczenie nie tylko dla osób starszych. Warunki sprzyjające zachowaniu sprawności i samodzielności kształtują się przez całe życie. Dlatego działania podejmowane w dzieciństwie, młodości i dorosłości mogą wpływać na zdrowie i funkcjonowanie w późniejszych latach. Zdrowe starzenie się należy więc rozumieć jako proces rozpoczynający się znacznie wcześniej niż w wieku senioralnym.

10. Jakie najważniejsze zmiany chcemy osiągać? Cele strategiczne

Cel nadrzędny

Cel nadrzędny Polityki Zdrowotnej- wzrost dobrostanu, poprawa stanu zdrowia mieszkank i mieszkańców oraz rozwój kultury fizycznej, wynika z kierunków rozwoju Miasta określonych w

¹⁰ McKinsey Health Institute, Healthspan science may enable healthier lives for all, 2025

¹¹ Garmany, Terzic, Healthspan-lifespan gap differs in magnitude and disease contribution across world regions, Communications Medicine, 2025.

¹² World Health Organization, Healthy ageing and functional ability, 2020

Programie Rozwoju i wyznacza nadrzędny efekt, do realizacji którego Polityka Zdrowotna przyczynia się w obszarze zdrowia.

Cele strategiczne

Cele strategiczne określają najważniejsze zmiany, do których Miasto dąży w obszarze zdrowia, wykorzystując perspektywę healthspan. Stanowią przełożenie długofalowego kierunku Polityki Zdrowotnej na obszary zmian, do których realizacji przyczyniają się działania Miasta i jego partnerów.

Cel 1. Wzmacnianie zdrowia i dobrostanu przez całe życie. Tworzenie warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia, dobrostanu, sprawności i samodzielności na kolejnych etapach życia oraz ograniczanie czynników zwiększających ryzyko pogorszenia zdrowia.

Cel 2. Wzmacnianie sprawczości i równości w zdrowiu. Wzmacnianie możliwości mieszkanek i mieszkańców do podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia oraz ograniczanie różnic w zdrowiu wynikających ze zróżnicowanych potrzeb, zasobów i barier.

Cel 3. Zwiększanie możliwości uzyskania odpowiedniego wsparcia w odpowiednim czasie. Wzmocnienie możliwości uzyskania adekwatnego wsparcia w sytuacji problemów zdrowotnych i związanych z nimi trudności, poprzez wczesne rozpoznawanie potrzeb, współpracę podmiotów oraz możliwie spójne i ciągłe działania.

11. Na czym koncentrujemy uwagę teraz? Priorytety 2027–2030

Wskazano cztery priorytety na lata 2027–2030, na których Polityka Zdrowotna koncentruje uwagę w pierwszym okresie jej realizacji. Priorytety mają charakter przekrojowy i mogą przyczyniać się do realizacji więcej niż jednego celu strategicznego. Wynikają z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz pozostają powiązane ze Strategią Rozwoju Miasta Gdańsk 2030 Plus i programami rozwoju Miasta, w szczególności z Programem Rozwoju „Wspólne Miasto”.

- 1. Profilaktyka i wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych.** Ograniczanie ryzyka pogorszenia zdrowia oraz możliwie wczesne rozpoznawanie problemów, które mogą wpływać na dalsze zdrowie, sprawność i samodzielność.
- 2. Edukacja, informacja i kompetencje zdrowotne.** Wzmacnianie wiedzy, umiejętności i sprawczości mieszkanek i mieszkańców, tak aby łatwiej mogli podejmować decyzje sprzyjające zdrowiu i korzystać z dostępnego wsparcia.
- 3. Zdrowe środowisko życia i odporność społeczna.** Wzmacnianie warunków środowiskowych i społecznych, które sprzyjają zdrowiu, aktywności, relacjom, regeneracji i zdolności społeczności do reagowania na kryzysy i zmiany.
- 4. Wczesna interwencja, pomoc i koordynacja wsparcia.** Wczesne reagowanie na problemy zdrowotne i życiowe oraz ułatwianie mieszkankom i mieszkańcom przejścia od rozpoznania potrzeby do uzyskania odpowiedniej pomocy.

