Elektronicznie podpisany przez:
Michał Jaroch
dnia 29 czerwca 2018 r.

UCHWAŁA NR LXII/549/2018
RADY MIASTA MARKI

z dnia 27 czerwca 2018 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji Wieloletniej Strategii Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2018-2022

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 6a w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. 2018 r. poz. 994 ze zm.) oraz na podstawie art. 2 i art. 3. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2237 ze zm.) uchwala się co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji Wieloletnią Strategię Zdrowotną Gminy Miasto Marki na lata 2018-2022 w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Marki.

§ 3. Uchwala wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Masta
Marki

Michał Jaroch



Miasto
Marki

Wieloletnia Strategia Zdrowotna Gminy Miasto Marki

na lata 2018-2022

Marki 2018

Spis treści

Wieloletnia Strategia Zdrowotna Gminy Miasto Marki na lata 2018-2022 1

Wprowadzenie 4

Podstawa prawna 4

Podstawowe definicje 5

Podstawowe dane demograficzne 8

Podstawowe dane dotyczące infrastruktury zdrowotnej w Gminie Miasto Marki 10

Podstawowe dane dotyczące infrastruktury sportowej w Gminie Miasto Marki 11

Wydatki Gminy Miasto Marki na działania w zakresie ochrony zdrowia 12

Podstawowa epidemiologia chorób w Gminie Miasto Marki 13

Epidemiologia chorób cywilizacyjnych 13

Sytuacja zdrowotna mieszkańców Marek 18

Ankieta oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy Miasto Marki. 24

Ocena stanu zdrowia 24

Ocena dostępności do oferty medycznej na terenie Marek 25

Działania samorządu w zakresie ochrony zdrowia 25

Wnioski z danych epidemiologicznych oraz ankiety 25

Strategia Zdrowotna na lata 2018-2022 dla Gminy Miasto Marki 27

Cel strategiczny: 27

Realizacja celu strategicznego 27

Cel Operacyjny 1 – Zwiększenie uczestnictwa w dostępnych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 28

Działania operacyjne: 28

Cel Operacyjny 2 – Promowanie prozdrowotnych postaw oraz wiedzy dotyczącej uwarunkowań zdrowia 29

Działania operacyjne 29

Cel Operacyjny 3 – Realizacja zadań z zakresu polityki zdrowotnej nastawionych na uzyskanie największych korzyści zdrowotnych dla mieszkańców 30

Działania operacyjne: 30

Cel Operacyjny 4 – Zwiększenie kompetencji administracji samorządowej oraz realizatorów zadań w zakresie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej. 31

Działania operacyjne: 32

Mierniki efektywności strategii zdrowotnej 32

Cel Operacyjny 1 – Zwiększenie uczestnictwa w dostępnych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 32

Cel Operacyjny 2 – Promowanie prozdrowotnych postaw oraz wiedzy dotyczącej uwarunkowań zdrowia 33

Cel Operacyjny 3 – Realizacja zadań z zakresu polityki zdrowotnej nastawionych na uzyskanie największych korzyści zdrowotnych dla mieszkańców 34

Cel Operacyjny 4 – Zwiększenie kompetencji administracji samorządowej oraz realizatorów zadań w zakresie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej 34

Zakończenie 34

Załącznik nr 1 – wyniki ankiety oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy Miasto Marki. 36

Dane podstawowe 36

Ocena dostępności do opieki zdrowotnej i infrastruktury sportowej 38

Samoocena stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych mieszkańców Marek 40

Wprowadzenie

Zdrowie jest jednym z najważniejszych elementów jakości życia. Dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny wpływa na najistotniejsze aspekty życia osobistego, rodzinnego, społecznego. Jego optymalny poziom ułatwia pełne uczestnictwo w przestrzeni zawodowej i międzyludzkiej. Zgodnie z paradygmatem Lalonda – kanadyjskiego ministra zdrowia z lat 70. XX wieku – stan zdrowia w największym stopniu zależy od stylu życia. Właściwe zachowania żywieniowe, aktywność fizyczna, umiejętność radzenia sobie ze stresem, czy korzystania ze wsparcia społecznego odgrywają zasadniczą rolę w budowaniu potencjału zdrowotnego człowieka.

Wdrożenie przez Gminę Miasto Marki wieloletniej strategii zdrowotnej na lata 2018-2022 jest wyrazem troski władz o zdrowie mieszkańców Marek i strategicznego planowania w tym zakresie. Cele i działania opisane w Strategii mają przede wszystkim wspierać dbanie o zdrowie oraz wpływać na jego umacnianie. Realizowane to będzie przede wszystkim dzięki szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej i tworzeniu warunków sprzyjających zdrowiu. Rozszerzone i udoskonalone zostaną również działania z zakresu profilaktyki chorób, skierowane do grup zwiększonego ryzyka zachorowań.

Planowane działania wymagają współpracy licznych środowisk: administracji samorządowej, podmiotów prywatnych, publicznych, organizacji pozarządowych a przede wszystkim samych mieszkańców Marek. Wyłącznie zaplanowany, wspólny wysiłek, opisany miernikami i kryteriami sukcesu pozwoli na podniesienie stanu zdrowia, a przez to poprawę jakości życia społeczności lokalnej .

Podstawa prawna

1. art. 68 ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.),
2. art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U.2018 poz. 994)
3. art. 6., art. 7. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016, poz. 1938 ze zm.)
4. art. 2., art. 3. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U.2017 poz. 2237 ze zm.)

5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. 2016, poz. 1492)

Podstawowe definicje

Zdrowie – wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),[1] to: stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Zdrowie to również zdolność do pełnienia ról społecznych, adaptacji do zmian środowiska i radzenia sobie z tymi zmianami.

We współczesnej koncepcji zdrowia podkreśla się także, że zdrowie jest:

- wartością – dzięki której każdy może realizować swoje aspiracje, zmieniać środowisko i radzić sobie z nim;
- zasobem – gwarantującym rozwój społeczeństwa;
- środkiem – do codziennego życia umożliwiającym lepszą jego jakość.

Fundamentalne warunki zapewniające zdrowie to: pokój, stabilny system ekonomiczny, odtwarzalne zasoby naturalne, globalne i lokalne bezpieczeństwo obejmujące bezpieczeństwo ekonomiczne, a także mieszkanie, żywienie, edukacja, zarobki, sprawiedliwość i równość społeczna.

Największe znaczenie i wpływ na zdrowie ma prozdrowotny styl życia, czyli świadome zachowania sprzyjające utrzymaniu i ochronie zdrowia. Pod tym hasłem kryją się:

- aktywność fizyczna;
- racjonalne żywienie;
- utrzymywanie czystości ciała i otoczenia;
- zachowanie bezpieczeństwa;
- radzenie sobie ze stresem;
- poddawanie się profilaktycznym badaniom medycznym, itp.

Promocja zdrowia[2] – wg ustawy o działalności leczniczej to: działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi

[1] http://www.izp.wroclaw.pl/54/125/artykuly/strona-glowna.html
[2] Art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2016, poz. 1638 ze zm.)

stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia odbyła się w 1986 roku w Ottawie. Podczas niej określono działania promocyjne w sferze zdrowia, takie jak[3]:

- budowanie prozdrowotnej polityki społecznej;
- tworzenia środowisk sprzyjających zdrowiu;
- wzmacnianie działań zbiorowych;
- rozwijanie umiejętności indywidualnych;
- reorientacja służby zdrowia.

Obecnie publiczny udział w określaniu problemów, podejmowanie decyzji dotyczącej poprawy lub zmiany czynników warunkujących zdrowie to naczelne zadania promocji zdrowia. Do podstawowych działań promocji zdrowia zalicza się obecnie trzy nierozłączne elementy:

- edukację zdrowotną;
- zapobieganie chorobom;
- lokalną politykę zdrowotną.

Profilaktyka zdrowotna[4] – to: działania mające na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie.

Prowadzenie działań profilaktycznych przynosi w krótszej lub dłuższej perspektywie wymierne korzyści w postaci:

- poprawy świadomości zdrowotnej populacji;
- zwiększenia zaangażowania społecznego;
- poprawy stanu zdrowia społeczeństwa;
- zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju;
- zmniejszenia liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem;

[3] http://www.lepszezdrowie.info/edytorial3-profilaktyka.htm
[4] http://www.wz.wzp.pl/prewencja-zdrowotna-profilaktyka

- zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów;
- zmniejszenia absencji chorobowej;
- obniżenia kosztów leczenia;
- mniejszych strat finansowych (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne).

Edukacja zdrowotna[5] – proces, w trakcie którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych osób. Koncentruje się ona na uświadamianiu związków między zdrowiem człowieka a jego stylem życia oraz środowiskiem fizycznym i społecznym. Edukacja zdrowotna obejmuje głównie działania informacyjne, których bezpośrednim celem jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań, motywacji i umiejętności, a co za tym idzie postaw zdrowotnych jednostki, które powinny prowadzić do realizacji zachowań służących zdrowiu.

