

**UCHWAŁA NR XXXII/314/2017
RADY MIEJSKIEJ W CHOROSZCZY**

z dnia 13 grudnia 2017 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu ochrony zdrowia mieszkańców gminy Choroszcz na rok 2018”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1875), w związku z art. 6 pkt. 1-4 i art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1938) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Programu ochrony zdrowia mieszkańców gminy Choroszcz na rok 2018”, w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej Uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Choroszcz.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej w Choroszcz

mgr Beata Marlena Jeżerys

Załącznik do Uchwały Nr XXXII/314/2017
Rady Miejskiej w Choroszczy
z dnia 13 grudnia 2017 r.

PROGRAM OCHRONY ZDROWIA MIESZKAŃCÓW GMINY CHOROSZCZ NA ROK 2018

Wstęp

Zdrowie, wg Światowej Organizacji Zdrowia, jest stanem dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby czy niepełnosprawności; to również zdolność i umiejętność pełnienia ról społecznych, adaptacji do zmian zachodzących w otaczającym środowisku i radzenia sobie z tymi zmianami. Zdrowie jest także:

- wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim;
- zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny, gdyż tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się oraz osiągać odpowiednią jakość życia;
- środkiem do osiągnięcia lepszej jakości życia.

Zdrowie to też zdolność prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego.

Zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości i potrzeb każdego człowieka.

Badania wskazują, że na zdrowie człowieka mają wpływ cztery podstawowe grupy czynników. Są to (za: <http://praca.ffm.pl/index.php?mod=11&p=3&srw=1&text=060907jg>):

1. „Styl życia i zachowania zdrowotne, które mają największy wpływ na stan naszego zdrowia (50 - 60%). Są to czynniki najbardziej zależne od jednostki. W zależności od chęci, potrzeb i świadomości człowiek może zmieniać styl życia, aby poprawić stan swoje zdrowie.

2. Środowisko fizyczne i społeczne (ok. 20 - 25%).

3. Czynniki genetyczne (ok. 20%).

4. Służba zdrowia, która może rozwiązać tylko ok. 10 - 15% problemów zdrowotnych ludzi.”

Prawo każdego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej do ochrony zdrowia, zostało określone w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.) stanowiącym, że:

1. „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.”

Ministerstwo Zdrowia mając na uwadze stan zdrowia obywateli i wychodząc naprzeciw najuciążliwszym zdiagnozowanym problemom zdrowotnym współczesnego społeczeństwa Polski, w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych z dnia 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 137, poz. 1126),

określiło priorytety zdrowotne, celem uzyskania efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Wśród priorytetów wskazano:

- 1) „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a) chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu,
 - b) nowotworów złośliwych,
 - c) przewlekłych chorób układu oddechowego;
- 2) ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
- 3) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 4) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 5) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- 6) ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
 - a) spożywaniem alkoholu,
 - b) używaniem substancji psychoaktywnych,
 - c) paleniem tytoniu;
- 7) przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
- 8) ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
- 9) poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- 10) zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- 11) rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
- 12) poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.”

Na mocy art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1875), sprawy związane z ochroną zdrowia stanowią składową katalogu zadań własnych gminy. Ponadto w myśl art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1938), do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- 2) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 3) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Wskazane powyżej przesłanki, obowiązki oraz cele i priorytety w przedmiocie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, stanowią podstawę do realizacji konkretnych działań prozdrowotnych, finansowanych ze środków budżetowych gminy Choroszcz i podejmowanych przez tutejsze władze samorządowe.

Warto podkreślić, że jednym z nadrzędnych działań należących do kompetencji gmin, a nieodłącznie związanych z ochroną zdrowia, jest promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna (profilaktyka zachorowań). Profilaktyka polega na zapobieganiu wystąpieniu chorób i do nich się odnosi, a promocja

zdrowia polega na wieloaspektowym działaniu odnoszącym się do zdrowia. Promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna, obejmuje działania adresowane do ludzi zdrowych, służące:

- 1) utrwalaniu stylu życia sprzyjającego zdrowiu i zwiększeniu świadomości zdrowotnej,
- 2) umożliwiające poszczególnym osobom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem, czynnikami warunkującymi stan zdrowia i jego poprawę,
- 3) promowaniu zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników,
- 4) zdrowiu,
- 5) długotrwałej poprawie stanu zdrowia społeczeństwa poprzez propagowanie i upowszechnianie wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, pobudzanie troski o środowiskowe i indywidualne czynniki sprzyjające zdrowiu oraz rozwijanie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie,
- 6) zapobieganiu chorobie (lub innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu) przed jej rozwinięciem się, poprzez kontrolę przyczyn i czynników ryzyka,
- 7) zmniejszeniu ryzyka zachorowania dzięki zwiększeniu indywidualnej (i populacyjnej) odporności na czynniki chorobowe,
- 8) wykryciu choroby na jak najwcześniejszym etapie rozwoju,
- 9) ograniczeniu niesprawności i inwalidztwa, a także zapobiega powstawaniu niekorzystnych wzorów zachowań społecznych, mających wpływ na podwyższenie ryzyka wystąpienia choroby,
- 10) podjęciu szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie lub hamujących postęp już istniejącej choroby i ograniczenie powikłań zdrowotnych z nią związanych.

