

UCHWAŁA NR
RADY MIASTA GDAŃSKA

z dnia r.

w sprawie przyjęcia Polityki Zdrowotnej Miasta Gdańska na lata 2027-2030
„Gdańsk Wybiera Zdrowie”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2026 r. poz. 662 i 912) oraz art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 92 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1684 oraz z 2026 r. poz. 252 i 912) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 149 i 1004) **uchwala się, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się program strategiczny Miasta Gdańska w zakresie zdrowia publicznego pod nazwą Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska na lata 2027-2030 „Gdańsk Wybiera Zdrowie”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Miasta Gdańska

Agnieszka Owczarczak



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	6
3. Zakres polityki zdrowotnej	8
4. Rola miasta	8
II. JAKI JEST GDAŃSK	10
5. Mieszkańki i mieszkańcy i zmiany demograficzne	10
6. Zróżnicowanie społeczne i terytorialne	11
7. Zdrowie i dobrostan	12
8. Środowisko życia	13
III. JAKI KIERUNEK PRZYJMUJEMY DLA ZDROWIA	14
9. Jak patrzymy na zdrowie w długiej perspektywie? Perspektywa healthspan.	14
10. Jakie najważniejsze zmiany chcemy osiągać? Cele strategiczne	15
11. Na czym koncentrujemy uwagę teraz? Priorytety 2027–2030	15
12. Za pomocą jakich instrumentów działamy? Programy i Polityki Miejskie	17
IV. NA CO I DLA KOGO UKIERUNKOWUJEMY 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	21
18. Partycypacja mieszkanki i mieszkańców	21
VI. JAK ZARZĄDZAMY	21
19. System zarządzania	21
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	24
26. Model realizacji i logika działań	25
27. Monitoring, wskaźniki i dane	25

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 mieszkanki i mieszkańców. Działania te są prowadzone w ramach programów branżowych^o oraz innych inicjatyw w obszarze zdrowia publicznego^o.

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. Jest punktem odniesienia dla planowania i realizacji działań Miasta w obszarze zdrowia.

CO TO ZNACZY

program branżowy
dotyczy konkretnego
obszaru zdrowia

CO TO ZNACZY

zdrowie publiczne
to działanie na rzecz
zdrowia całej
społeczności

Kluczową rolę w realizacji Polityki Zdrowotnej pełnią trzy programy branżowe:

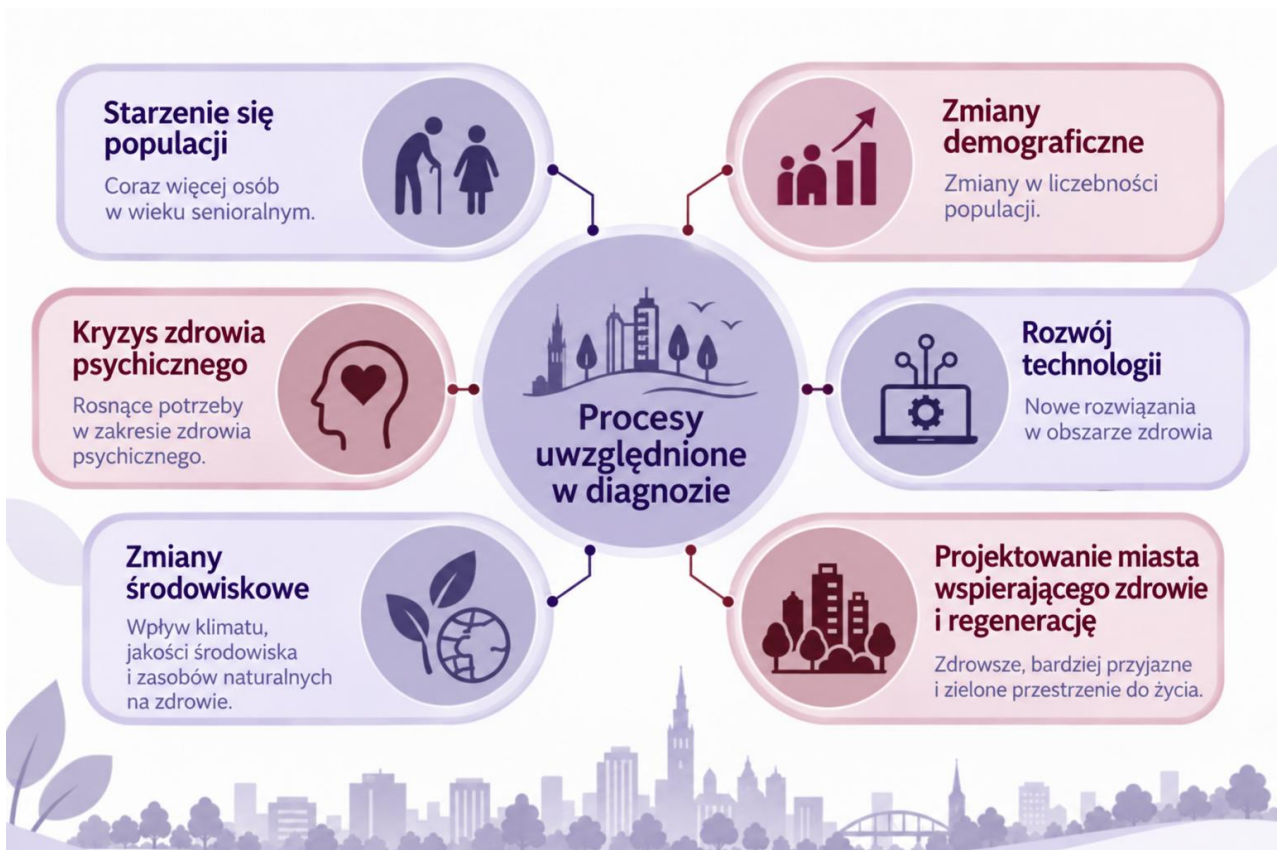
- Gdański Program Promocji Zdrowia,
- Gdański Program Zdrowia Psychicznego,
- Gdański Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom.