Polityka zdrowotna – to część polityki społecznej, służącej zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Opiera się na kilku głównych założeniach:[6]

- rozeznaniu rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- analizie sprawności działającego systemu opieki zdrowotnej, ocenie jego zasobów intelektualnych i materialnych, poziomu i jakość udzielanych świadczeń;
- uwzględnianiu potencjału i rezerw w zakresie postępu naukowego i technicznego medycyny;
- kalkulacji rzeczywistych kosztów lecznictwa;
- współodpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa wszystkich sektorów mających bezpośredni i pośredni wpływ na promocję, zachowanie i ochronę zdrowia.

Polityka zdrowotna to nic innego jak wybór problemów priorytetowych dla danej społeczności, oparty na analizie celów, grup docelowych i środków działania, jakie powinny zostać zastosowane.

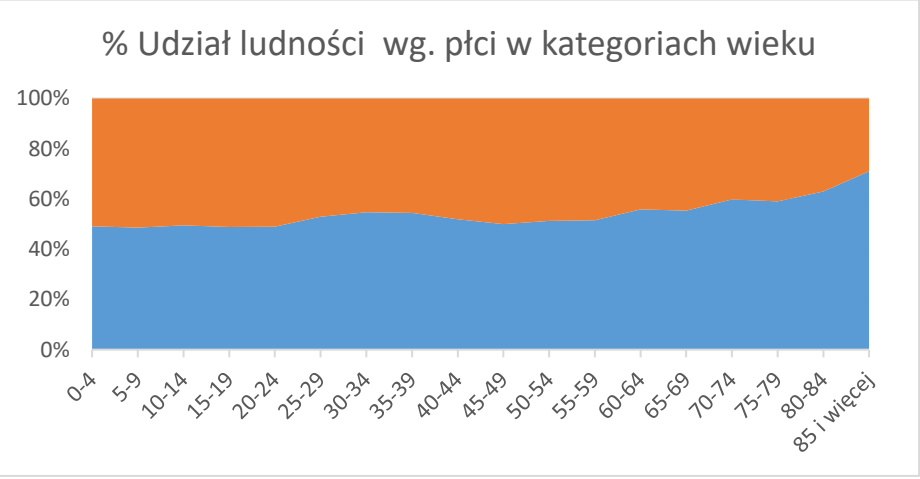
[5] http://www.lepszezdrowie.info/edytorial3-profilaktyka.htm
[6] http://epidemiologia.sum.edu.pl/wp-content/uploads/2012/10/Seminarium-2.pdf

Podstawowe dane demograficzne

Poniżej przedstawione zostały najbardziej aktualne dostępne dane Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące Gminy Miasto Marki[7]

Tabela. 1 Ludność Marek w podziale na kategorie wiekowe

Mieszkańcy Marek w 2017 r.			
	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Ogółem	17 120	15 566	32 686
0-4	1 120	1 158	2 278
5-9	1 185	1 253	2 438
10-14	1 070	1 091	2 161
15-19	849	890	1 739
20-24	854	890	1 744
25-29	1 131	1 006	2 137
30-34	1 458	1 209	2 667
35-39	1 766	1 476	3 242
40-44	1 688	1 567	3 255
45-49	1 180	1 179	2 359
50-54	888	842	1 730
55-59	868	815	1 683
60-64	971	766	1 737
65-69	776	625	1 401
70-74	464	311	775
75-79	326	226	552
80-84	266	156	422
85 i więcej	260	106	366



Rycina 1. Udział procentowy ludności wg. płci w poszczególnych grupach wiekowych

[7] Dane GUS: https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/teryt/kategoria/49601# dostęp 15.01.2018 r.

Tabela 2. Podstawowe dane demograficzne (wg. GUS 2017)

	2015	2016	2017
Mieszkańcy	30 595	31 687	32 686
w tym kobiety	16 014	16 594	17 120
urodzenia żywe	357	462	-
zgony	203	207	-
przyrost naturalny	154	255	-
mieszkańcy w wieku			
przedprodukcyjnym	6 230	6 541	6 877
produkcyjnym	20 310	20 882	21 322
poprodukcyjnym	4 055	4 264	4 487

Podstawowe dane demograficzne wskazują na kilka zasadniczych elementów istotnych w planowaniu wieloletniej strategii zdrowotnej:

- stały przyrost populacji Gminy Miasto Marki skutkuje stale zwiększającymi się potrzebami w zakresie usług społecznych, edukacyjnych i zdrowotnych;
- wysokie saldo migracji do Gminy Miasto Marki wskazuje na konieczność krótko i długofalowego planowania w zakresie włączania nowych grup mieszkańców w realizowane programy i działania w ramach polityki zdrowotnej Miasta;
- Gmina Miasto Marki jest gminą relatywnie „młodą demograficznie" na tle powiatu wołomińskiego oraz województwa mazowieckiego;
- obecnie gmina charakteryzuje się wysokim odsetkiem osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym. Jednak w kolejnych latach sukcesywnie będzie wzrastał udział osób w wieku poprodukcyjnym w strukturze społecznej gminy.

Podstawowe dane dotyczące infrastruktury zdrowotnej w Gminie Miasto Marki

Tabela 3. Podstawowe dane o organizacji opieki zdrowotnej w Markach

Podstawowe dane o organizacji opieki zdrowotnej			
	2015 r.	2016	2017
przychodnie ogółem	8	7	-
liczba udzielonych porad lekarskich ogółem	179 037	179 058	-
porady w POZ ogółem	118 109	122 792	-
ludność na aptekę ogólnodostępną	3 060	2 881	-
apteki	10	11	-

Liczba wizyt w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadająca na 1 mieszkańca wynosi: 4 wizyty/rok.

W Gminie Miasto Marki działają trzy podmioty lecznicze, świadczące usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- Centrum Medyczne Marki sp. z o.o., ul. Kasztanowa 8;
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kardio-Med", ul. Sportowa 3;
- "Esculap" sp. z o.o., ul. Fabryczna 1.

Jednocześnie „Kardio-Med” oraz „Esculap” prowadzą szeroki zakres świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (na podstawie umowy z NFZ) w licznych zakresach, m.in.: diabetologii, endokrynologii, alergologii, okulistyki, chirurgii, kardiologii, neurologii, położnictwa i ginekologii, dermatologii i wenerologii.

Gmina Miasto Marki nie jest właścicielem żadnych podmiotów leczniczych, w oparciu o które mogłyby być prowadzone działania medyczne i profilaktyczne we własnym zakresie.

W oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia można uznać, że dostęp zarówno do usług podstawowej opieki zdrowotnej jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie Gminy Miasto Marki jest powyżej wartości średniej dla mieszkańców województwa mazowieckiego[8].

[8] https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/search.aspx

Podstawowe dane dotyczące infrastruktury sportowej w Gminie Miasto Marki

W ramach infrastruktury sportowej na terenie Miasta Marki istnieją następujące obiekty:

- stadion miejski przy ul. Wspólnej
- kompleksy boisk sportowych „Orlik" przy ul. Stawowej oraz ul. Okólnej
- funkcjonują również boiska oraz sale gimnastyczne przy wszystkich szkołach,
- kort tenisowy przy al. Marszałka Józefa Piłsudskiego
- na etapie realizacji inwestycji jest „Mareckie Centrum Edukacyjno–Rekreacyjne" przy ul. Wspólnej, w skład którego wchodzić będzie m.in. basen, sala sportowa, pełnowymiarowe boisko z bieżnią, trzy boiska wielofunkcyjne oraz miasteczko ruchu drogowego.

Głównym organizatorem sportowych zajęć (wyczynowych) dla dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych jest Miejski Klub Sportowy „Marcovia". Dodatkowo na terenie Miasta działa 6 uczniowskich klubów sportowych.

Tab.4 Kluby sportowe w Markach (wg. GUS 2016)

kluby sportowe	2016 r.
liczba klubów	10
członkowie	1 214
ćwiczący ogółem	1 188
ćwiczący mężczyźni	844
ćwiczący kobiety	344
ćwiczący do lat 18 ogółem	1 108
sekcje sportowe	14
trenerzy	25
instruktorzy sportowi	18
inne osoby prowadzące zajęcia sportowe	4

Wydatki Gminy Miasto Marki na działania w zakresie ochrony zdrowia

Zgodnie z informacjami pozyskanymi od Wydziału Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miasta Marki wysokość wydatków na działania z zakresu ochrony zdrowia i upowszechniania oraz rozwoju sportu kształtowała się w następujący sposób:

- 2014 – 72 349,48 zł oraz 640 000 zł w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii
- 2015 – 289 614,68 zł oraz 669 100 zł w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii
- 2016 – 359 814,17 zł oraz 790 000 zł w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii.

Dane te wskazują na istotny, dynamiczny przyrost wydatków na działania w zakresie zdrowia i aktywności fizycznej – ponad 4 razy w okresie ostatnich 4 lat.