Wskazane powyżej działania prozdrowotne i prewencyjne, pomimo, że odnoszą się do dużej grupy osób, są znacznie tańsze niż leczenie mniejszej liczby osób. Dlatego tak ważna jest promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna, obejmująca różnego rodzaju inicjatywy i działania realizowane zarówno przez organy i instytucje powołane do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, jak i przez inne jednostki, w tym podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego. Niebagatelną rolę w promowaniu zdrowego stylu życia odgrywają placówki oświatowe, w tym przedszkola i szkoły, których organem założycielskim jest Gmina Choroszcz.

Mówiąc o profilaktyce, należy wyróżnić, za Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020:

- 1) profilaktykę uniwersalną – „rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na całe populacje, to jest działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój; działania uniwersalne są realizowane np. w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym; przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub nikotynowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi;”
- 2) profilaktykę selektywną – „rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka, to jest działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego; działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do danej grupy; profilaktyka selektywna jest działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym;”
- 3) profilaktykę wskazującą – „rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub NSP bądź problemów

wynikających z uzależnień behawioralnych, ale jeszcze niespełniające kryteriów diagnostycznych uzależnienia, a także wskazujące na symptomy innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych. Przykładem profilaktyki wskazującej są interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami; niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem tych substancji).”

Profilaktykę można także dzielić w zależności od momentu podjęcia działań zapobiegawczych przeciwko danej chorobie [wg R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellstrom. „Podstawy epidemiologii”, Szkoła Zdrowia Publicznego, Instytut Medycy Pracy im. prof. J. Nofera; Łódź 2002] na:

- 1) Profilaktykę wczesną, której celem jest eliminacja takich społecznych, ekonomicznych i kulturowych wzorców życia, które przyczyniają się do podwyższenia ryzyka choroby (np. palenie papierosów, nieracjonalne żywienie);
- 2) Profilaktykę pierwotną, której celem jest zapobieganie chorobie przed jej rozwinięciem poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka (np. obniżenia cholesterolu celem zapobiegnięcia chorobie niedokrwiennej mięśnia sercowego);
- 3) Profilaktykę wtórną, której celem jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez wczesne wykrycie, leczenie i zapobieganie nawrotom (np. kontrola i leczenie nadciśnienia tętniczego krwi celem zapobiegnięcia rozwojowi choroby niedokrwiennej serca);
- 4) Profilaktykę trzeciej fazy (trzeciorzędową), której celem jest zahamowanie postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby (np. rehabilitacja kardiologiczna po zawale serca).

Podstawowymi działaniami zapobiegawczymi, przeciwdziałającymi wystąpieniu choroby lub sprzyjającym jej wczesnym wykryciu jest wykonywanie badań profilaktycznych, które można podzielić na trzy grupy:

- 1) Testy i badania przesiewowe (tzw. skrining) - są to stosunkowo proste i niekosztowne testy diagnostyczne wykorzystywane w badaniach dużych grup ludności, w celu wykrycia wczesnych stadiów chorobowych, np. powszechne badania lekarskie dzieci w szkołach, badania w kierunku próchnicy zębów;
- 2) Profilaktyczne badania lekarskie, laboratoryjne i rtg różnych grup zawodowych;
- 3) Inne badania profilaktyczne u dorosłych w celu wczesnego wykrycia najczęstszych chorób np. badania mammograficzne w kierunku wykrycia raka piersi, badania cytologiczne, badania poziomu PSA u mężczyzn (badanie w celu wczesnego wykrycia raka prostaty), badania ciśnienia tętniczego krwi, badania cholesterolu, glukozy.

Gmina Choroszcz pragnie wspierać swoich mieszkańców w podejmowaniu prozdrowotnych decyzji, by potęgować wartość i bogactwo, jakim jest zdrowie oraz w pełni wykorzystywać je, jako środek do osiągnięcia lepszej jakości życia swoich mieszkańców. Celem tym ma służyć uchwalenie niniejszego Programu, który jednocześnie wpisuje się w realizację celu strategicznego „wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu” oraz większości celów operacyjnych, wyszczególnionych w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, ponadto jest zgodny z priorytetami zdrowotnymi, wskazanymi w publikacji: Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., będącymi odzwierciedleniem najistotniejszych, zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych województwa podlaskiego.