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 mieszkanki i mieszkańców.

Pierwszym etapem była diagnoza przeprowadzona w 2025 roku. Jej celem było rozpoznanie istniejącego układu usług i działań, najważniejszych wyzwań zdrowotnych oraz czynników 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, kryzysy 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-eksperckich⁹ 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.

9 WARTO WIEDZIEĆ
partycypacja to włączanie mieszkank i mieszkańców w podejmowanie decyzji, które ich dotyczą

Zestawienie tych perspektyw pozwoliło połączyć wiedzę strategiczną z doświadczeniem osób, które na co dzień pracują z mieszkankami i mieszkańcami. Warsztaty służyły pogłębieniu diagnozy, rozpoznawania 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.

Porównanie pokazało, że w analizowanych miastach zdrowie jest rozumiane szeroko – jako efekt warunków życia, środowiska, relacji społecznych, edukacji, mobilności i dostępu

do usług. Wspólne są działania na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu, wspierania osób o większych potrzebach oraz współpracy wielu obszarów miasta. Duże znaczenie mają także partnerstwa lokalne, udział społeczności oraz planowanie działań na podstawie danych i monitorowania efektów.

Analiza wskazała również na potrzebę wyraźnego rozdzielenia poziomu strategicznego, wyznaczającego wspólne zasady i kierunki działania, od poziomu bardziej szczegółowych programów i działań służących ich realizacji.

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.

Na podstawie zgromadzonego materiału sformułowano kierunek strategiczny Polityki Zdrowotnej, jej cele, priorytety oraz model realizacji przedstawione w kolejnych częściach dokumentu.

2. Definicja zdrowia

Punktem wyjścia dla określenia kierunku strategicznego jest sposób, w jaki rozumiane jest zdrowie. Światowa Organizacja Zdrowia¹ (WHO) definiuje zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby”¹. Takie ujęcie oznacza, że zdrowie nie może być rozpatrywane wyłącznie przez pryzmat chorób, leczenia i świadczeń medycznych.

WARTO WIEDZIEĆ

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization) jest wyspecjalizowaną organizacją, która zajmuje się zdrowiem publicznym na świecie. Opracowuje m.in. zalecenia, standardy, definicje, dane porównawcze i wytyczne dotyczące profilaktyki, leczenia, zdrowia psychicznego, chorób zakaźnych i niezakaźnych oraz organizacji systemów zdrowia.