Powiązanie celów strategicznych i priorytetów Polityki Zdrowotnej Priorytety mają charakter przekrojowy i mogą przyczyniać się do realizacji więcej niż jednego celu strategicznego.				
Cele strategiczne Polityki Zdrowotnej Miasta Gdańska	Priorytety 2027–2030			
	 Priorytet 1 Profilaktyka i wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych	 Priorytet 2 Edukacja, informacja i kompetencje zdrowotne	 Priorytet 3 Zdrowe środowisko życia i odporność społeczna	 Priorytet 4 Wczesna interwencja, pomoc i koordynacja wsparcia
 Cel 1. Wzmacnianie zdrowia i dobrostanu przez całe życie	●	●	●	○
 Cel 2. Wzmacnianie sprawczości i równości w zdrowiu	●	●	●	●
 Cel 3. Zwiększanie możliwości uzyskania odpowiedniego wsparcia w odpowiednim czasie	○	●	○	●
● – silny, bezpośredni związek z realizacją celu strategicznego ○ – związek wspierający / pośredni				
Każdy z priorytetów przyczynia się do realizacji więcej niż jednego celu strategicznego , a programy branżowe i inne polityki miejskie łącznie wspierają osiągnięcie wszystkich celów Polityki Zdrowotnej.				

12. Za pomocą jakich instrumentów działamy? Programy i Polityki Miejskie.

Zdrowie w polityce rozwoju Miasta

Polityka Zdrowotna jest częścią szerszego systemu planowania i realizacji polityki rozwoju Gdańska. Jej kierunek wynika ze Strategii Rozwoju Miasta Gdańsk 2030 Plus oraz znajduje przełożenie w Programach Rozwoju Miasta, w szczególności w Programie Rozwoju „Wspólne Miasto”.

Strategia określa długofalową wizję rozwoju Gdańska i wskazuje zdrowie oraz dobrostan mieszkanki i mieszkańców jako element jakości życia i rozwoju wspólnoty miejskiej. Programy rozwoju przekładają te założenia na bardziej szczegółowe kierunki i działania.

Szczególne znaczenie dla Polityki Zdrowotnej ma Program Rozwoju „Wspólne Miasto”, którego zakres obejmuje m.in. promocję zdrowego stylu życia, ochronę zdrowia psychicznego czy przeciwdziałanie uzależnieniom. „Wspólne Miasto” jest najbliższym Polityce Zdrowotnej obszarem Programów Rozwoju, ale zdrowie jest również powiązane z pozostałymi kierunkami rozwoju Gdańska. „Dostępne Miasto” odnosi się m.in. do mobilności, dostępności usług i usuwania barier; „Zielone Miasto” – do jakości środowiska, zieleni i odporności na zmiany klimatu; „Innowacyjne Miasto” – pośrednio – do warunków pracy, kompetencji i rozwiązań cyfrowych. Każdy z tych kierunków może w różnym stopniu wspierać zdrowie i dobrostan w Mieście.

Jednocześnie zdrowie pozostaje powiązane z innymi wymiarami rozwoju Miasta. Znaczenie dla zdrowia mają również kierunki dotyczące, m.in. edukacji, środowiska, dostępności, mobilności, bezpieczeństwa, rozwoju społecznego i jakości przestrzeni życia.

Powiązanie Polityki Zdrowotnej z dokumentami strategicznymi oznacza, że jej cele i priorytety powinny pozostawać spójne z kierunkami rozwoju Miasta, a realizacja Polityki Zdrowotnej powinna być oceniana także w kontekście szerszych celów miejskich.

Programy branżowe

Bezpośrednia realizacja Polityki Zdrowotnej opiera się przede wszystkim na programach branżowych:

- Gdańskim Programie Promocji Zdrowia;
- Gdańskim Programie Zdrowia Psychicznego;
- Gdańskim Programie Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom

Programy branżowe przekładają cele i priorytety Polityki Zdrowotnej na konkretne działania, odpowiadające na rozpoznane potrzeby Gdańszczanek i Gdańszczan. W ich ramach prowadzone są działania związane z: profilaktyką i wczesnym wykrywaniem problemów zdrowotnych, edukacją, informacją i kompetencjami zdrowotnymi, zdrowym środowiskiem życia i odpornością społeczną oraz interwencją, pomocą i koordynacją wsparcia.

Gdański Program Promocji Zdrowia koncentruje się na profilaktyce, wczesnym rozpoznawaniu czynników ryzyka oraz działaniach, które pomagają ograniczać ich wpływ na zdrowie i codzienne funkcjonowanie.

Gdański Program Zdrowia Psychicznego obejmuje działania służące wzmocnieniu zdrowia psychicznego, wcześniejszemu rozpoznawaniu potrzeb oraz zapewnianiu odpowiedniego wsparcia, w tym w sytuacji kryzysu.

Gdański Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom koncentruje się na ograniczaniu szkód i ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami, a także na wspieraniu osób i rodzin dotkniętych tymi problemami.

Polityka Zdrowotna nie zastępuje programów branżowych ani nie tworzy równoległego poziomu ich realizacji. Łączy je we wspólny kierunek strategiczny i określa ich wkład w realizację celów polityki zdrowotnej Miasta.