Położenie i powierzchnia gminy Choroszcz

Gmina Choroszcz położona jest w środkowej części województwa podlaskiego i zachodniej części powiatu białostockiego, w bezpośrednim sąsiedztwie miasta Białystok – stolicy województwa. Od wschodu graniczy z gminą Juchnowiec Kościelny, od południa z gminami Łapy i Turośń Kościelna, od zachodu z gminami Kobylin Borzymy i Sokoły, od północy z gminą Tykocin i Dobrzyniewo Kościelne. Zachodnia granica biegnie bagienną doliną Narwi, wśród labiryntu wodnego „polskiej Amazonii” Narwiańskiego Parku Narodowego. Choroszcz wchodzi w skład obszaru tzw.: „Zielonych Płuc Polski”

– obszaru o najmniej zmienionym i zanieczyszczonym środowisku naturalnym. Jest to gmina o charakterze miejsko-wiejskim, administracyjnie podzielona na 34 miejscowości i 32 sołectwa.

Gmina zajmuje powierzchnię 163,8 km², co stanowi 5,5% powierzchni powiatu białostockiego i 0,8% powierzchni województwa podlaskiego.

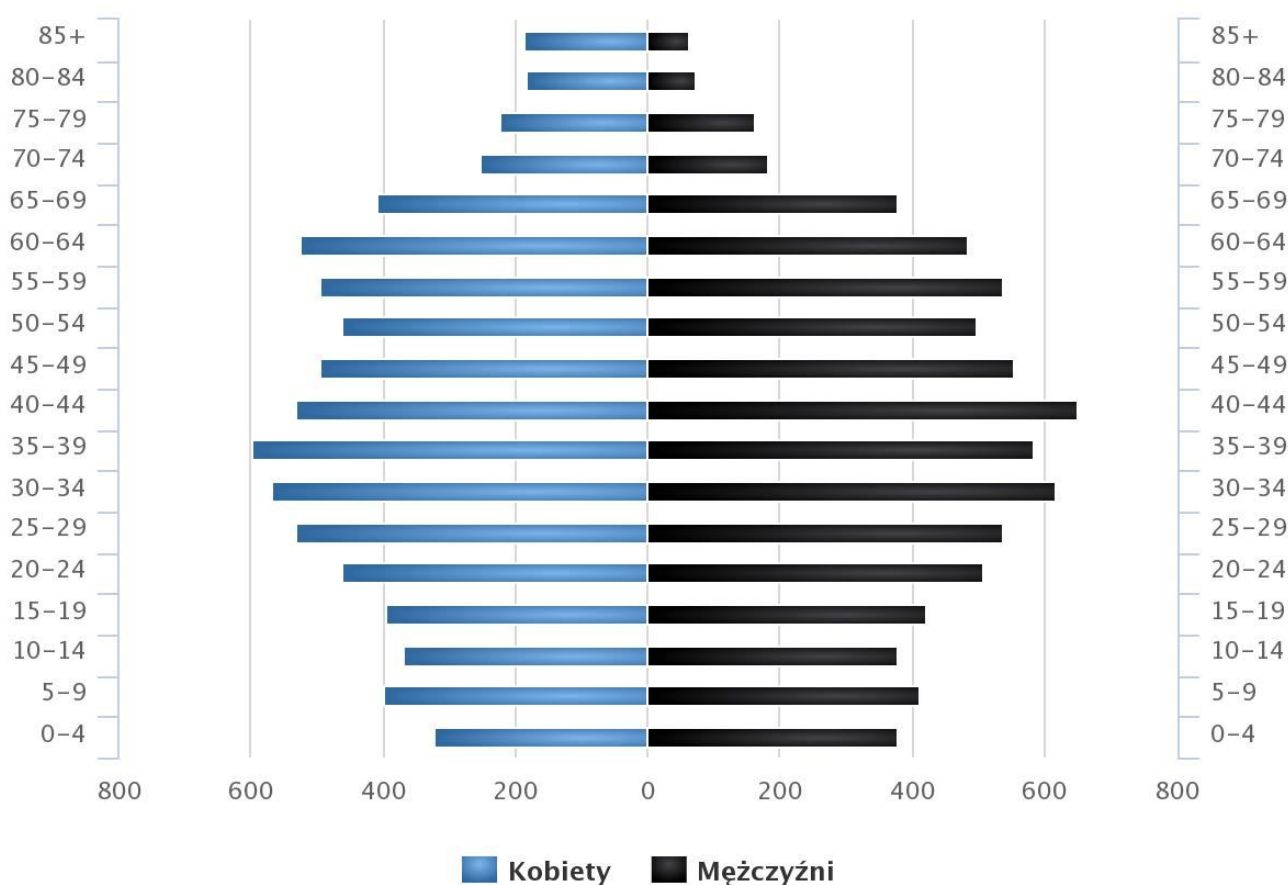
Przez teren gminy Choroszcz przebiega ważny szlak komunikacji drogowej, mianowicie droga ekspresowa S8 relacji Wrocław – Białystok. Trasa łączy aglomeracje: wrocławską, łódzką, warszawską i białostocką. Trasa na odcinku Wrocław – Ostrów Maz. stanowi polską część trasy E67, natomiast odcinek Warszawa – Ostrów Mazowiecka to polski odcinek trasy Via Baltica - fragmentu drogi międzynarodowej E67 łączącej Europę Środkową z Finlandią. Natężenie ruchu na drodze ekspresowej S8 wynosi ok 20 tys. pojazdów.