W poprzednich latach samorząd gminny finansował m.in.:

- szczepienia ochronne przeciwko grypie, dla osób po 65 r.ż.;
- wsparcie funkcjonowania hospicjum domowego;
- „Marecką Senioradę" – projekt promujący zdrowy styl życia wśród seniorów;
- wsparcie działań profilaktycznych m.in. badań mammograficznych;
- „Marecką Szkołę Rodzenia" – zajęcia dedykowane dla rodziców oczekujących dziecka;
- zadania dotyczące uprawiania sportu i aktywności fizycznej przez różne grupy mieszkańców (m.in. Program Aktywny Senior 60+, Ruszamy Mamy)
- w zakresie działań edukacyjnych skierowanych do dzieci (np. „Szpital Pana Cegiełki").

Podstawowa epidemiologia chorób w Gminie Miasto Marki

Ze względu na ograniczoną możliwość opierania się w przygotowywaniu strategii na lokalnych danych epidemiologicznych, w opracowaniu danych posługiwano się najbliższymi możliwymi danymi – powiatu wołomińskiego, województwa mazowieckiego lub danymi ogólnopolskimi. W zakresie możliwym do pozyskania oparto się o dane Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z danymi uzyskanymi z MOW NFZ. Dane dotyczą przede wszystkim leczenia ambulatoryjnego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i leczenia specjalistycznego (AOS). Wszelkie dane obarczone są błędem wynikającym z niedokładności reprezentacji danych wojewódzkich czy ogólnokrajowych dla mieszkańców Gminy Miasto Marki. Zaznaczyć jednak należy, że błąd ten i różnice w danych możliwych do porównania (dane NFZ) wskazują na niewielkie, nieistotne statystycznie różnice w stanie zdrowia, zachowaniach zdrowotnych mieszkańców Marek od mieszkańców Województwa Mazowieckiego czy danych ogólnopolskich. Ze względu na wysoką nieefektywność (finansową, kosztową, organizacyjną) pozyskiwania danych na poziomie gminy wielkości Gminy Miasto Marki zastosowanie danych regionalnych jest w pełni uzasadnione i dopuszczalne.

Epidemiologia chorób cywilizacyjnych

Choroby cywilizacyjne są też nazywane chorobami stylu życia, wywoływane są przez czynniki o charakterze genetycznym i behawioralnym oraz związane są z zachowaniami zdrowotnymi każdego człowieka oraz dostępnością i jakością opieki zdrowotnej. Do głównych chorób cywilizacyjnych zaliczane są: choroby układu sercowo-naczyniowego (w tym miażdżyca naczyń krwionośnych, zawały mięśnia sercowego, udary mózgu), część chorób nowotworowych, zaburzenia metaboliczne – hipercholesterolemia oraz cukrzyca typu 2-go.

Postęp technologiczny i dynamicznie zmieniające się warunki życia społeczeństwa wpływają na styl życia, co przekłada się na powstawanie wielu chorób, którym można zapobiec. W Polsce obok takich niechorobowych przyczyn jak ciąża, poród, połóg, choroby cywilizacyjne są najczęstszą przyczyną absencji pracowników oraz zgonów. Mają tym samym

konsekwencje ekonomiczne i stanowią istotną barierę we wzroście ekonomicznym oraz społecznym populacji krajowej i lokalnej.

Tabela 5. Absencja chorobowa ogółem oraz jej struktura w woj. mazowieckim w 2016 r.

Przyczyny absencji chorobowej	Absencja chorobowa w kraju		Liczba dni absencji chorobowej w woj. mazowieckim	
	Liczba dni w tys.	Struktura	Liczba dni w tys.	Struktura
Ogółem	238 659,8	100%	31 198,3	100%
Ciąża, poród, połóg	45 677,2	19,1%	6 749,4	21,6%
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	36 448,0	15,3%	4 501,3	14,4%
Choroby układu oddechowego	29 240,4	12,3%	4 196,2	13,5%
Urazy, zatrucia	33 234,,9	13,9%	3 845,6	12,3%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	18 950,2	7,9%	2 837,7	9,1%
Choroby układu nerwowego	20 062,3	8,4%	2 179,0	7,0%
Choroby układu krążenia	12 239,7	5,1%	1 440,6	4,6%
Choroby układu trawiennego	10 195,4	4,3%	1 150,9	3,7%
Nowotwory	8 428,4	3,5%	1 112,9	3,6%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Absencja chorobowa w 2016 roku" ZUS, Warszawa 2017[9]

W roku 2016, w województwie mazowieckim ogólna liczba dni absencji chorobowej wynosiła ponad 31 mln. dni.

Należy jednak podkreślić, że występują zauważalne różnice w absencji chorobowej w zależności od grupy wiekowej[10]. Opracowanie ZUS "Absencja chorobowa w 2016" podaje, że:

- ciąża, poród i połóg dotyczy kobiet głównie w wieku 20-39 lat;
- urazy i zatrucia oraz choroby układu oddechowego są przyczyną absencji chorobowej głównie w grupie osób pomiędzy 20 a 59 rokiem życia;
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej najczęściej dotyczą grupy wiekowej 50-59 lat, w dużym stopniu są przyczyną absencji chorobowej także w grupach wiekowych 30-49 lat;

[9] „Absencja chorobowa w 2016 roku" ZUS, Warszawa 2017
[10] „Absencja chorobowa w 2016 roku" ZUS, Warszawa 2017

- choroby układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz choroby układu trawiennego są przyczyną absencji chorobowej głównie w grupie osób 30 – 59 lat;
- choroby układu krążenia oraz nowotwory są przyczyną absencji chorobowej przede wszystkim w przedziale wiekowym 50-59 lat i w grupie 40-49 lat;
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania dotyczą niemal wszystkich grup wiekowych, tj. w zakresie 20-59 lat;
- choroby układu trawiennego są przyczyną absencji chorobowej w grupie 30-59 lat;
- nowotwory są przyczyną absencji chorobowej głównie w grupie 40-59 lat.

Oznacza to, że najmniejsza absencja chorobowa występuje w grupie 20-29 lat. Grupami wiekowymi szczególnie narażonymi na pobyt na zwolnieniach lekarskich są grupy 40-59 lat i w nieco mniejszym stopniu 30-39 lat. a zatem działania prewencyjne i informacyjne należy kierować do wszystkich grup wiekowych. Zarówno do osób młodych – tak by przeciwdziałać występowaniu nieobecności w pracy oraz wśród osób starszych w celu zmniejszenia występowania potencjalnych przyczyn nieobecności.

Lista schorzeń będących przyczyną największej chorobowości hospitalizowanej kształtuje się odmiennie niż lista jednostek chorobowych powodujących największą absencję chorobową. w tym przypadku najistotniejszą przyczyną hospitalizacji są choroby układu krążenia, przyczyny zewnętrzne oraz choroby układu kostno-stawowego. Jedynie nowotwory złośliwe są podobnie jak w przypadku absencji chorobowej najrzadszą przyczyną częstości leczenia szpitalnego.

Tabela 6. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18 – 64 lat

Grupa chorób	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców - Polska	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców – woj. mazowieckie
Choroby układu krążenia	1330,9	1325,8
Urazy, zatrucia	922,2	921,1
Choroby układu kostno-stawowego	756,3	807,8
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	667,8	604,8
Choroby układu oddechowego	535,4	495,2
Nowotwory złośliwe	534,5	479,9

Źródło: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne.

W województwie mazowieckiem, w grupie wiekowej 18-64 lat tylko w przypadku chorób układu kostno-stawowego współczynnik standaryzowany chorobowości hospitalizowanej na 100 tys. mieszkańców jest większy niż ogółem dla kraju. w pozostałych grupach chorób sytuacja kształtuje się nieco lepiej niż średnia krajowa.

Tabela 7. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 65 i więcej lat

Grupa chorób	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców - Polska	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców – woj. mazowieckie
Choroby układu krążenia	10 527,1	10 155,9
Urazy, zatrucia	1 519,5	1 558,9
Choroby układu kostno-stawowego	1891,9	2 210,6
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	469,8	487,8
Choroby układu oddechowego	2 238,4	1 991,7
Nowotwory złośliwe	2 511,0	2 307,3

Źródło: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne. Załącznik nr 2, Warszawa, marzec 2014 r.

W grupie wiekowej 65 lat i więcej współczynniki chorobowości hospitalizowanej na 100 tys. mieszkańców są wyższe w województwie mazowieckim niż ogółem w kraju, w grupach chorób – urazy, zatrucia, choroby układu kostno-stawowego oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. W pozostałych grupach, tj. choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego oraz nowotwory złośliwe sytuacja jest lepsza w porównaniu do średnich współczynników dla kraju.

Oprócz analizy danych dotyczących absencji chorobowej i chorobowości hospitalizowanej ważnych informacji dostarczają także dane na temat przyczyn zgonów w Polsce.