Programy branżowe pozostają podstawowym poziomem planowania. Ich cele, działania i wskaźniki stanowią jednocześnie istotne źródło informacji o postępie w realizacji Polityki Zdrowotnej. Każde działanie realizowane w ramach więcej niż jednego programu powinno mieć wskazany program wiodący oraz programy współpracujące. Program wiodący odpowiada za planowanie, realizację i monitoring działania, a programy współpracujące wspierają jego realizację w zakresie właściwym dla swoich kompetencji.

Wkład programów branżowych w realizację Polityki Zdrowotnej Trzy programy branżowe wspólnie przyczyniają się do realizacji celów strategicznych i priorytetów Polityki Zdrowotnej.							
Program branżowy	Cele strategiczne Polityki Zdrowotnej			Priorytety 2027–2030			
	 Cel 1. Wzmacnianie zdrowia i dobrostanu przez całe życie	 Cel 2. Wzmacnianie sprawczości i równości w zdrowiu	 Cel 3. Zwiększanie możliwości uzyskania odpowiedniego wsparcia w odpowiednim czasie	 Priorytet 1 Profilaktyka i wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych	 Priorytet 2 Edukacja, informacja i kompetencje zdrowotne	 Priorytet 3 Zdrowe środowisko życia i odporność społeczna	 Priorytet 4 Wczesna interwencja, pomoc i koordynacja wsparcia
 Gdański Program Promocji Zdrowia	●	●	○	●	●	●	○
 Gdański Program Zdrowia Psychicznego	●	●	●	●	●	●	●
 Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii	●	●	●	●	●	●	●

 – podstawowy wkład w realizację celu / priorytetu
 – istotny (wspierający) wkład

Programy branżowe wzajemnie się uzupełniają, a ich działania – wraz z innymi politykami miejskimi – łącznie przyczyniają się do osiągnięcia **wszystkich celów Polityki Zdrowotnej**.

Zdrowie w innych politykach miejskich

Wpływ na zdrowie mieszkank i mieszkańców mają również działania prowadzone w ramach polityk i programów, których podstawowym celem nie jest ochrona ani promocja zdrowia. Dotyczą one warunków, w jakich osoby zamieszkujące Gdańsk żyją, uczą się, pracują, przemieszczają się i uczestniczą w życiu Miasta.

Dlatego Polityka Zdrowotna jest powiązana z innymi obszarami działania Miasta, w szczególności z polityką społeczną, edukacją, sportem i aktywnością fizyczną, środowiskiem, mobilnością, bezpieczeństwem, mieszkalnictwem oraz rozwojem lokalnym. Sposób uwzględniania zdrowia w tych obszarach powinien opierać się na podejściu “zdrowie we wszystkich działaniach”. Oznacza ono uwzględnianie możliwego wpływu planowanych i realizowanych działań na zdrowie, dobrostan i nierówności zdrowotne oraz poszukiwanie rozwiązań, które pozwalają osiągać cele różnych polityk jednocześnie¹³. Podejście to ma szczególne znaczenie tam, gdzie działania prowadzone w różnych obszarach mogą się wzajemnie wzmacniać – na przykład poprzez wspieranie aktywności fizycznej, budowanie relacji społecznych, zwiększanie bezpieczeństwa, ograniczanie barier w uczestnictwie w życiu miasta czy poprawę warunków środowiska życia.

Jednocześnie, nie oznacza to przejmowania przez Politykę Zdrowotną odpowiedzialności za inne obszary, która pozostaje po stronie właściwych komórek organizacyjnych i jednostek.

¹³ <https://www.pzh.gov.pl/zdrowie-we-wszystkich-politykach/>

Rolą Polityki Zdrowotnej jest wskazywanie zdrowotnego wymiaru tych działań, wspieranie współpracy oraz wykorzystywanie wiedzy o ich wpływie na zdrowie mieszkank i mieszkańców. W praktyce oznacza to przede wszystkim wykorzystywanie istniejących polityk, programów i instrumentów Miasta, zamiast tworzenia odrębnych działań zdrowotnych tam, gdzie cele związane ze zdrowiem mogą być osiągnięte w ramach już prowadzonych działań.

IV. NA CO I DLA KOGO UKIERONKOWUJEMY DZIAŁANIA

13. Determinanty zdrowia

Zdrowie kształtowane jest przez wiele wzajemnie powiązanych czynników biologicznych, psychicznych, społecznych, środowiskowych i związanych ze stylem życia. Nie wszystkie znajdują się w zakresie bezpośredniego działania Miasta, ale wszystkie tworzą warunki, w których mieszkańci i mieszkańcy żyją, funkcjonują i podejmują decyzje dotyczące zdrowia.

Polityka Zdrowotna koncentruje się przede wszystkim na tych determinantach, na które Miasto może realnie oddziaływać poprzez programy branżowe.