Sytuacja demograficzna i społeczna mieszkańców gminy Choroszcz

Jak wskazują dane przygotowane i udostępnione przez Bank Danych Lokalnych w publikacji „Statystyczne Vademecum Samorządowca 2017”, gminę Choroszcz zamieszkuje ponad 14 tysięcy mieszkańców, co stanowi 10,1% ludności powiatu. Liczba ludności gminy sukcesywnie rośnie. W latach 2002-2016 liczba mieszkańców wzrosła o 18,0%. 63,9% mieszkańców gminy Choroszcz jest w wieku produkcyjnym, 18,4% w wieku przedprodukcyjnym, a 17,8% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym.

Piramida wieku mieszkańców gminy Choroszcz, 2016

(Źródło: GUS)



www.polskawliczbach.pl

Gęstość zaludnienia w gminie w 2016 r. roku wyniosła 91 osób/km², a w całym powiecie białostockim 49 osób/km². Struktura płci w 2016 r. kształtowała się w stosunku 1:1, tj. na 100 mężczyzn przypadło 100 kobiet. Średni wiek mieszkańców wyniósł 39,7 lat i był nieznacznie niższy od średniego wieku mieszkańców województwa podlaskiego i średniego wieku mieszkańców całej Polski.

W przedziale wiekowym odpowiadającym edukacji w szkołach wyższych (19-24 lat) znajduje się 26,7% mieszkańców gminy Choroszcz (26,2% kobiet i 27,2% mężczyzn), zaś w wieku potencjalnej nauki (3-24 lata): 3 629 mieszkańców gminy Choroszcz (w tym 1 761 kobiet oraz 1 868 mężczyzn). W porównaniu do całego województwa podlaskiego mieszkańcy gminy Choroszcz mają analogiczny poziom wykształcenia. Na tysiąc dzieci w wieku przedszkolnym, 587 uczęszcza do placówek wychowania przedszkolnego. Na jedno miejsce w placówce wychowania przedszkolnego przypada 1,46 dzieci w wieku przedszkolnym. W grupie wiekowej 3-24 lata na poziomie podstawowym (7-12 lat) kształcą się 26,3% ludności (26,6% wśród dziewczynek i 25,9% wśród chłopców). Wśród mieszkańców w wieku potencjalnej nauki, 13% zalicza się do przedziału wiekowego 13-15 lat - kształcenie na poziomie gimnazjalnym (13,3% wśród dziewczyn i 12,7% wśród chłopaków). Na 1 oddział w szkołach gimnazjalnych przypada 25 uczniów. W grupie wiekowej 3-24 lata, na poziomie ponadgimnazjalnym (16-18 lat) kształcą się 18,1% mieszkańców (17,7% wśród dziewczyn i 18,6% wśród chłopaków). Na 1 oddział w szkołach ogólnokształcących przypada 8 uczniów.

Poziom wykształcenia – Gmina Choroszcz

(Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011)