Tabela 8. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18 – 64 lat

Grupa chorób	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców - Polska	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców – woj. mazowieckie
Nowotwory złośliwe	122,1	121,0
Choroby układu krążenia	106,1	112,0
Przyczyny zewnętrzne	64,2	76,7
Choroby układu oddechowego	14,5	15,5
Choroby układu kostno-stawowego	0,8	1,0

Najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce i w województwie mazowieckim w grupie wiekowej 18-64 lata są nowotwory złośliwe. Drugą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia a trzecią przyczyny zewnętrzne (wypadki komunikacyjne, zatrucia).

Tabela 9. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej

Grupa chorób	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców - Polska	Współczynniki standaryzowane na 100 tys. mieszkańców woj. mazowieckie
Nowotwory złośliwe	1 031,1	1 002,6
Choroby układu krążenia	2 280,4	2 165,7
Przyczyny zewnętrzne	112,7	117,8
Choroby układu oddechowego	262,0	327,8
Choroby układu kostno – stawowego	5,5	7,8

Źródło: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne. Załącznik nr 2, Warszawa, marzec 2014 r.

W przypadku osób w wieku 65 lat i więcej kolejność przyczyn zgonów jest inna. Pierwszą przyczyną zgonów w tej grupie są choroby układu krążenia, drugą nowotwory, a trzecią choroby układu oddechowego.

W opracowaniu wydanym przez Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny choroby układu krążenia są drugą przyczyną zgonów w grupach 25-44 lat – 17,0% i 45-64 lat – 29,9%. Natomiast w grupie 65 lat i więcej są najczęstszą przyczyną zgonów- 52,0%. Nowotwory złośliwe są najczęstszą przyczyną zgonów w grupie 45-65 lat – 36,4%. Również duży odsetek przyczyn zgonów stanowią w grupie 25-44 lat – 16,4%. Choroby układu oddechowego są przyczyną zgonów we wszystkich grup wiekowych w podobnym stopniu, tj. w grupie 15-24 lata, 25-44 lata, 45-64 lata – od 3,0% do 3,6%, a grupie 65 lat więcej – 5,4%. Zewnętrzne przyczyny zgonów dotyczą przede wszystkim osób młodych. Są najczęstszą przyczyną zgonów w populacji 15- 24 i 25 -44 lata – odpowiednio 69,9% i 35,5%.[11]

[11] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod redakcją B.Wojtyniaka, P.Goryńskiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016

Sytuacja zdrowotna mieszkańców Marek

Dzięki danym pochodzącym z Narodowego Funduszu Zdrowia możliwa jest częściowa ocena sytuacji zdrowotnej mieszkańców Marek na tle województwa mazowieckiego. Ze względu na fakt, że Gmina Miasto Marki nie jest właścicielem ani organem założycielskim dla podmiotów leczniczych znajdujących się na terenie gminy, nie jest możliwe opieranie się na danych pozyskanych od podmiotów leczniczych.

Dane NFZ zostały przedstawione dla grup chorób odpowiedzialnych za przedwczesne zgony lub obniżenie jakości życia mieszkańców. Uzyskano również dane dotyczące wykorzystania programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego (ChUK), raka piersi (mammografia), raka szyjki macicy (cytologia).

Tabela 10. Liczba kobiet w wieku 50-59 lat uczestniczących w programie profilaktyki raka piersi w latach 2012-2017

ROK	Badania profilaktyczne raka piersi (mammografia)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	630	1 735	36,31%	146 752	318 106	46,13%
2013	881	1 742	50,58%	131 604	319 010	41,25%
2014	686	1 783	38,47%	154 529	320 071	48,28%
2015	738	1 836	40,20%	127 687	320 947	39,78%
2016	612	1 901	32,19%	128 273	321 954	39,84%
2017	759	1 929	39,35%	118 120	324 667	36,38%
średnia dla lat 2012-2017			39,52%	średnia dla lat 2012-2017		41,95%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 11. Liczba w wieku 25-59 lat uczestniczących w programie profilaktyki raka szyjki macicy latach 2012-2017

ROK	Badania profilaktyczne raka szyjki macicy (cytologia)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	571	7 230	7,90%	89 091	1 325 440	6,72%
2013	539	7 258	7,43%	86 045	1 329 210	6,47%
2014	650	7 431	8,75%	95 825	1 333 628	7,19%
2015	587	7 649	7,67%	94 940	1 337 279	7,10%
2016	445	7 922	5,62%	74 822	1 341 475	5,58%
2017	561	8 037	6,98%	72 634	1 352 778	5,37%
średnia dla lat 2012-2017			7,39%	średnia dla lat 2012-2017		6,40%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 12. Liczba kobiet i mężczyzn w wieku 35, 40, 45, 50, 55 lat uczestniczących w programie profilaktyki chorób układu krążenia latach 2012-2017

ROK	Badania profilaktyczne choroby układu krążenia (ChUK)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	6	2 046	0,29%	9 147	132 248	6,92%
2013	2	2 004	0,10%	7 581	134 166	5,65%
2014	5	2 207	0,23%	8 498	136 276	6,24%
2015	3	2 274	0,13%	8 410	135 114	6,22%
2016	3	2 352	0,13%	7 556	133 470	5,66%
2017	16	2 420	0,66%	9 983	132 099	7,56%
średnia dla lat 2012-2017			0,26%	średnia dla lat 2012-2017		6,37%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 13. Liczba kobiet i mężczyzn w wieku 35, 40, 45, 50, 55 lat uczestniczących w programie profilaktyki chorób układu krążenia latach 2012-2017

ROK	choroba niedokrwienna serca (I20)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	200	28 920	0,69%	50 089	5 301 760	0,94%
2013	178	29 032	0,61%	43 601	5 316 840	0,82%
2014	118	29 722	0,40%	38 331	5 334 511	0,72%
2015	123	30 595	0,40%	36 125	5 349 114	0,68%
2016	115	31 687	0,36%	32 568	5 365 898	0,61%
2017	104	32 146	0,32%	29 270	5 411 112	0,54%
	średnia dla lat 2012-2017		0,47%	średnia dla lat 2012-2017		0,72%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 14. Liczba epizodów nagłego zatrzymania krążenia w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	nagłe zatrzymanie krążenia (I46)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	15	28 920	0,05%	4 218	5 301 760	0,08%
2013	10	29 032	0,03%	4 331	5 316 840	0,08%
2014	17	29 722	0,06%	4 774	5 334 511	0,09%
2015	13	30 595	0,04%	5 634	5 349 114	0,11%
2016	18	31 687	0,06%	5 525	5 365 898	0,10%
2017	21	32 146	0,07%	6 489	5 411 112	0,12%
	średnia dla lat 2012-2017		0,05%	średnia dla lat 2012-2017		0,10%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 15. Liczba osób leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	nadciśnienie tętnicze (I10-I15)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	3 404	28 920	11,77%	979 510	5 301 760	18,48%
2013	3 650	29 032	12,57%	1 003 381	5 316 840	18,87%
2014	3 689	29 722	12,41%	1 025 984	5 334 511	19,23%
2015	3 626	30 595	11,85%	975 077	5 349 114	18,23%
2016	3 656	31 687	11,54%	918 691	5 365 898	17,12%
2017	3 748	32 146	11,66%	880 278	5 411 112	16,27%
	średnia dla lat 2012-2017		11,97%	średnia dla lat 2012-2017		18,03%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 16. Liczba udarów mózgu w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	udar mózgu (I63, I64)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	108	28 920	0,37%	26 081	5 301 760	0,49%
2013	121	29 032	0,42%	24 593	5 316 840	0,46%
2014	107	29 722	0,36%	23 632	**5 334 511**	0,44%
2015	113	30 595	0,37%	23 353	5 349 114	0,44%
2016	103	31 687	0,33%	21 368	5 365 898	0,40%
2017	98	32 146	0,30%	20 624	5 411 112	0,38%
	średnia dla lat 2012-2017		0,36%	średnia dla lat 2012-2017		0,44%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 17. Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń lipidowych w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	zaburzenia lipidowe (E78)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	571	28 920	1,97%	150 690	5 301 760	2,84%
2013	591	29 032	2,04%	158 951	5 316 840	2,99%
2014	661	29 722	2,22%	163 327	5 334 511	3,06%
2015	659	30 595	2,15%	160 064	5 349 114	2,99%
2016	710	31 687	2,24%	159 963	5 365 898	2,98%
2017	697	32 146	2,17%	153 694	5 411 112	2,84%
	średnia dla lat 2012-2017		2,13%	średnia dla lat 2012-2017		2,95%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 18. Liczba osób leczonych z powodu niedoczynności tarczycy w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	niedoczynność tarczycy (E02-E04)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	893	28 920	3,09%	163 177	5 301 760	3,08%
2013	1 002	29 032	3,45%	177 626	5 316 840	3,34%
2014	1 030	29 722	3,47%	188 524	5 334 511	3,53%
2015	1 083	30 595	3,54%	202 276	5 349 114	3,78%
2016	1 201	31 687	3,79%	208 266	5 365 898	3,88%
2017	1 231	32 146	3,83%	213 586	5 411 112	3,95%
	średnia dla lat 2012-2017		3,53%	średnia dla lat 2012-2017		3,59%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 19. Liczba osób leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	POChP (J44)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	271	28 920	0,94%	74 534	5 301 760	1,41%
2013	275	29 032	0,95%	73 361	5 316 840	1,38%
2014	270	29 722	0,91%	69 667	5 334 511	1,31%
2015	281	30 595	0,92%	71 238	5 349 114	1,33%
2016	270	31 687	0,85%	68 065	5 365 898	1,27%
2017	270	32 146	0,84%	66 314	5 411 112	1,23%
	średnia dla lat 2012-2017		0,90%	średnia dla lat 2012-2017		1,32%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 20. Liczba osób leczonych z powodu nowotworu sutka w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	nowotwory sutka (C50)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	99	28 920	0,34%	26 341	5 301 760	0,50%
2013	108	29 032	0,37%	27 526	5 316 840	0,52%
2014	120	29 722	0,40%	29 043	5 334 511	0,54%
2015	124	30 595	0,41%	30 522	5 349 114	0,57%
2016	134	31 687	0,42%	30 541	5 365 898	0,57%
2017	141	32 146	0,44%	30 760	5 411 112	0,57%
	średnia dla lat 2012-2017		0,40%	średnia dla lat 2012-2017		0,54%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 21. Liczba osób leczonych z powodu nowotworów jelita grubego w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	nowotwór złośliwy jelita grubego (C18)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	27	28 920	0,09%	10 047	5 301 760	0,19%
2013	36	29 032	0,12%	10 298	5 316 840	0,19%
2014	36	29 722	0,12%	10 994	5 334 511	0,21%
2015	41	30 595	0,13%	11 275	5 349 114	0,21%
2016	31	31 687	0,10%	10 906	5 365 898	0,20%
2017	50	32 146	0,16%	11 238	5 411 112	0,21%
	średnia dla lat 2012-2017		0,12%	średnia dla lat 2012-2017		0,20%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 22. Liczba osób leczonych z nowotworów dolnych dróg oddechowych w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C34)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	48	28 920	0,17%	12 028	5 301 760	0,23%
2013	42	29 032	0,14%	11 897	5 316 840	0,22%
2014	41	29 722	0,14%	11 791	5 334 511	0,22%
2015	47	30 595	0,15%	12 246	5 349 114	0,23%
2016	43	31 687	0,14%	12 014	5 365 898	0,22%
2017	58	32 146	0,18%	12 328	5 411 112	0,23%
	średnia dla lat 2012-2017		0,15%	średnia dla lat 2012-2017		0,23%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Tabela 23. Liczba osób leczonych z depresji w populacji mieszkańców miasta Marki i województwa mazowieckiego latach 2012-2017