Szczególne znaczenie mają modyfikowalne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych, czynniki wpływające na zdrowie i dobrostan psychiczny, używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne, a także czynniki ochronne związane z zasobami osobistymi i społecznymi. Znaczenie mają również warunki, w których Gdańszczanki i Gdańszczanie funkcjonują na co dzień – relacje społeczne, poczucie bezpieczeństwa, możliwość uczestniczenia w życiu społecznym, warunki środowiskowe oraz dostęp do informacji, działań i wsparcia.

14. Grupy i sytuacje wymagające większej uwagi

Ryzyko pogorszenia zdrowia oraz możliwość korzystania z dostępnych zasobów i wsparcia nie są takie same dla wszystkich mieszkańek i mieszkańców. Może ono być większe w określonych okresach życia lub w sytuacjach, w których nakładają się problemy zdrowotne, społeczne, ekonomiczne albo bariery w dostępie do wsparcia.

Szczególnej uwagi mogą wymagać między innymi dzieci i młodzież, osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, neuroróżnorodnością, osoby z doświadczeniem migracji, osoby doświadczające ubóstwa, samotności, przemocy lub kryzysu psychicznego, osoby z problemem uzależnienia, osoby o ograniczonej mobilności oraz osoby zależne od pomocy innych. Nie jest to zamknięty katalog grup. Sytuacja zwiększonego ryzyka może być czasowa, a poszczególne czynniki mogą nakładać się na siebie i wzajemnie wzmacniać.

Uwzględnianie tych sytuacji nie oznacza automatycznego tworzenia odrębnych programów. Oznacza przede wszystkim rozpoznawanie barier i potrzeb oraz takie projektowanie i prowadzenie działań, aby mogły z nich korzystać również osoby, dla których dostęp do standardowych form wsparcia jest trudniejszy.

Determinanty zdrowia oraz sytuacje wymagające większej uwagi stanowią przekrojową perspektywę, która powinna być uwzględniana przy planowaniu, realizacji i ocenie działań podejmowanych w ramach poszczególnych priorytetów.

V. JAK DZIAŁAMY

15. Zasady działania

Realizacja Polityki Zdrowotnej opiera się na zasadach, które powinny być uwzględniane przy planowaniu, realizacji i ocenie działań.

Perspektywa całego cyklu życia oznacza uwzględnianie zmieniających się potrzeb zdrowotnych i społecznych na wszystkich etapach życia. Działania powinny wzmacniać zdrowie, sprawność i samodzielność oraz ograniczać kumulowanie się czynników ryzyka i barier.

Równość w zdrowiu oznacza uwzględnianie różnic w potrzebach, zasobach i barierach pomiędzy mieszkankami i mieszkańcami oraz pomiędzy częściami miasta.

Proporcjonalny uniwersalizm oznacza kierowanie działań do całej populacji przy jednoczesnym dostosowaniu ich intensywności, sposobu dotarcia i zakresu wsparcia do poziomu potrzeb.

Dostępność oznacza projektowanie działań w sposób ograniczający bariery związane m.in. z sytuacją społeczną, ekonomiczną, stanem zdrowia, niepełnosprawnością, językiem, miejscem zamieszkania czy możliwością dotarcia do wsparcia.

Oparcie na wiedzy i danych oznacza wykorzystywanie dostępnych danych, wiedzy eksperckiej i naukowej a także doświadczeń realizatorów oraz mieszanek i mieszkańców przy planowaniu i ocenie działań.

16. Współpraca międzysektorowa

Zdrowie populacji jest związane z obszarami pozostającymi w kompetencjach wielu podmiotów. Dlatego realizacja Polityki Zdrowotnej wymaga współpracy pomiędzy miejskimi jednostkami i komórkami organizacyjnymi, podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, instytucjami publicznymi, placówkami oświatowymi oraz środowiskiem akademickim, eksperckim i biznesowym.

Współpraca jest szczególnie istotna tam, gdzie potrzeby Gdańszczanek i Gdańszczan wykraczają poza kompetencje jednego podmiotu albo gdzie połączenie różnych zasobów pozwala skuteczniej osiągnąć zakładany rezultat.

Jej forma i zakres powinny być dostosowane do charakteru problemu. Nie zakłada się tworzenia stałych struktur dla wszystkich obszarów. Współpraca powinna być uruchamiana i rozwijana tam, gdzie jest potrzebna do skuteczniejszej realizacji celów Polityki Zdrowotnej.

17. Działania lokalne i dzielnicowe

Potrzeby zdrowotne mieszanek i mieszkańców oraz warunki korzystania z zasobów i wsparcia różnią się w zależności od części miasta. Dlatego planowanie i realizacja działań powinny

uwzględniać lokalne uwarunkowania, w szczególności różnice demograficzne, społeczne i terytorialne. Działania lokalne nie oznaczają konieczności tworzenia odrębnych programów dla każdej dzielnicy. W pierwszej kolejności oznaczają dostosowanie sposobu realizacji istniejących działań do lokalnych potrzeb, możliwości i barier.