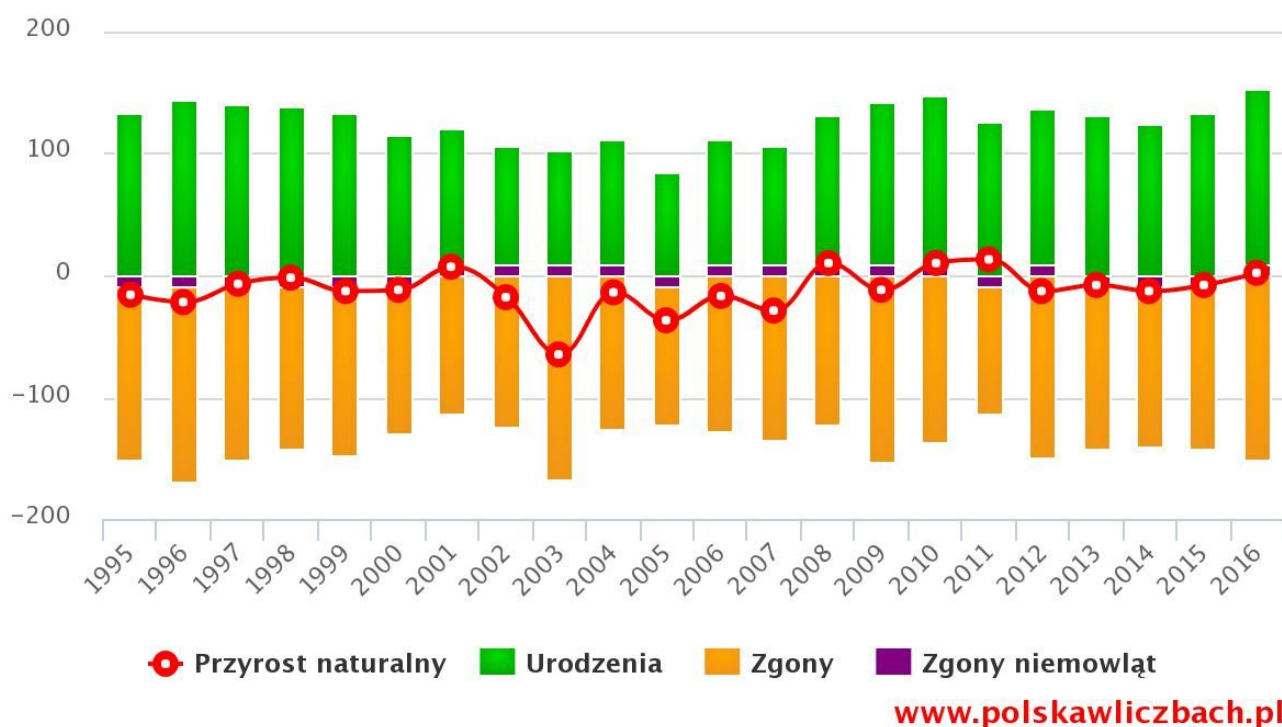
www.polskawliczbach.pl

Przyrost naturalny w roku 2016 w gminie Choroszcz wyniósł +2. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu +0,1 na 1000 mieszkańców gminy Choroszcz. W 2016 roku urodziło się 154 dzieci, w tym 40,9% dziewczynek i 59,1% chłopców.

Saldo migracji sięgnęło 157. W 2016 roku zarejestrowano 332 wnioski o zameldowanie w ruchu wewnętrznym oraz 174 o wymeldowanie, w wyniku czego saldo migracji wewnętrznych wyniosło dla gminy Choroszcz 158. W tym samym roku, 4 osoby zameldowały się z zagranicy, a 5 wymeldowało za granicę - daje to saldo migracji zagranicznych wynoszące -1.

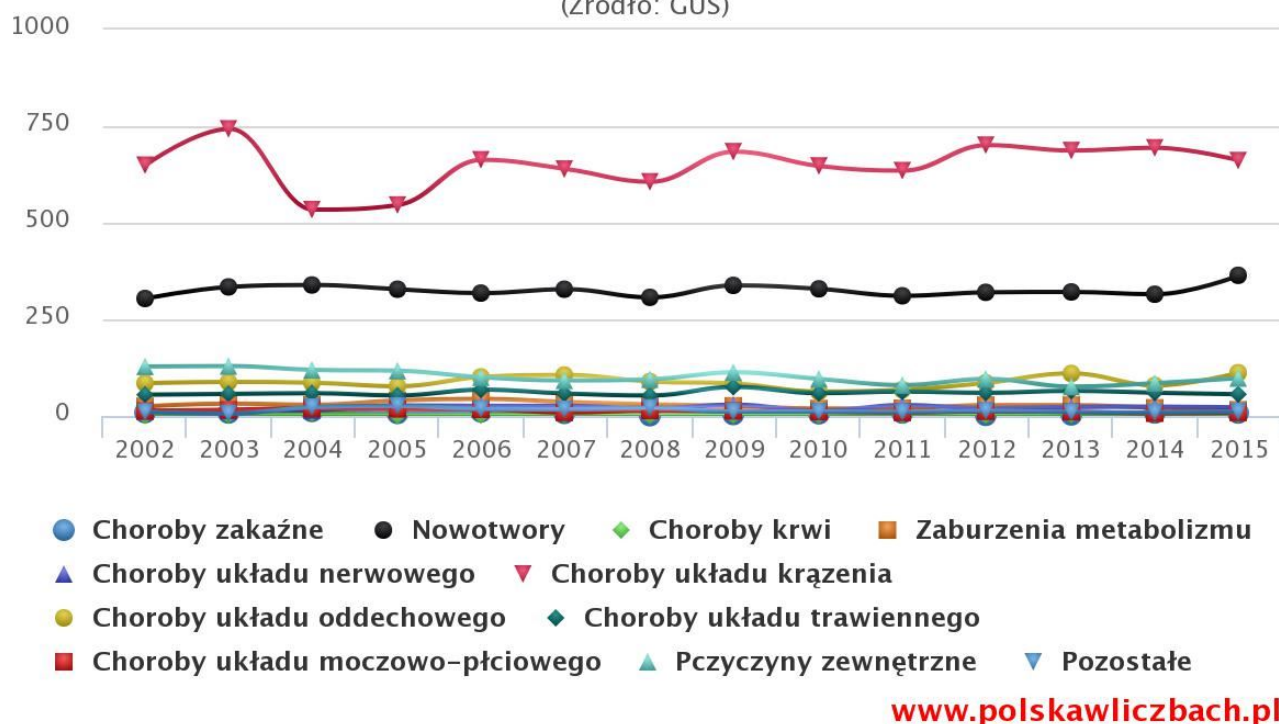
Przyrost naturalny w latach 1995–2016 w gminie Choroszcz