ROK	depresja (F32, F33)					
	Miasto Marki			**Województwo Mazowieckie**		
	liczba	**populacja**	**%**	**liczba**	**populacja**	**%**
2012	212	28 920	0,73%	67 056	5 301 760	1,26%
2013	237	29 032	0,82%	65 600	5 316 840	1,23%
2014	229	29 722	0,77%	65 870	5 334 511	1,23%
2015	244	30 595	0,80%	66 617	5 349 114	1,25%
2016	264	31 687	0,83%	64 134	5 365 898	1,20%
2017	302	32 146	0,94%	62 887	5 411 112	1,16%
	średnia dla lat 2012-2017		0,81%	średnia dla lat 2012-2017		1,22%

Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Powyżej przedstawione dane pokazują korzystanie przez mieszkańców Marek oraz woj. mazowieckiego z usług leczniczych w ramach NFZ. Nie jest to w pełni wiarygodne odzwierciedlenie sytuacji epidemiologicznej, jednak najlepsze z możliwych, poza przeprowadzeniem pełnych badań społecznych. Należy mieć na uwadze, że część chorób będzie leczona głównie w ramach NFZ (np. nowotwory) natomiast część świadczeń może być leczona w prywatnych gabinetach (np. niedoczynność tarczycy). Dodatkowo należy zaznaczyć, że populacja województwa mazowieckiego oraz Marek różni się pod względem demograficznym. Gmina Miasto Marki jest jedną z młodszych w województwie, co może wpływać na przedstawione wyniki. Na potrzeby niniejszej analizy nie przeprowadzano standaryzacji obu populacji ze względu na wiek czy płeć.

Przedstawione dane wskazują na rzadsze występowanie większości chorób cywilizacyjnych i nowotworów wśród mieszkańców Marek niż w województwie mazowieckim. Dane te jednocześnie wskazują na podobnie niskie korzystanie z badań profilaktycznych (cytologia, mammografia) przez mieszkanki Marek i woj. mazowieckiego. Znacząco mniej mieszkańców Marek korzysta z oferowanej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej profilaktyki chorób układu krążenia (ChuK). Powyższe dane mogą wynikać zarówno z lepszego stanu zdrowia mieszkańców Marek, jak i ze wspomnianej powyżej młodszej populacji (u której część chorób nie występuje tak często jak u osób starszych) oraz z faktu, że część z mieszkańców może leczyć się w ramach prywatnej opieki medycznej, co nie zostanie odzwierciedlone w danych NFZ.

Powyższe dane wskazują na dobrą, w odzwierciedleniu do województwa mazowieckiego, sytuację zdrowotną ogółu populacji mieszkańców Marek. Stanowi to dobrą podstawę do wprowadzania działań pozwalających na poprawę i utrzymanie stanu zdrowia mieszkańców Marek. Należy jednak zaznaczyć, że w części chorób (zaburzenia lipidowe, choroby nowotworowe, depresja) widoczna jest tendencja wzrostowa częstości występowania tych chorób. Z drugiej strony w większości chorób układu sercowo-naczyniowego widzimy stabilizację lub nawet redukcję występowania chorób w czasie.

Ankieta oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy Miasto Marki.

Na potrzeby przygotowania wieloletniej strategii, wśród mieszkańców Marek przeprowadzono elektroniczną ankietę dotyczącą oceny stanu zdrowia oraz dostępności do opieki zdrowotnej a także potrzeb zdrowotnych.

Ankieta przeprowadzana była za pośrednictwem ogólnodostępnego formularza Google. Link do ankiety został umieszczony na stronach internetowych. Urzędu Miasta Marki oraz przekazany mieszkańcom Marek za pośrednictwem komunikatorów internetowych.

Ankieta została wypełniona przez 487 osoby, co stanowi mniej niż dwie setne mieszkańców Marek. Na tej podstawie trudno jej wyniki analizować jako reprezentatywne dla całej populacji, ale należy uznać, że udział w niej wzięli bardziej aktywni i świadomi mieszkańcy Marek. Wyniki badania, ze względu na przyjętą metodologię mają charakter jakościowy i nie powinny służyć do wnioskowania w sensie statystycznym.

Podstawowe wyniki ankiety umieszczono w załączniku nr 1 do strategii. Poniżej przedstawione są główne wyniki i wnioski z analizy ankiety

Wyniki ankiet wskazują na kilka zasadniczych wniosków dotyczących badanych mieszkańców Miasta Marki:

Ocena stanu zdrowia

- Sytuacja ekonomiczna respondentów jest zdecydowanie powyżej średniej krajowej (1475 zł, GUS 2016 r.) oraz poziom wykształcenia respondentów jest wyższy niż średni dla mieszkańców miast poniżej 100 tys. Może to wskazywać na wyższe zainteresowanie tematyką zdrowotną osób z wyższym wykształceniem oraz lepiej sytuowanych finansowo. Znajduje to potwierdzenie w licznych badaniach epidemiologicznych.
- Ponad połowa respondentów ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry. Tylko 5% respondentów ocenia swój stan zdrowia jako zły.
- Ponad 60% respondentów nie uprawia aktywności fizycznej wystarczająco często. Zgodnie z rekomendacjami światowej Organizacji Zdrowia powinien być to wysiłek fizyczny w przeważającej liczbie dni tygodnia.

- 60% respondentów ocenia swój styl odżywiania jako dobry lub bardzo dobry.
- Ponad 80% respondentów ocenia swoje samopoczucie jako dobre lub bardzo dobre.

Ocena dostępności do oferty medycznej na terenie Marek

- Ponad 60% respondentów nie korzysta z badań profilaktycznych finansowanych przez NFZ, niespełna 10% deklaruje regularne w nich uczestniczenie.
- 60% respondentów ocenia dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej jako słaby lub bardzo słaby, jednocześnie 70% respondentów korzysta z opieki POZ kilka razy w roku.
- Ponad 40% respondentów w sytuacji potrzeby zdrowotnej uzyskuje termin wizyty tego samego lub kolejnego dnia. Ponad 80% respondentów w okresie 2-3 dni.
- 87% respondentów negatywnie ocenia dostępność do lekarzy specjalistów na terenie Marek, jednocześnie 40% respondentów jest pod stała opieką specjalistyczną.