Poziom lokalny ma również znaczenie dla wzmacniania odporności społecznej. Bliskość lokalnych instytucji i organizacji oraz integracja społeczności ułatwia budowanie relacji, wzajemnego wsparcia i poczucia przynależności, a także wcześniejsze rozpoznawanie sytuacji wymagających pomocy. Lokalne zasoby i sieci współpracy mogą zwiększać zdolność społeczności do reagowania na kryzysy i radzenia sobie ze zmianami.

Przy planowaniu działań wykorzystywane są dane terytorialne, informacje od realizatorów oraz wiedza osób i instytucji działających lokalnie. Pozwala to lepiej określać miejsca i grupy wymagające większej uwagi, dostosowywać sposób docierania do mieszkanek i mieszkańców oraz wykorzystywać istniejące zasoby i relacje.

18. Partycypacja mieszkanek i mieszkańców

Partycypacja jest ważną częścią Polityki Zdrowotnej. Doświadczenia i wiedza Gdańszczan i Gdańszczanek pomagają lepiej rozpoznawać potrzeby, bariery oraz problemy, które nie zawsze są widoczne w danych miejskich czy analizach ekspertów.

Mieszkanki i mieszkańcy będą mogli uczestniczyć w różnych etapach realizacji Polityki Zdrowotnej – od rozpoznawania potrzeb i ustalania priorytetów, przez przygotowanie i doskonalenie działań, po ocenę ich dostępności i rezultatów. Zakres i forma udziału powinny być dostosowane do charakteru podejmowanych działań oraz możliwości ich rzeczywistego wpływu na decyzje.

Szczególne znaczenie ma głos osób korzystających ze wsparcia, a także tych, które mimo potrzeb z niego nie korzystają. Ich doświadczenia mogą pomóc lepiej rozpoznawać bariery i dostosowywać działania do różnych sytuacji społeczności lokalnych.

Partycypacja jest więc jednym ze źródeł wiedzy, które pomagają Miastu lepiej planować działania i dostosowywać je do rzeczywistych potrzeb.

VI. JAK ZARZĄDZAMY

19. System zarządzania

Realizacja Polityki Zdrowotnej opiera się na istniejących strukturach i podmiotach, które już wykonują zadania Miasta w obszarze zdrowia i innych dziedzinach mających wpływ na zdrowie i nie tworzy odrębnego systemu zarządzania. Jej rolą jest uporządkowanie odpowiedzialności, zasad współpracy oraz przepływu informacji.

System obejmuje kilka wzajemnie powiązanych poziomów. Na poziomie strategicznym Prezydent Miasta wyznacza kierunek Polityki i podejmuje kluczowe decyzje dotyczące jej realizacji. Wydział Rozwoju Społecznego pełni funkcję koordynatora realizacji Polityki Zdrowotnej, zapewniając spójność działań podejmowanych w ramach programów branżowych oraz współpracę z właściwymi komórkami organizacyjnymi Urzędu Miejskiego, jednostkami organizacyjnymi Miasta i partnerami zewnętrznymi. Za realizację poszczególnych działań odpowiadają właściwe komórki organizacyjne Urzędu Miejskiego w Gdańsku, jednostki organizacyjne Miasta oraz pozostali realizatorzy zadań publicznych. W zależności od zakresu mogą to być m.in. Wydział Rozwoju Społecznego, Wydział Edukacji, Biuro Prezydenta ds. Sportu, Biuro Prezydenta ds. Kultury, Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień, Gdański Ośrodek Zdrowia Psychicznego, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Gdański Ośrodek Sportu, organizacje pozarządowe i podmioty lecznicze.

System uzupełniają partnerzy zewnętrzni – w szczególności instytucje publiczne, organizacje społeczne, podmioty lecznicze oraz środowisko akademickie, eksperckie i biznesowe.

Monitorowanie i ewaluacja są prowadzone w ramach koordynacji Polityki, we współpracy z podmiotami realizującymi poszczególne działania.

20. Kluczowe jednostki zaangażowane w realizację Polityki

Realizacja Polityki Zdrowotnej Miasta Gdańska odbywa się z udziałem wielu wydziałów Urzędu Miejskiego, jednostek organizacyjnych Miasta oraz partnerów zewnętrznych. Szczególną rolę w realizacji działań bezpośrednio związanych ze zdrowiem, dobrostanem i bezpieczeństwem mieszkanki i mieszkańców pełnią wybrane jednostki miejskie.

Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień – realizuje działania w zakresie promocji zdrowia i zdrowego stylu życia, profilaktyki chorób cywilizacyjnych, profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych, edukacji i kampanii społecznych, a także programów profilaktycznych i działań wspierających osoby zagrożone problemami uzależnień.