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

Na zdrowie wpływają również warunki jego codziennego życia. WHO określa takie czynniki mianem determinant zdrowia². Obejmują one między innymi środowisko społeczne, ekonomiczne i fizyczne, warunki mieszkaniowe, możliwości przemieszczania się i aktywności, relacje społeczne oraz dostęp do informacji, edukacji i wsparcia. Czynniki te wzajemnie na siebie oddziałują i wpływają na zdrowie zarówno pojedynczych osób, jak i całych społeczności.

CO TO ZNACZY
determinanty zdrowia
to czynniki, które
wpływają na zdrowie



Zdrowie mieszkanków i mieszkańców Gdańska jest więc efektem współdziałania wielu czynników i nie zależy wyłącznie od indywidualnych wyborów. Znaczenie mają warunki umożliwiające dobre funkcjonowanie na różnych etapach życia, również w sytuacji choroby, kryzysu, niepełnosprawności czy zwiększonej potrzeby wsparcia³.

Takie rozumienie zdrowia ma bezpośrednie znaczenie dla polityki miejskiej. Działania na rzecz zdrowia nie ograniczają się do leczenia ani przekazywania wiedzy o zagrożeniach.

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

Obejmują również tworzenie warunków życia, w których dbanie o zdrowie i korzystanie ze wsparcia jest łatwiejsze i bardziej dostępne.

3. Zakres polityki zdrowotnej

Polityka Zdrowotna Miasta Gdańska obejmuje działania podejmowane przez Miasto na rzecz ochrony i wzmacniania zdrowia mieszkanki i mieszkańców oraz ograniczania czynników zwiększających ryzyko pogorszenia zdrowia. Jej realizacja opiera się przede wszystkim na 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 obejmuje działania pozostające w zakresie bezpośredniego i pośredniego oddziaływania Miasta. Nie zastępuje programów branżowych, innych polityk miejskich ani zadań należących do krajowego systemu ochrony zdrowia, w szczególności organizacji i finansowania świadczeń gwarantowanych⁸ ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

WARTO WIEDZIEĆ

świadczenia gwarantowane to na przykład badania, leczenie i inne usługi zdrowotne, które są finansowane w całości lub części ze środków publicznych

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 gwarantowanych. 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 mieszkanek 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.

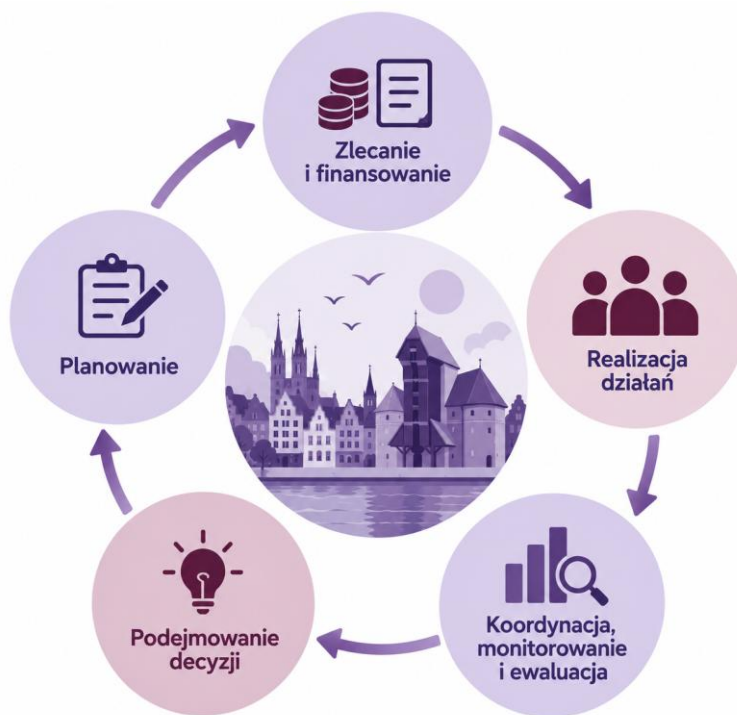
Realizacja działań. Miasto realizuje część działań bezpośrednio, oraz za pośrednictwem miejskich jednostek, a część w trybie zlecenia zadań innym podmiotom realizującym zadania publiczne^{*}. Dzięki temu odpowiada na lokalne potrzeby i łączy działania zdrowotne z innymi obszarami życia.

★ **PRZYKŁAD**
podmioty lecznicze,
organizacje
pozarządowe

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.