Działania samorządu w zakresie ochrony zdrowia

- 20% respondentów ocenia dostęp na terenie Miasta Marki do infrastruktury sportowej jako bardzo dobry i dobry.
- 15% respondentów ocenia dobrze i bardzo dobrze działania władz samorządowych Miasta Marki w zakresie ochrony zdrowia. Ponad 60% ocenia je dostatecznie lub źle.
- Wśród grup mieszkańców, na których powinny skupić się działania władz samorządowych respondenci wskazali przede wszystkim: dzieci i młodzież, kobiety ciężarne, osoby starsze.

Wnioski z danych epidemiologicznych oraz ankiety

- Mieszkańcy Marek na tle województwa mazowieckiego cieszą się niższymi wskaźnikami chorobowości oraz podobnymi wskaźnikami uczestnictwa w badaniach profilaktycznych (poza ChUK).
- Niewielka część mieszkańców deklaruje uczestniczenie w badaniach profilaktycznych jednocześnie deklarując zachowanie podstawowych zasad i zachowań zdrowego stylu życia.
- Samorząd w dotychczasowych działaniach, zakresie organizacji i finansowania w opinii mieszkańców nie spełnia w dużym stopniu oczekiwania dotyczących zaangażowania w działania zdrowotne. Podobnie negatywnie oceniają dostęp do ochrony zdrowia

- Niewielki odsetek mieszkańców korzysta z oferowanych badań profilaktycznych, oferty miasta. Również niewielki odsetek mieszkańców regularnie korzysta z opieki lekarskiej, co może przekładać się na poziom ich wiedzy oraz ocenę organizacji ochrony zdrowia.
- Większość ankietowanych deklaruje zainteresowanie swoim stanem zdrowia, prozdrowotne postawy oraz zachowania. Może to być dobrą podstawą do wprowadzania dopasowanych działań zachęcających do utrzymania aktywności

Strategia Zdrowotna na lata 2018-2022 dla Gminy Miasto Marki

Cel strategiczny:

Głównym celem realizacji wieloletniej strategii zdrowotnej Miasta Marki jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców wyrażona obiektywnymi i subiektywnymi współczynnikami jako zwiększenie odsetka osób bez rozpoznanych chorób cywilizacyjnych oraz z prozdrowotnymi zachowaniami i postawami, w wyniku dostosowania infrastruktury oraz działań w zakresie ochrony zdrowia podejmowanych przez władze samorządowe Gminy Miasto Marki.

Realizacja celu strategicznego

Realizacji powyższego celu służyć będą działania podejmowane przez władze samorządu terytorialnego zarówno w kwestiach merytorycznych, administracyjnych jak i organizacyjnych.

Celem władz samorządowych jest wykorzystanie istniejących na terenie Miasta Marki zasobów osobowych, infrastrukturalnych oraz organizacyjnych na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczności lokalnej. Na podstawie danych ankietowych oraz danych z NFZ można wnioskować, że wiele oferowanych obecnie przez władze samorządowe oraz podmioty lecznicze funkcjonujące w mieście działań/usług/świadczeń zarówno profilaktycznych, jak i terapeutycznych jest niewykorzystywane przez mieszkańców.

Gmina Miasto Marki nie jest właścicielem żadnego z podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej – ze środków publicznych, czy na zasadach komercyjnych. w tym zakresie działania Gminy Miasto Marki mogą skupiać się jedynie na wsparciu istniejących placówek w organizacji działań na rzecz mieszkańców, realizacji ogólnopolskich programów profilaktycznych, czy włączaniu podmiotów do realizacji programów polityki zdrowotnej Gminy Miasto Marki.

Głównym zadaniem Gminy Miasto Marki powinno w kolejnych latach być odpowiednie organizowanie i współpraca z istniejącymi partnerami (podmiotami leczniczymi, placówkami edukacyjnymi, organizacjami pozarządowymi) przy realizacji długofalowych projektów miękkich (profilaktycznych, edukacyjnych, terapeutycznych) oraz infrastrukturalnych.

Cel Operacyjny 1 – Zwiększenie uczestnictwa w dostępnych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oferuje szereg programów i świadczeń profilaktycznych. Wśród najważniejszych należy wymienić – program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy (badania cytologiczne), program profilaktyki chorób układu krążenia, program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP).

Samorząd terytorialny, we współpracy z podmiotami leczniczymi działającymi na terenie Miasta Marki, dążyć będzie do zwiększenie uczestnictwa mieszkańców w dedykowanych im programach profilaktycznych. Ze względu na brak bezpośredniego wpływu na działania podejmowane przez prywatne podmioty lecznicze zlokalizowane na terenie Marek możliwe jest tylko współdziałanie na zasadzie porozumienia oraz działań promocji zdrowia podejmowanych przez Urząd Miasta i jednostki podległe, z uwzględnieniem wszystkich działań i polityk miejskich.

Działania operacyjne:

- Promocja dostępnych badań przesiewowych w kanałach komunikacyjnych dostępnych władzom samorządowym (portale internetowe, urzędowe kanały dystrybucji poczty).
- Współpraca z podmiotami leczniczymi w celu zwiększenia świadomości zdrowotnej mieszkańców dotyczących czynników ryzyka oraz dostępnych badań przesiewowych.
- Informowanie uczestników realizowanych przez samorząd programów polityki zdrowotnej, działań profilaktycznych oraz edukacyjnych o możliwości korzystania z dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej.
- Dążenie do tworzenia systemu premiowania mieszkańców korzystających z działań profilaktycznych np. kart mieszkańca, zniżek w usługach miejskich.
- Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska medycznego w zakresie przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych i zgłaszania

niepożądanych działań leków i suplementów diety oraz zachęcania pacjentów do uczestnictwa w programach profilaktycznych.

Cel Operacyjny 2 – Promowanie prozdrowotnych postaw oraz wiedzy dotyczącej uwarunkowań zdrowia

Promowanie prozdrowotnych zachowań, jako część promocji zdrowia, kształtuje świadomość i zwiększa szansę na podejmowanie działań służących zdrowiu. Głównym narzędziem zwiększania świadomości mieszkańców oraz zmiany zachowań jest edukacja zdrowotna skierowana do wybranych grup odbiorców.

Edukację zdrowotną należy uzupełniać o kompleksowe rozwiązania organizacyjno-infrastrukturalne umożliwiające podejmowanie właściwych zachowań zdrowotnych.

Działania te w pierwszej kolejności powinny być kierowane do najmłodszych mieszkańców oraz tych na progu zmiany grup społecznych (osoby w wieku emerytalnym, kobiety ciężarne, młodzi rodzice). W celu efektywnego prowadzenia edukacji zdrowotnej niezbędne jest podejmowanie działań przez wielu różnych środowisk: rodzinnego, oświatowego, naukowego oraz wsparcia organizacji pozarządowych, instytucji publicznych czy prywatnych przedsiębiorców i publicznych pracodawców.

Działania operacyjne

- Realizacja działań edukacyjnych i interwencyjnych w zakresie promocji zdrowych zachowań żywieniowych, kierowanych do różnych grup odbiorców.
- Modernizacja oraz tworzenie ogólnodostępnej infrastruktury sportowej oraz przestrzeni miejskiej sprzyjającej uprawianiu aktywności fizycznej i pozytywnym zachowaniom zdrowotnym.
- Wsparcie miękkich projektów nastawionych na edukację oraz angażowanie mieszkańców w zakresie zachowań prozdrowotnych (aktywności fizyczna, żywienie, zmniejszenie stosowania używek).
- Wsparcie zorganizowanych form uprawiania aktywności fizycznej przez osoby w różnym wieku, na różnych poziomach profesjonalizmu.

- Wdrożenie działań podnoszących kwalifikacje realizatorów z obszaru edukacji żywieniowej i zachowań prozdrowotnych (środowisko szkolne, organizacje pozarządowe).
- Realizacja projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących psychospołecznych aspektów zdrowia, w tym przeciwdziałania depresji, uzależnieniom oraz izolacji społecznej.
- Realizacja projektów edukacyjnych dotyczących procesu starzenia się organizmu i metod utrzymania sprawności psychofizycznej w wieku podeszłym.
- Realizacja programów i warsztatów edukacyjnych dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, kierowanych do różnych grup odbiorców.

Cel Operacyjny 3 – Realizacja zadań z zakresu polityki zdrowotnej nastawionych na uzyskanie największych korzyści zdrowotnych dla mieszkańców

Władze samorządowe Miasta Marki, wobec ograniczonych środków budżetowych powinny dążyć do wydatkowania środków publicznych zgodnie z założeniem uzyskiwania maksymalnego efektu zdrowotnego z zainwestowanych środków finansowych. w tym celu niezbędna jest realizacji programów polityki zdrowotnej lub zadań z zakresu zdrowia publicznego o udowodnionej skuteczności klinicznej i ekonomicznej. Mając to na uwadze władze samorządowe powinny kierować się działaniami rekomendowanymi przez jednostki publiczne (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Narkomanii), a także działaniami wynikającymi z wskazań Narodowego Programu Zdrowia.