Gdański Ośrodek Zdrowia Psychicznego – realizuje działania w zakresie ochrony i wzmocnienia zdrowia psychicznego, profilaktyki, wczesnej pomocy oraz zapewniania

specjalistycznego wsparcia psychologicznego, psychoterapeutycznego i psychiatrycznego dzieciom, młodzieży, dorosłym i rodzinom.

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku – realizuje działania w zakresie pomocy społecznej i wsparcia osób i rodzin w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych, wzmacniania samodzielności i integracji ze środowiskiem, wspierania rodziny i pieczy zastępczej, a także przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu i przemocy.

Jednostki te realizują zadania zgodnie ze swoimi kompetencjami, w ramach właściwych programów, planów i innych dokumentów oraz we współpracy z pozostałymi podmiotami zaangażowanymi w realizację Polityki.

21. Odpowiedzialność

Odpowiedzialność za realizację Polityki Zdrowotnej wynika z zakresu kompetencji i zadań poszczególnych komórek organizacyjnych, jednostek organizacyjnych Miasta oraz innych podmiotów realizujących zadania publiczne.

Obejmuje przede wszystkim realizację powierzonych działań, zapewnienie warunków i zasobów niezbędnych do ich wykonania, gromadzenie i przekazywanie danych, monitorowanie rezultatów oraz udział w ich ocenie. Szczegółowy podział odpowiedzialności wynika z właściwych dokumentów, programów, planów i umów.

22. Koordynacja

Koordynacja służy temu, aby działania podejmowane w różnych miejscach Miasta wspierały wspólny kierunek Polityki Zdrowotnej i wzajemnie się uzupełniały. Obejmuje w szczególności planowanie, współpracę pomiędzy komórkami i jednostkami, przepływ informacji, powiązanie działań z budżetem, porządkowanie sprawozdawczości oraz wykorzystywanie wyników monitoringu i ewaluacji do podejmowania decyzji.

Szczególne znaczenie ma koordynacja wtedy, gdy potrzeby mieszkanek i mieszkańców wykraczają poza kompetencje jednego podmiotu. W takich sytuacjach celem jest możliwie czytelna i ciągła ścieżka – od rozpoznania potrzeby, przez pierwszy kontakt i przekierowanie, do uzyskania odpowiedniej pomocy.

Koordynacja nie oznacza przejęcia odpowiedzialności za zadania innych komórek, jednostek czy partnerów. Jej celem jest wspólny kierunek, spójność działań i lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów.

23. Finansowanie

Realizacja Polityki Zdrowotnej jest finansowana w ramach środków pozostających w dyspozycji Miasta oraz, w miarę dostępności, ze środków zewnętrznych. Finansowanie odbywa się zgodnie

z obowiązującymi zasadami planowania i wykonywania budżetu Miasta oraz z uwzględnieniem kompetencji właściwych realizatorów.

W planowaniu i ocenie finansowania uwzględnia się w szczególności zgodność wydatków z celami i priorytetami Polityki, adekwatność środków do rozpoznanych potrzeb, możliwość zapewnienia ciągłości działań oraz relację pomiędzy nakładami a osiąganymi rezultatami.

Szczegółowe decyzje dotyczące finansowania są podejmowane w ramach właściwych programów, planów, budżetu Miasta oraz procedur zlecania i powierzania zadań. Polityka Zdrowotna nie tworzy odrębnego budżetu dla wszystkich działań, które mogą wpływać na zdrowie osób zamieszkujących Gdańsk.

24. Kompetencje i zdolność do realizacji

Skuteczna realizacja Polityki Zdrowotnej wymaga odpowiednich kompetencji i zdolności organizacyjnych podmiotów zaangażowanych w jej realizację. Dotyczy to w szczególności rozpoznawania potrzeb, prowadzenia działań profilaktycznych i wspierających, pracy z różnymi grupami mieszkank i mieszkańców, współpracy międzysektorowej, wykorzystywania danych oraz monitorowania rezultatów.

Potrzeby w zakresie kompetencji i zasobów organizacyjnych powinny być rozpoznawane w toku realizacji i oceny działań. Znaczenie ma również ciągłość wiedzy o lokalnych zasobach, partnerach i sposobach współpracy. Polityka Zdrowotna wspiera wykorzystywanie i przekazywanie tej wiedzy pomiędzy osobami i podmiotami zaangażowanymi w jej realizację.

Istotną rolę w rozwijaniu lokalnych kompetencji w obszarze zdrowia publicznego pełni Gdańska Rada Zdrowia Publicznego. Rada wspiera rozwój polityki zdrowotnej poprzez integrowanie wiedzy i doświadczeń przedstawicieli różnych środowisk, identyfikowanie nowych wyzwań zdrowotnych oraz formułowanie rekomendacji dotyczących kierunków działań Miasta. Interdyscyplinarny charakter Rady sprzyja wymianie doświadczeń oraz wzmacnianiu współpracy między środowiskiem naukowym, podmiotami ochrony zdrowia, administracją publiczną i organizacjami społecznymi.