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

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



II. JAKI JEST GDAŃSK

Gdańsk jest miastem o rosnącej liczbie mieszkank i 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. Mieszkanki i mieszkańcy i zmiany demograficzne

Na koniec 2025 roku Gdańsk liczył 489 328 mieszkank 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 wieku⁰ wynosiła 42,1 roku. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba osób w wieku przedprodukcyjnym zmniejszyła się o 903 osoby, natomiast liczba osób w wieku poprodukcyjnym⁰ wzrosła o 419 osób.

0 WARTO WIEDZIEĆ

Dane o wieku opisuje się za pomocą kategorii statystycznych. Wiek przedprodukcyjny dotyczy dzieci i młodzieży, produkcyjny – osób w wieku aktywności zawodowej, a poprodukcyjny – osób starszych. Mediana wieku dzieli mieszkanki i mieszkańców na dwie równe grupy: połowa jest młodsza, a połowa starsza.

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

Kategoria wieku poprodukcyjnego 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 naturalny⁵ był więc ujemny. Saldo migracji⁵ 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 starzeje się i zmienia swoją strukturę. Procesy te będą miały znaczenie dla przyszłych potrzeb mieszkanki i mieszkańców oraz funkcjonowania miasta.

🔗 CO TO ZNACZY

przyrost naturalny to różnica między liczbą urodzeń a liczbą zgonów

🔗 CO TO ZNACZY

saldo migracji to różnica między liczbą osób, które zamieszkały w mieście, a liczbą osób, które z niego wyjechały

🔗 CO TO ZNACZY

dodatni bilans migracji oznacza, że więcej osób przyjechało do miasta, niż z niego wyjechało

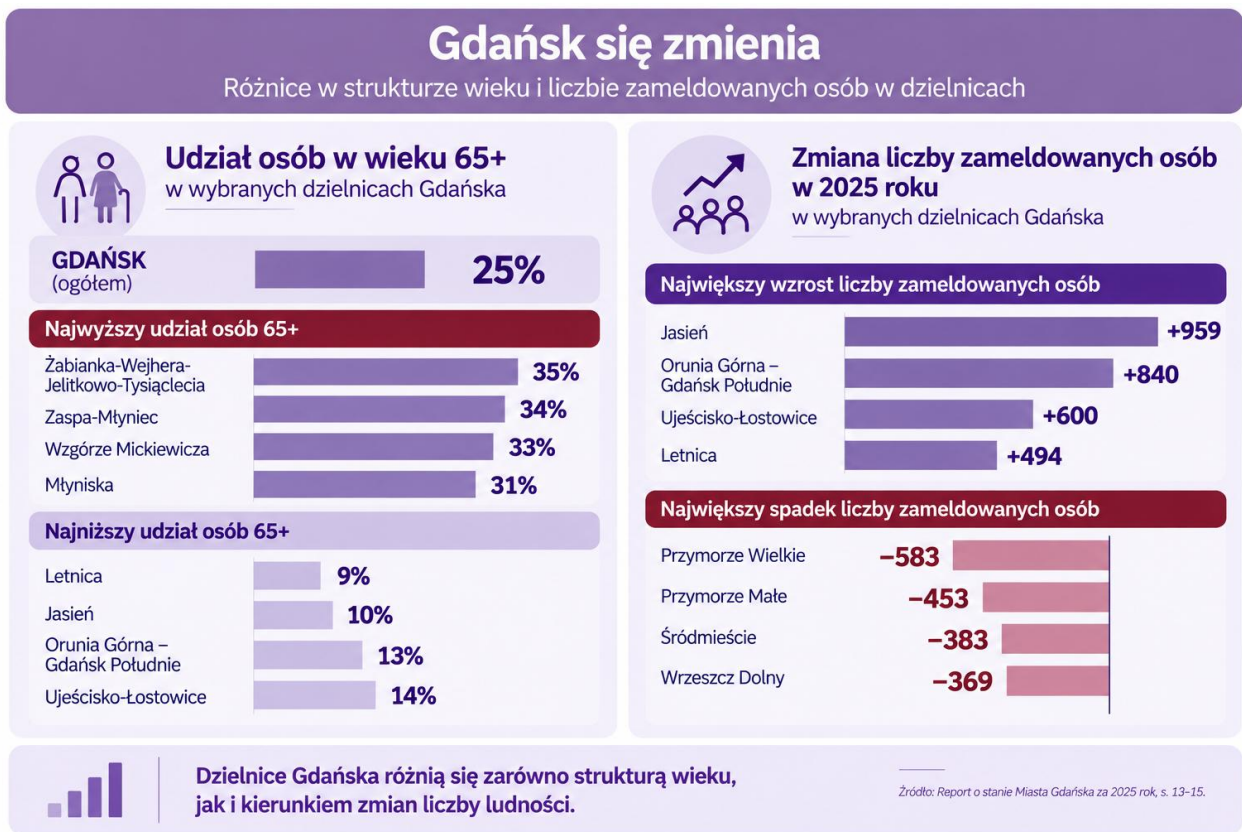
6. Zróżnicowanie społeczne i terytorialne