W szczególny sposób władze samorządowe powinny dążyć do realizacji działań skierowanych do wyselekcjonowanych grup, szczególnie narażonych na nierówny dostęp do ochrony zdrowia oraz osób o słabszej pozycji społecznej, ekonomicznej i zwiększonych potrzebach w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki.

Działania operacyjne:

- Realizacja programów polityki zdrowotnej oraz zadań z zakresu zdrowia publicznego o udowodnionych efektach zdrowotnych w oparciu o wytyczne i rekomendacje AOTMiT, PARPA, KBds.N.

- Realizacja programów polityki zdrowotnej oraz zadań z zakresu zdrowia publicznego nastawionych na zmniejszanie nierówności w zdrowiu oraz w dostępie do świadczeń zdrowotnych wrażliwych grup społecznych (kobiety ciężarne, dzieci i młodzież, osoby w wieku senioralnym, osoby niepełnosprawne).
- Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego zgodnych z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-20 oraz lata kolejne w szczególności: przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym (otyłość, choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory); uzależnieniom behawioralnym i od substancji psychoaktywnych; powszechnie występującym chorobom zakaźnym.
- Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego wpływających na czynniki ryzyka, choroby oraz zachowania zdrowotne będące istotnymi epidemiologicznie problemami mieszkańców Marek.
- Unikanie działań o nieudowodnionych efektach zdrowotnych i ekonomicznych oraz dotyczących nieistotnych epidemiologicznie problemów i potrzeb zdrowotnych.

Cel Operacyjny 4 – Zwiększenie kompetencji administracji samorządowej oraz realizatorów zadań w zakresie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej.

Wszelkie działania podejmowane przez władze samorządowe opierają się na kompetencjach poszczególnych realizatorów wszystkich etapów działania. Traktowanie „ochrony zdrowia” na poziomie jednostek samorządu terytorialnego jako jednego z najważniejszych sektorów dbania o dobrą jakość życia i efektywność społeczną mieszkańców jest podstawą do budowania długofalowych interwencji w zakresie zdrowia publicznego.

Paradygmat ochrony zdrowia jako kosztu oraz działania związanego głównie z „placówkami ochrony zdrowia” oraz leczeniem w znaczący sposób ograniczał efektywne działania samorządów terytorialnych w zakresie podnoszenia jakości życia mieszkańców. Budowanie działań i infrastruktury zdrowotnej i społecznej (zarówno tej twardej jak i miękkiej) w bardzo dużym stopniu wpływa na poziom satysfakcji i oceny warunków życia w danej przestrzeni miejskiej.

W celu uzyskania optymalnego systemu działań na poziomie populacyjnym niezbędne jest przygotowanie odpowiednich kadr, potrafiących w odpowiedni sposób przygotować,

przeprowadzić oraz ewaluować działania w zakresie polityki zdrowotnej czy zdrowia mieszkańców.

Działania operacyjne:

- Prowadzenie zaplanowanej polityki w zakresie zdrowia, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia w oparciu o przygotowane strategie i programy realizowane w wieloletniej perspektywie z zabezpieczonym budżetem.
- Kształcenie kadr oraz realizatorów działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki i edukacji zdrowotnej.
- Wsparcie realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego w przygotowywaniu, wdrażaniu, ewaluacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.
- Zapewnienie stałego, wieloletniego finansowania działań w obszarze polityki zdrowotnej.
- Zapewnienie odpowiednich kadr, przygotowanych administracyjnie i merytorycznie do prowadzenia działań z zakresu polityki zdrowotnej na terenie samorządu terytorialnego.
- Regularne prowadzenie badań oraz analiz w zakresie stanu zdrowia mieszkańców i realizacji zapisów Strategii.

Mierniki efektywności strategii zdrowotnej

Cel Operacyjny 1 – Zwiększenie uczestnictwa w dostępnych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- liczba mieszkańców uczestniczących w badaniach profilaktycznych realizowanych w ramach umów z NFZ przez świadczeniodawców POZ (dane z NFZ i podmiotów leczniczych).
- Dostępność do usług profilaktycznych u lekarzy pierwszego kontaktu, w tym w ocenie mieszkańców (liczba podmiotów leczniczych aktywnie uczestniczących w działaniach profilaktycznych – dane z NFZ oraz badanie ankietowe wśród mieszkańców).

Cel Operacyjny 2 – Promowanie prozdrowotnych postaw oraz wiedzy dotyczącej uwarunkowań zdrowia

- Odsetek mieszkańców niepalących, nie spożywających alkoholu i nie używających e-papierosów (np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).
- Odsetek mieszkańców deklarujących prawidłowy styl żywienia i aktywności fizycznej (np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).
- Poziom zadowolenia mieszkańców z dostępności do obiektów sportowych (np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).
- Odsetek mieszkańców, leczących się z powodu chorób cywilizacyjnych (dane NFZ + np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).
- Odsetek mieszkańców, u których rozpoznano wybrane nowotwory np. rak płuc, piersi, szyjki macicy (dane NFZ, COI-Krajowy Rejestr Nowotworów, PZH-NIZP + np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).
- Poziom zadowolenia mieszkańców z jakości infrastruktury sportowej. (np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).
- Liczba osób ćwiczących w klubach sportowych w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców. (dane z klubów sportowych).
- Odsetek mieszkańców o nadmiernej masie ciała (dane z podmiotów leczniczych -badania bilansowe, dane NFZ + np. reprezentatywne badania w wybranych grupach mieszkańców).
- Odsetek mieszkańców wykazujących niską aktywność fizyczną. (np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).
- Odsetek mieszkańców pijących ryzykownie i szkodliwie. (dane ogólnopolskie/regionalne np. PARPA oraz np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).
- Odsetek mieszkańców korzystających z substancji psychoaktywnych innych niż kofeina, nikotyna, alkohol (dane NFZ, PARPA oraz np. reprezentatywne badania ankietowe w wybranych grupach mieszkańców).

Cel Operacyjny 3 – Realizacja zadań z zakresu polityki zdrowotnej nastawionych na uzyskanie największych korzyści zdrowotnych dla mieszkańców

- Liczba realizowanych programów polityki zdrowotnej z pozytywną opinią AOTMiT.
- Liczba realizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego w oparciu o aktualny poziom wiedzy medycznej oraz zgodnych z zaleceniami towarzystw naukowych i instytucji publicznych.
- Liczba realizowanych programów zgodnych z rekomendacjami PARPA/KBds.N.
- Liczba działań realizowanych zgodnie z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz innych dokumentów strategicznych.

Cel Operacyjny 4 – Zwiększenie kompetencji administracji samorządowej oraz realizatorów zadań w zakresie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej

- Liczba realizowanych programów polityki zdrowotnej z pozytywna opinią AOTMiT.
- Liczba działań realizowanych zgodnie z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz innych dokumentów strategicznych.
- Liczba działań zrealizowanych przez organizacje pozarządowe, współpracujące/działające na rzecz zdrowia mieszkańców Marek.