25. Dane i system informacji zdrowotnej

Realizacja Polityki Zdrowotnej opiera się na danych potrzebnych do rozpoznawania potrzeb mieszkank i mieszkańców, planowania działań, monitorowania ich realizacji i oceny rezultatów. System informacji zdrowotnej wykorzystuje przede wszystkim istniejące źródła danych i nie zakłada tworzenia odrębnego systemu informatycznego, jeżeli cele te można osiągnąć z wykorzystaniem dostępnych rozwiązań.

Wykorzystywane są w szczególności: dane o ogólnym stanie zdrowia i potrzebach zdrowotnych, dane o realizacji programów i działań, dane o rezultatach oraz wiedza jakościowa pochodząca od mieszkank i mieszkańców, osób objętych działaniami, realizatorów i partnerów.

Dla najważniejszych wskaźników określa się źródło danych, sposób pomiaru, częstotliwość aktualizacji, wartość bazową, odpowiedzialność za pozyskanie danych oraz sposób interpretacji. Dane są wykorzystywane na potrzeby monitoringu i ewaluacji z zachowaniem obowiązujących zasad ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa informacji.

VII. JAK BĘDZIEMY WDRAŻAĆ I SPRAWDZAĆ SKUTECZNOŚĆ

26. Model realizacji i logika działań

Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska jest dokumentem strategicznym obowiązującym w latach 2027–2030. Wyznacza wspólny kierunek, cele i priorytety działań Miasta w obszarze zdrowia.

Jej realizacja odbywa się przede wszystkim za pośrednictwem programów branżowych oraz innych działań podejmowanych przez Miasto i jego partnerów. Programy branżowe przekładają cele i priorytety Polityki Zdrowotnej na konkretne działania, określają sposób ich realizacji oraz właściwe dla nich wskaźniki.

Polityka Zdrowotna nie tworzy odrębnego systemu planowania, realizacji i sprawozdawczości. Wykorzystuje istniejące rozwiązania, dane i mechanizmy zarządzania funkcjonujące w programach branżowych oraz innych politykach i działaniach miejskich.

Logikę realizacji można przedstawić jako ciąg:



Poszczególne elementy logiki odpowiadają na różne pytania: jaki kierunek wyznaczamy, jakie zmiany chcemy osiągnąć, na czym koncentrujemy uwagę, za pomocą jakich instrumentów działamy, jakie działania podejmujemy, jakie rezultaty osiągamy oraz jakie zmiany obserwujemy w dłuższej perspektywie. Dzięki temu poziom strategiczny pozostaje oddzielony od poziomu operacyjnego.

27. Monitoring, wskaźniki i dane

Ocena realizacji Polityki Zdrowotnej opiera się na systematycznym gromadzeniu i analizowaniu danych dotyczących realizowanych działań, osiąganych rezultatów oraz zmian zachodzących w obszarach objętych Polityką.

W pierwszej kolejności wykorzystywane są wskaźniki stosowane już w programach branżowych oraz dane pochodzące z istniejących źródeł. Dla każdego celu strategicznego wybierany jest

ograniczony zestaw najważniejszych wskaźników pozwalających obserwować kierunek zmian. Szczegółowe wskaźniki dotyczące poszczególnych działań pozostają na poziomie programów branżowych.

Monitoring wykorzystuje różne, uzupełniające się źródła wiedzy, w szczególności:

- dane programowe i administracyjne;
- dane epidemiologiczne i społeczne;
- badania mieszkanek i mieszkańców, w tym badania prowadzone z wykorzystaniem Gdańskiej Karty Mieszkańca;
- badania osób uczestniczących w działaniach;
- informacje pochodzące od realizatorów i partnerów.

Poszczególne źródła dostarczają informacji z różnych perspektyw. Badania mieszkanek i mieszkańców pozwalają obserwować sytuację w skali miasta, badania uczestniczek i uczestników umożliwiają poznanie doświadczeń osób objętych działaniami, a informacje od realizatorów i partnerów pomagają identyfikować czynniki sprzyjające realizacji działań oraz bariery utrudniające ich prowadzenie.

Wskaźniki dotyczące długoterminowych zmian zdrowotnych służą przede wszystkim obserwowaniu trendów i osadzaniu rezultatów działań w odniesieniu do założeń Strategii Miasta Gdańska 2030 Plus. Nie stanowią one bezpośredniego miernika skuteczności pojedynczych programów lub działań.

28. Ewaluacja i doskonalenie działań

Realizacja Polityki Zdrowotnej podlegać będzie corocznej ewaluacji.