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.

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.

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



Zróznicowanie 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 mieszkanek i mieszkańców miasta, ale nie stanowią informacji o liczbie wszystkich osób z Ukrainy, które osiedliły się w Gdańsku⁶.

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

7. Zdrowie i dobrostan

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

⁶ 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

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 kliniczną⁷.

Dane dotyczące zdrowia należy interpretować łącznie z informacjami o jakości życia i codziennym funkcjonowaniu mieszkanek i mieszkańców. Pozwala to obserwować nie tylko występowanie problemów zdrowotnych, lecz również warunki, w których Gdańszczanki i Gdańszczanie funkcjonują, pozostają aktywni i uczestniczą w życiu miasta.

8. Środowisko życia

Gdańsk dysponuje znaczącymi zasobami terenów zieleni. W 2025 roku ich łączna powierzchnia, obejmująca lasy, zielenie miejską i ogrody działkowe, wynosiła 6476 ha. Lasy zajmowały 4724 ha, zielenie 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 powierzchnie nie należy sumować.

Zieleń 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-Młyncu.

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.

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-jezdnym 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 źródła uliczne.

⁷ Opracowanie własne na podstawie: badanie „Jakość życia w Gdańsku”, przywołane w „Raportcie o stanie Miasta Gdańska za 2025 rok”

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 normy dla większości badanych zanieczyszczeń, w tym pyłów PM10 i PM2,5, zostały dotrzymane. Przekroczony został jedynie długoterminowy cel dla ozonu określony ze względu na ochronę zdrowia ludzi. Nie wystąpiły przekroczenia poziomu docelowego benzo(a)pirenu.

Środowisko życia Gdańska obejmuje więc zarówno zasoby sprzyjające zdrowiu, takie jak zieleń i możliwości aktywnego przemieszczania się, jak i czynniki wymagające stałego monitorowania, w tym jakość powietrza oraz nierównomierny dostęp do części zasobów⁸.

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 funkcjonowania⁹. 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 populacjami¹⁰.

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 funkcjonalnej¹¹ umożliwiającej dobrostan w starszym wieku¹². Zdolność funkcjonalna obejmuje między innymi możliwość zaspokajania podstawowych potrzeb,

 **CO TO ZNACZY**
zdolność funkcjonalna
to możliwość
samodzielnego

⁸ 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.

⁹ McKinsey Health Institute, Healthspan science may enable healthier lives for all, 2025

¹⁰ Garmany, Terzic, Healthspan-lifespan gap differs in magnitude and disease contribution across world regions, Communications Medicine, 2025.

¹¹ <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>

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

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.

wykonywania
codziennych czynności

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 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 mieszkank 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 wsparcia odpowiedniego do potrzeb 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”.

Profilaktyka i wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych. Ograniczanie ryzyka pogorszenia zdrowia oraz możliwie wczesne rozpoznawanie problemów, które mogą wpływać na dalsze zdrowie, sprawność i samodzielność.

Edukacja, informacja i kompetencje zdrowotne. Wzmacnianie wiedzy, umiejętności i sprawczości mieszkanki i mieszkańców, tak aby łatwiej mogli podejmować decyzje sprzyjające zdrowiu i korzystać z dostępnego wsparcia.

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.

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 mieszkank 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.

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

Polityka Zdrowotna jest programem kierunkowym, a jej podstawowymi instrumentami realizacji są trzy programy branżowe:

- 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 wzmacnianiu 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.