(Źródło: GUS)



Przyczyny zgonów w powiecie białostockim w latach 2002 – 2015

(Źródło: GUS)



Badania wskazują, że 45,6% zgonów odnotowanych w gminie Choroszcz spowodowanych było chorobami układu krążenia, przyczyną 21,3% zgonów w gminie Choroszcz były nowotwory, a 7,3% zgonów spowodowanych było chorobami układu oddechowego. Na 1000 ludności gminy Choroszcz

przypada 10,27 zgonów. Jest to wartość porównywalna do wartości średniej dla województwa podlaskiego i wartości średniej dla kraju.

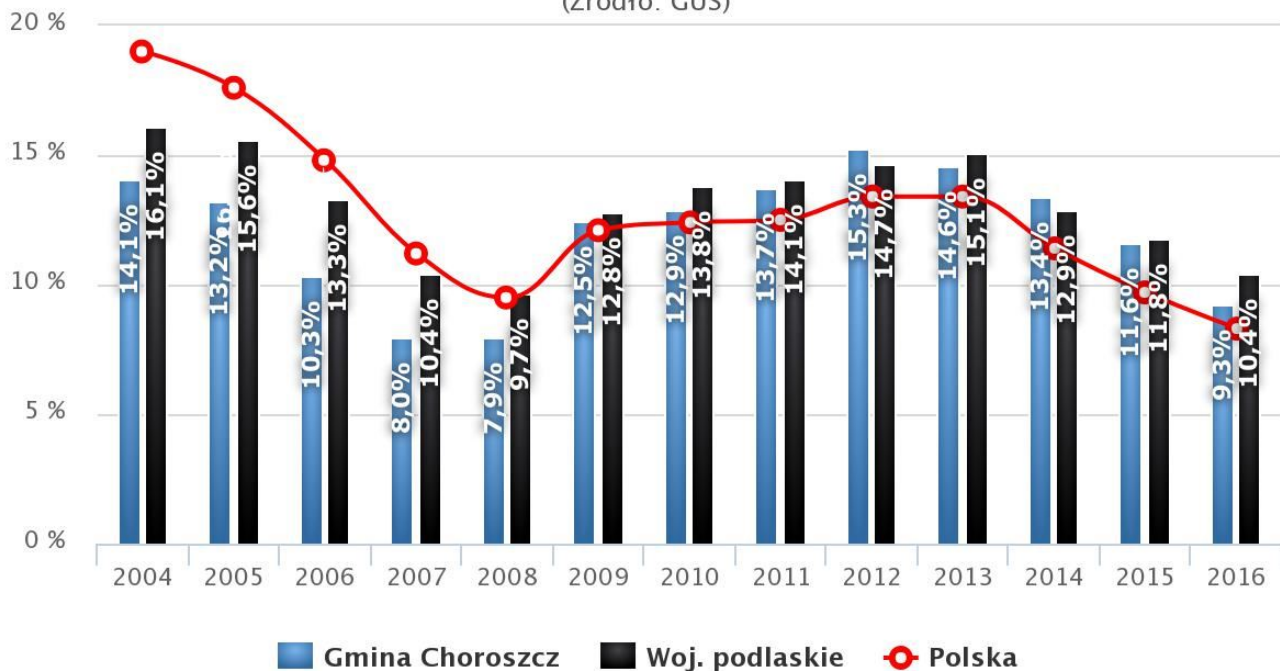
Zgodnie z danymi statystycznymi dotyczącymi rynku pracy i zatrudnienia, w 2016 r. w gminie Choroszcz, na 1000 mieszkańców pracowało 270 osób (z wyłączeniem pracujących w jednostkach budżetowych działających w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego, osób pracujących w gospodarstwach indywidualnych w rolnictwie, duchownych oraz pracujących w organizacjach, fundacjach i związkach; bez podmiotów gospodarczych o liczbie pracujących do 9 osób, wg faktycznego miejsca pracy i rodzaju działalności). W analogicznym okresie w województwie podlaskim na 1000 mieszkańców pracowało znacznie mniej, bo tylko 186 osób, a w Polsce 240 osób.

Bezrobocie rejestrowane (stosunek liczby zarejestrowanych bezrobotnych do liczby ludności aktywnej ekonomicznie, tj. zasobu siły roboczej danej populacji) w gminie Choroszcz wynosiło w 2016 r. 9,3% (w 2015 r.– sięgało 11,6%), przy czym w równym stopniu dotknęło zarówno kobiety, jak i mężczyzn (9,3% wśród kobiet i 9,3% wśród mężczyzn).