Ewaluacja prowadzona będzie w cyklu rocznym i obejmie analizę działań zrealizowanych w roku poprzednim. Wyniki zostaną każdorazowo zestawione z danymi z lat wcześniejszych, co pozwoli obserwować zmiany zachodzące w dłuższej perspektywie oraz identyfikować pojawiające się tendencje.

Celem ewaluacji jest nie tylko ocena stopnia realizacji działań, ale również identyfikowanie czynników sprzyjających osiąganiu oczekiwanych rezultatów, rozpoznawanie barier oraz formułowanie wniosków służących doskonaleniu polityki zdrowotnej.

W ramach ewaluacji analizowane zostaną w szczególności:

- stopień realizacji celów i priorytetów;
- zakres i rezultaty prowadzonych działań;
- wskaźniki wykorzystywane w programach branżowych;
- zmiany obserwowane w danych zdrowotnych, społecznych i epidemiologicznych;

- bariery i problemy pojawiające się podczas realizacji działań;
- rekomendacje dotyczące dalszych działań.

Wyniki corocznej ewaluacji mogą stanowić podstawę do modyfikacji sposobu realizacji działań, programów branżowych oraz planowanych zadań. Nie oznaczają jednak automatycznej zmiany samej Polityki Zdrowotnej.

W 2030 roku przeprowadzona zostanie ewaluacja końcowa, podsumowująca realizację Polityki w latach 2027–2030. Jej wyniki, wraz z aktualną diagnozą zdrowotną oraz zmianami w dokumentach strategicznych Miasta, będą stanowiły podstawę do opracowania kolejnej Polityki Zdrowotnej.

29. Raportowanie i komunikacja wyników

Raz w roku przygotowywana będzie syntetyczna informacja dotycząca realizacji Polityki Zdrowotnej.

Raport będzie opierał się przede wszystkim na danych pochodzących z programów branżowych oraz innych dostępnych źródeł. Przedstawione zostaną w nim najważniejsze działania, osiągnięte rezultaty, obserwowane zmiany oraz wnioski wynikające z przeprowadzonej ewaluacji.

Celem nie jest tworzenie dodatkowego systemu informatycznego ani nowego obowiązku sprawozdawczego, lecz zapewnienie możliwości obserwowania zmian zachodzących w czasie oraz wspieranie procesu podejmowania decyzji dotyczących zdrowia publicznego.

30. Co wnosi Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska?

Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska na lata 2027–2030 tworzy wspólne ramy dla działań prowadzonych przez Miasto w obszarze zdrowia. Integruje cele, priorytety i kierunki działań realizowanych w różnych obszarach polityki publicznej, porządkując ich wzajemne powiązania.

Dokument odzwierciedla współczesne podejście do zdrowia publicznego, zgodnie z którym zdrowie jest kształtowane przez wiele wzajemnie powiązanych czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, środowiskowych i ekonomicznych. Oznacza to odejście od postrzegania zdrowia wyłącznie przez pryzmat choroby i opieki medycznej na rzecz działań ukierunkowanych na wzmacnianie dobrostanu, zapobieganie problemom zdrowotnym oraz tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu.

Istotnym elementem dokumentu jest połączenie w jednej polityce obszarów związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, ochroną zdrowia psychicznego oraz profilaktyką i ograniczaniem negatywnych skutków używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań

ryzykownych. Takie podejście odpowiada współczesnym trendom w zdrowiu publicznym, które podkreślają potrzebę integrowania działań podejmowanych dotychczas w odrębnych obszarach.

Polityka wprowadza również perspektywę całego cyklu życia, uwzględniając zróżnicowane potrzeby zdrowotne mieszkank i mieszkańców na kolejnych etapach życia. Jednocześnie zwraca uwagę na znaczenie równości w zdrowiu, wzmacniania kompetencji zdrowotnych, zwiększania sprawczości oraz dostosowywania działań do potrzeb grup wymagających większego wsparcia.

Dokument nie tworzy nowych struktur organizacyjnych ani dodatkowych mechanizmów zarządzania. Jego celem jest zwiększenie spójności działań prowadzonych przez Miasto oraz lepsze wykorzystanie istniejących zasobów, doświadczeń i partnerstw.

Przyjęte rozwiązania stwarzają warunki do rozwijania polityki zdrowotnej opartej na danych, współpracy międzysektorowej, systematycznej ewaluacji oraz elastycznym reagowaniu na zmieniające się potrzeby zdrowotne i społeczne.

Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska stanowi jednocześnie punkt wyjścia do dalszego rozwoju działań na rzecz zdrowia i dobrostanu mieszkank i mieszkańców oraz budowania Miasta, w którym zdrowie jest traktowane jako jeden z istotnych elementów rozwoju społecznego.