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. Wzmocnienie zdrowia i dobrostanu przez całe życie	 Cel 2. Wzmocnienie 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	●	●	●	●	●	●	●
 Gdański Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom	●	●	●	●	●	●	●

 – 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

Na zdrowie mieszkanki i mieszkańców wpływają również działania prowadzone w obszarach, których podstawowym celem nie jest ochrona ani promocja zdrowia. Dotyczy to między innymi polityki społecznej, edukacji, sportu (zarówno kwalifikowanego jak i powszechnego) i aktywności fizycznej, kultury, środowiska, mobilności, bezpieczeństwa, mieszkalnictwa i rozwoju lokalnego.

Uwzględnianie zdrowia w tych obszarach opiera się na podejściu „zdrowie we wszystkich działaniach”. Oznacza ono analizowanie możliwego wpływu planowanych i realizowanych działań na zdrowie, dobrostan i nierówności zdrowotne oraz poszukiwanie rozwiązań, które pozwalają jednocześnie realizować cele różnych polityk.

Nie oznacza to przejmowania przez Politykę Zdrowotną odpowiedzialności za inne obszary działania Miasta. Jej rolą jest wskazywanie ich zdrowotnego wymiaru, wspieranie współpracy oraz wykorzystywanie istniejących polityk, programów i instrumentów tam, gdzie mogą one przyczynić się do realizacji celów zdrowotnych.

IV. NA CO I DLA KOGO UKIERONKOWUJEMY DZIAŁANIA

13. Determinanty zdrowia

Determinanty zdrowia zostały przedstawione w części dotyczącej sposobu rozumienia zdrowia. Z perspektywy realizacji Polityki szczególne znaczenie mają te czynniki, na które Miasto może bezpośrednio lub pośrednio oddziaływać poprzez programy branżowe oraz inne działania miejskie.

Należą do nich przede wszystkim modyfikowalne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych, czynniki wpływające na zdrowie i dobrostan psychiczny, używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne oraz czynniki ochronne związane z zasobami osobistymi i społecznymi. Znaczenie mają również warunki codziennego życia, w tym relacje społeczne, bezpieczeństwo, 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 m.in. dzieci i młodzież, osoby starsze, z niepełnosprawnościami i neuroróżnorodnością^P, z doświadczeniem migracji, ubóstwa, samotności, przemocy, kryzysu psychicznego lub uzależnienia oraz osoby zależne od pomocy innych. Czynniki zwiększające ryzyko mogą być czasowe, nakładać się na siebie i wzajemnie wzmacniać.

CO TO ZNACZY
neuroróżnorodność
to różne sposoby
działania
i przetwarzania
informacji przez mózg

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 przekrojącą 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.



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, instytucjami kultury 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

Zróżnicowanie demograficzne, społeczne i terytorialne Gdańska opisane w diagnozie powinno być uwzględniane przy planowaniu i realizacji działań. Nie oznacza to konieczności tworzenia odrębnych programów dla poszczególnych dzielnic, lecz przede wszystkim dostosowywanie 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. Dzięki temu można lepiej określać miejsca i grupy wymagające większej uwagi, dostosowywać sposób docierania do mieszkank i mieszkańców oraz wykorzystywać istniejące zasoby i relacje.

18. Partycypacja mieszkank 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 wykonują zadania Miasta w obszarze zdrowia i innych dziedzinach mających wpływ

na zdrowie. 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[★].

★ PRZYKŁAD

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 (GOPZiPU) – 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. Działalność jednostki oraz realizowane przez nią zadania są finansowane w ramach budżetu Miasta przeznaczonego na promocję zdrowia.

Gdański Ośrodek Zdrowia Psychicznego (GOZP) – realizuje działania w zakresie ochrony i wzmacniania zdrowia psychicznego, profilaktyki, wczesnej pomocy oraz zapewniania specjalistycznego wsparcia psychologicznego, psychoterapeutycznego i psychiatrycznego dzieciom, młodzieży, dorosłym i rodzinom. Działalność jednostki oraz realizowane przez nią zadania są finansowane w ramach budżetu Miasta przeznaczonego na promocję zdrowia.