42,5% wszystkich pracujących ogółem stanowiły kobiety, a 57,5% mężczyźni.

Szacunkowa stopa bezrobocia rejestrowanego w gminie Choroszcz w latach 2004 – 2016

(Źródło: GUS)

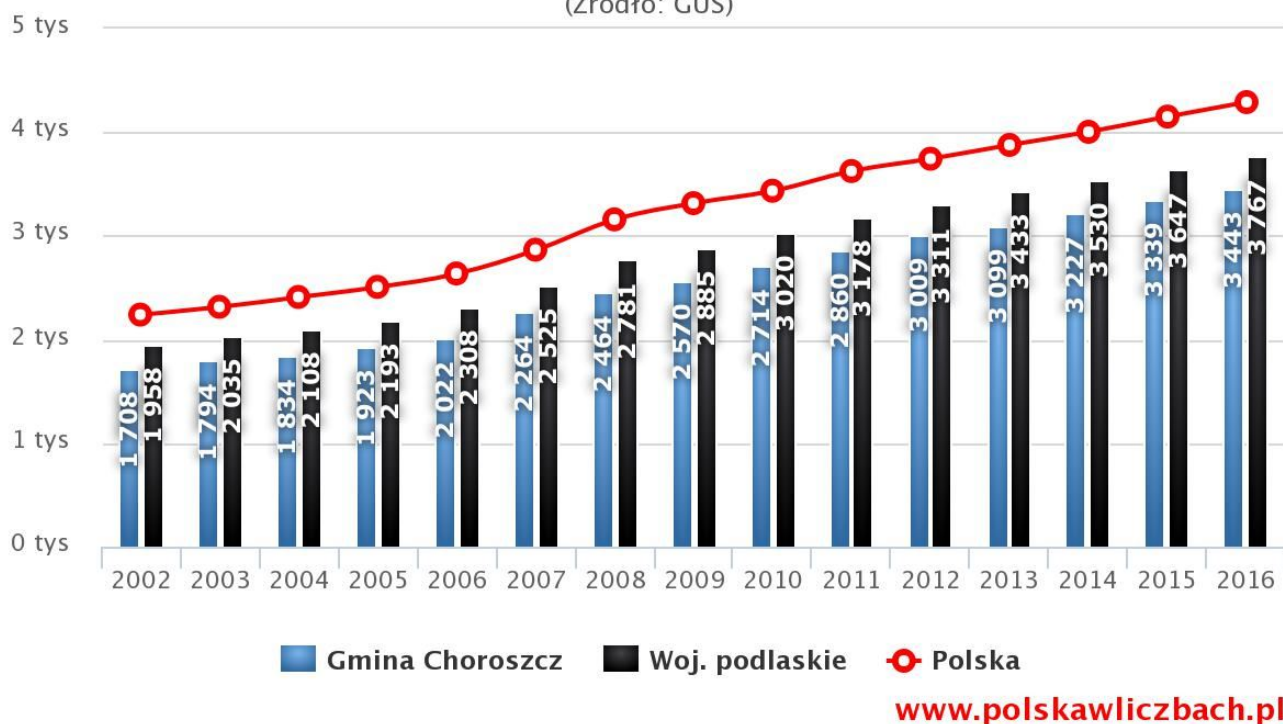


www.polskawliczbach.pl

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w 2016 r. odnotowano na poziomie 3 443,05 zł, co odpowiada 80,20% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w Polsce. 44,8% aktywnych zawodowo mieszkańców gminy Choroszcz pracuje w sektorze rolniczym (rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo), 24,7% w przemyśle i budownictwie, a 13,5% w sektorze usługowym (handel, naprawa pojazdów, transport, zakwaterowanie i gastronomia, informacja i komunikacja) oraz 1,0% pracuje w sektorze finansowym (działalność finansowa i ubezpieczeniowa, obsługa rynku nieruchomości). Wśród aktywnych zawodowo mieszkańców gminy Choroszcz 1 177 osób wyjeżdża do pracy do innych gmin, a 940 pracujących przyjeżdża do pracy spoza gminy - tak więc saldo przyjazdów i wyjazdów do pracy wynosi -237.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto (PLN) w gminie Choroszcz w latach 2002 – 2016

(Źródło: GUS)



Suma wydatków z budżetu gminy Choroszcz wyniosła w 2015 roku 32,1 mln złotych, co daje 2,2 tys. złotych w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Największą część budżetu gminy Choroszcz – 40,4% została przeznaczona na Dział 801 - Oświata i wychowanie. Duża część wydatków z budżetu przeznaczona została też na Dział 852 - Pomoc społeczna (17,3%). Wydatki inwestycyjne stanowiły 2,8 mln złotych, czyli 8,6% wydatków ogółem.