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku (MOPR) – 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. Ich działalność oraz realizowane przez nie zadania są finansowane lub dofinansowywane w ramach budżetu Miasta przeznaczonego na obszar zdrowia publicznego. Programy branżowe są tym samym nie tylko podstawą planowania działań, ale również źródłem finansowania GOPZiPU, GOZP i MOPR.

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 planowanie, współpracę pomiędzy komórkami i jednostkami, przepływ informacji, powiązanie działań z budżetem, porządkowanie sprawozdawczości oraz wykorzystywanie wyników monitoringu i ewaluacji do podejmowania decyzji. Jest to szczególnie ważne wtedy, gdy potrzeby mieszkanki 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, którymi dysponuje Miasto 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 przede wszystkim 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, które dotyczą 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 rozpoznawania potrzeb, prowadzenia działań profilaktycznych i wspierających, pracy z różnymi grupami mieszkanki 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 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

System informacji zdrowotnej służy uporządkowaniu danych wykorzystywanych przy planowaniu, realizacji i ocenie Polityki Zdrowotnej. Opiera się przede wszystkim na istniejących źródłach i rozwiązaniach i nie zakłada tworzenia odrębnego systemu informatycznego, jeżeli potrzebne informacje mogą być pozyskiwane w inny sposób.

Dla kluczowych danych i wskaźników określa się ich źródło, sposób pozyskiwania, częstotliwość aktualizacji, odpowiedzialność oraz zasady interpretacji. Dane są gromadzone i wykorzystywane 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 na lata 2027–2030 wyznacza strategiczny poziom działań Miasta w obszarze zdrowia. Określa cel nadrzędny, cele strategiczne i priorytety, natomiast ich przełożenie na konkretne działania, rezultaty i wskaźniki odbywa się przede wszystkim na poziomie programów branżowych oraz innych właściwych działań miejskich.

Polityka wykorzystuje istniejące mechanizmy planowania, realizacji i sprawozdawczości. Pozwala dzięki temu powiązać poziom strategiczny z działaniami operacyjnymi bez tworzenia równoległego systemu zarządzania.

Logikę realizacji można przedstawić jako ciąg:



Poszczególne elementy pokazują przejście od długofalowego kierunku i celów strategicznych, przez priorytety, programy i działania, do rezultatów oraz zmian obserwowanych w dłuższej perspektywie. Pozwala to rozdzielić poziom strategiczny od operacyjnego, a jednocześnie zachować między nimi czytelne powiązanie.

27. Monitoring, wskaźniki i dane

Monitoring Polityki Zdrowotnej służy sprawdzaniu, czy realizowane są jej cele, jakie efekty przynoszą podejmowane działania i czy sytuacja zdrowotna mieszanek i mieszkańców zmienia się w oczekiwanym kierunku.

Podstawą monitorowania są wskaźniki określone w Strategii Rozwoju Miasta Gdańsk 2030 Plus, Programie Rozwoju „Wspólne Miasto” oraz programach branżowych. Wykorzystywane są również dostępne dane miejskie, dane administracyjne i wyniki badań mieszanek i mieszkańców. Monitoring nie wymaga tworzenia odrębnego systemu gromadzenia danych.

Dla wskaźników określonych w dokumentach strategicznych zachowuje się obowiązujące wartości bazowe, cele, źródła danych i sposób pomiaru.

Wskaźnik	Wartość bazowa	Cel na 2030 r.	Oczekiwany kierunek zmiany
WM.4. Odsetek mieszkańek i mieszkańców pozytywnie oceniających swój stan zdrowia	66% w 2019 r.	76%	 Wzrost
II.3.a. Odsetek mieszkańek i mieszkańców osiągających odpowiedni poziom aktywności fizycznej	54% w 2023 r.	65%	 Wzrost
II.3.b. Odsetek mieszkańek i mieszkańców z niskim ryzykiem rozwoju depresji	81% w 2023 r.	81%	 Utrzymanie poziomu

Dla pozostałych wskaźników objętych monitoringiem ustala się punkt odniesienia, który pozwala oceniać zmiany w kolejnych latach.

Ustalanie wartości bazowych i oczekiwanego kierunku zmiany Dla wskaźników strategicznych zachowuje się oficjalne wartości bazowe i cele przyjęte w dokumentach Miasta. Jeżeli wskaźniki te będą również mierzone w ramach badania prowadzonego na potrzeby Polityki Zdrowotnej, wyniki zostaną wykorzystane jako dodatkowe informacje o sytuacji na początku jej realizacji. Nie zastąpią one oficjalnych wartości bazowych.