Suma dochodów, jakie wpłynęły do budżetu gminy Choroszcz w 2015 roku wyniosła 39,7 mln złotych, co daje 2,7 tys złotych w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Oznacza to wzrost dochodów o 14,8% w porównaniu do roku 2014. W budżecie gminy Choroszcz dochód z tytułu podatków dochodowych od osób prawnych wynosił 29,0 złotych na mieszkańca (1,1%)

Cel główny, cele szczegółowe oraz adresaci Programu

Cel główny niniejszego Programu jest spójny z celem strategicznym wskazanym w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 i jest nim wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Cel główny jest także zgodny z priorytetami zdrowotnymi, wskazanymi w publikacji: Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., będącymi odzwierciedleniem najistotniejszych zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa podlaskiego.

Cel główny osiągnąć ma być przez:

- 1) kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa;
- 2) tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu;
- 3) aktywizowanie urzędu miejskiego, Rady Miejskiej i jednostek podległych, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnej do działań na rzecz zdrowia;
- 4) zapobieganie powstawaniu oraz minimalizowanie skutków chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;

- 5) zapobieganie powstawaniu oraz minimalizowanie skutków chorób nowotworowych, głównie poprzez edukację z zakresu czynników ryzyka powstawania ww. chorób;
- 6) zmniejszanie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczanie ich skutków;
- 7) zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne oraz minimalizowanie szkód zdrowotnych powstałych na skutek rozwijających się zaburzeń;
- 8) zmniejszanie zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 9) zmniejszanie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu oddechowego;
- 10) zwiększanie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- 11) zmniejszanie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji;
- 12) zmniejszanie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
- 13) zmniejszanie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszanie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
- 14) poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszanie występowania otyłości;
- 15) zwiększanie aktywności fizycznej ludności;
- 16) ograniczanie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
- 17) zmniejszanie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego gminy, kraju;
- 18) intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży;
- 19) wspomaganie finansowe w formie dotacji z budżetu gminy podmiotów wykonujących działalność leczniczą z przeznaczeniem na:
 - a) Realizację zadań w zakresie programu profilaktyki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia,
 - b) Zakup aparatury medycznej oraz wykonywania inwestycji,
 - c) Remonty,
 - d) Projekty finansowane z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej,
 - e) Pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Działania programu mogą być realizowane w formie warsztatów, seminariów, szkoleń, koncertów, zajęć edukacyjnych, przedsięwzięć sportowo-rekreacyjnych, konkursów, interwencji medycznych (np. szczepień ochronnych, badań, w tym badań okolicznościowych i innych), publikacji informacyjno-edukacyjnych i innych – pobudzających społeczność do wprowadzania pozytywnych zmian w sferze zachowań zdrowotnych a niezabronionych przepisami prawa.

Adresatami programu są osoby zamieszkujące teren gminy Choroszcz, osoby przebywające tymczasowo na terenie gminy oraz osoby, dla których Choroszcz jest ośrodkiem życia zawodowego, społecznego lub rodzinnego. Działania powinny koncentrować się na grupach populacji wymagających szczególnej opieki, tj.: matkach i noworodkach, dzieciach, młodzieży, osobach starszych i niepełnosprawnych, oraz osobach pracujących w szczególnie niebezpiecznych warunkach.

Realizatorzy

Głównym realizatorem zaplanowanych działań jest Urząd Miejski w Choroszczy. Dopuszczalna jest współpraca realizatora głównego z innymi podmiotami, w celu realizowania wskazanych w niniejszym Programie założeń. Współpraca może być podejmowana w szczególności z: Państwową Inspekcją Sanitarną, Starostwem Powiatowym w Białymstoku, Powiatową Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną, Powiatową Poradnią Psychologiczno – Pedagogiczną, Narodowym Funduszem Zdrowia, lokalnymi ośrodkami zdrowia, Miejsko-Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Choroszczy, Miejsko-Gminnym Centrum Kultury i Sportu w Choroszczy, Kołem Nr 15 Emerytów,

Rencistów i Inwalidów w Choroszczy, klubami sportowymi, podmiotami działalności leczniczej, związkami wyznaniowymi, jednostkami kulturalno-oświatowymi, stowarzyszeniami działającymi bezpośrednio lub pośrednio na rzecz ochrony i promocji zdrowia, osobami fizycznymi oraz innymi podmiotami wyrażającymi chęć działania na rzecz zdrowia.

Zadania Programu mogą być wykonywane przez wyżej wymienionego realizatora głównego na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, prowadzące działalność statutową w danej dziedzinie, wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert albo w trybie określonym w art. 19a tej Ustawy.

Źródła finansowania

Program ochrony zdrowia mieszkańców gminy Choroszcz na rok 2018 finansowany będzie z budżetu gminy Choroszcz, w ramach działu 851 – Ochrona Zdrowia, rozdziału 85195 – Pozostała Działalność.