Dla pozostałych wskaźników ustala się wartość bazową, czyli punkt odniesienia do porównywania wyników w kolejnych latach. W pierwszej kolejności sprawdza się, czy dostępne są wiarygodne i porównywalne dane z wcześniejszych lat. Jeżeli takie dane istnieją, wykorzystuje się je do ustalenia wartości bazowej. Jeżeli ich brakuje, przeprowadza się odpowiedni pomiar.

Wartości bazowe zostaną ustalone w miarę możliwości w I kwartale 2027 roku. W przypadku wskaźników dotyczących wiedzy, zachowań i doświadczeń mieszkańek i mieszkańców wykorzystane zostaną wyniki badania. W przypadku wskaźników dotyczących realizacji działań i dostępności oferty wykorzystane zostaną dane administracyjne i sprawozdawcze. Dla wskaźników obejmujących cały rok przyjmuje się, w miarę możliwości, dane za ostatni pełny okres przed rozpoczęciem realizacji Polityki.

Pomiar zerowy nie oznacza przyjęcia wartości równej zero. Oznacza ustalenie rzeczywistego stanu początkowego. Wartość zero przyjmuje się wyłącznie wtedy, gdy odpowiada ona faktycznej sytuacji.

Dla każdego wskaźnika określa się oczekiwany kierunek zmiany: wzrost, spadek lub utrzymanie korzystnego poziomu. W przypadku wskaźników dotyczących realizacji działań określa się planowany poziom wykonania. Wartości docelowe ustala się tam, gdzie można je uzasadnić dostępnymi danymi i możliwościami wpływu Miasta.

Źródła danych i sposób oceny

W monitorowaniu wykorzystuje się w szczególności:

- dane ze Strategii Rozwoju Miasta Gdańsk 2030 Plus i Programu Rozwoju „Wspólne Miasto”;
- dane administracyjne i sprawozdania jednostek miejskich, realizatorów i partnerów;
- dane dotyczące dostępności i wykorzystania działań oraz usług;
- dane zdrowotne i społeczne;
- badania mieszkanek i mieszkańców oraz osób korzystających z działań.

Źródło danych dobierane jest do rodzaju wskaźnika. Liczbę działań, uczestników lub dostępnych miejsc ustala się na podstawie danych administracyjnych i sprawozdawczych. Wskaźniki dotyczące wiedzy, zachowań i doświadczeń wymagają odpowiedniego pomiaru wśród badanej populacji.

Kolejne pomiary prowadzi się w sposób umożliwiający porównywanie wyników. Jeżeli zmieni się definicja wskaźnika lub sposób pomiaru, zmianę tę odnotowuje się i sprawdza, czy wyniki nadal można porównywać.

Szczegółowy wykaz wskaźników, wartości bazowych, oczekiwanych kierunków zmian, źródeł danych, częstotliwości pomiarów i wartości docelowych prowadzi się w zestawieniu monitorującym Politykę i programy branżowe. Zestawienie może być aktualizowane w miarę pojawiania się nowych danych.

28. Ewaluacja i doskonalenie działań

Ewaluacja prowadzona będzie w cyklu rocznym i obejmie analizę działań zrealizowanych w roku poprzednim. Wyniki zostaną każdorazowo zestawiane 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 osiągnięciu 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 przygotowywane będzie krótkie podsumowanie realizacji Polityki Zdrowotnej, oparte przede wszystkim na danych pochodzących z programów branżowych oraz innych dostępnych źródeł. Przedstawione zostaną w nim najważniejsze działania, osiągnięte rezultaty, obserwowane zmiany oraz wnioski z przeprowadzonej ewaluacji.

Celem raportowania jest umożliwienie obserwowania postępu realizacji Polityki, wspieranie procesu podejmowania decyzji oraz przekazywanie czytelnej informacji o jej efektach.

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 mieszkanki i mieszkańców na kolejnych etapach życia. Zwraca też 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 jest punktem wyjścia do dalszego rozwoju działań na rzecz zdrowia i dobrostanu mieszkanki i mieszkańców oraz budowania Miasta, w którym zdrowie jest traktowane jako jeden z istotnych elementów rozwoju społecznego.