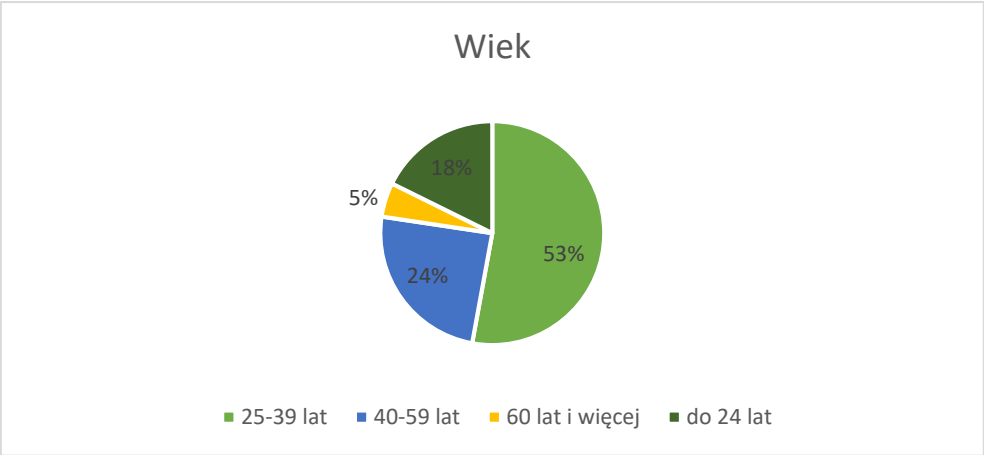
Zakończenie

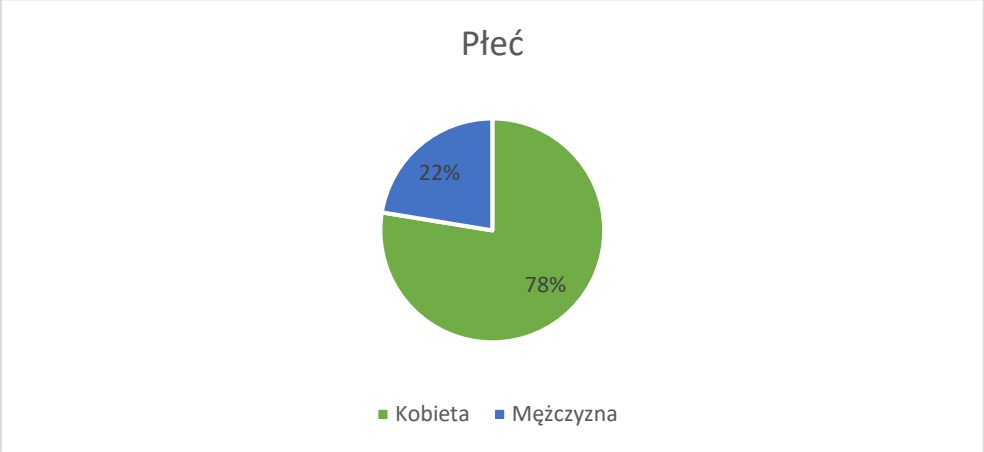
Przedstawiona Wieloletnia Strategia Zdrowotna Gminy Miasto Marki na lata 2018-2022 jest dokumentem stanowiącym podstawy do budowania, wdrażania i oceny działań podejmowanych przez władzę Gminy Miasto Marki na kolejne lata. W oparciu o zbudowane cele, cele operacyjne oraz działania należy dążyć do realizacji zadań odpowiadających potrzebom mieszkańców. Podnoszenie stanu zdrowia mieszkańców to działanie wielosektorowe, które powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w wielu obszarach polityki miejskiej – profilaktyce, edukacji, infrastrukturze, transporcie, polityce społecznej. To również zadanie wymagające wieloletnich działań, stałych nakładów finansowych, bieżącej analizy sytuacji zdrowotnej oraz dopasowania konkretnych działań do zmieniających się trendów i potrzeb mieszkańców. Ponad wszystko budowanie zdrowej społeczności Gminy Miasto Marki to odpowiedzialność zarówno władz jak i mieszkańców Marek. Tylko przy zaangażowaniu

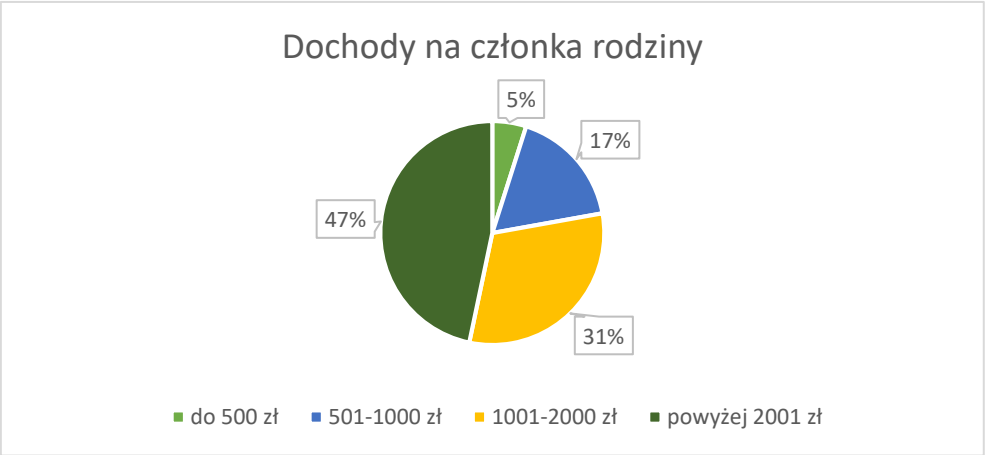
wszystkich interesantów możliwe jest uzyskanie pełnej efektywności zdrowotnej i ekonomicznej podejmowanych działań.

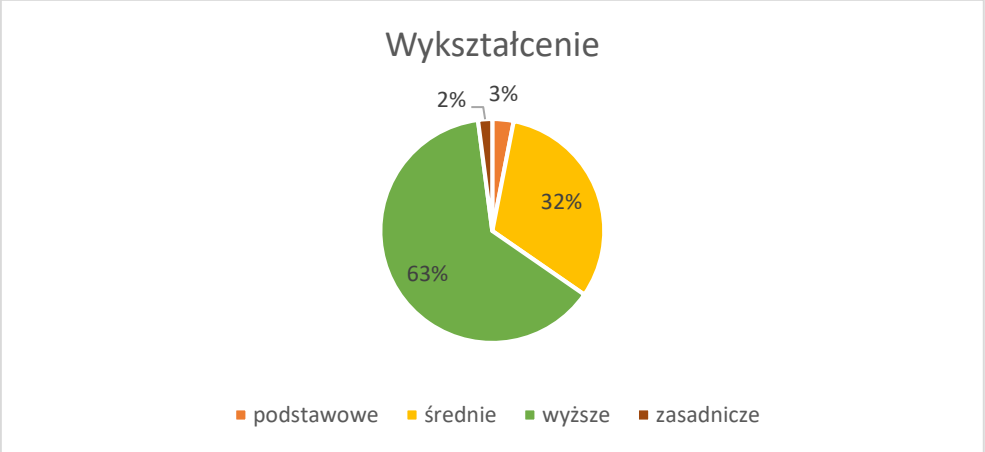
Załącznik nr 1 – wyniki ankiety oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy Miasto Marki.

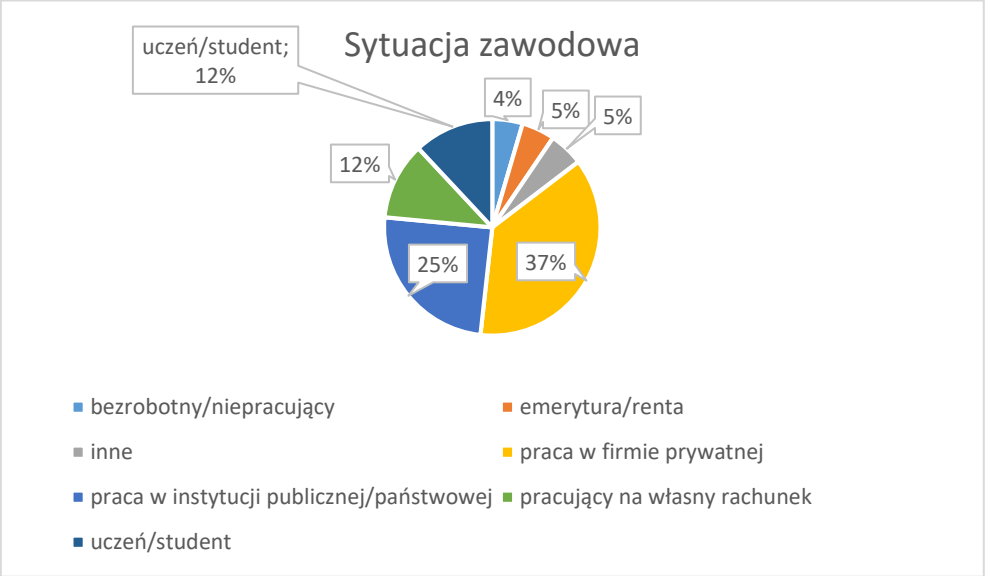
Dane podstawowe



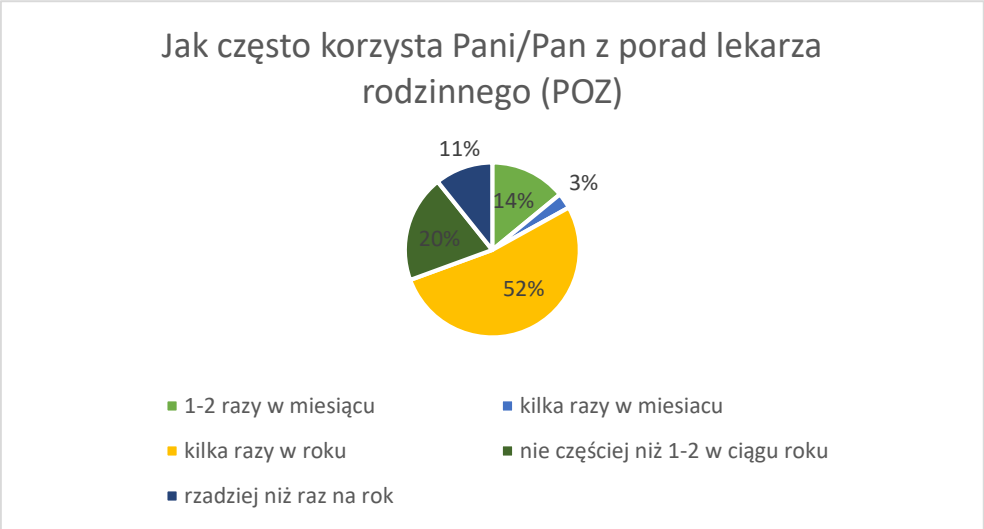



Dochody na członka rodziny
5%
17%
47%
31%
do 500 zł
501-1000 zł
1001-2000 zł
powyżej 2001 zł

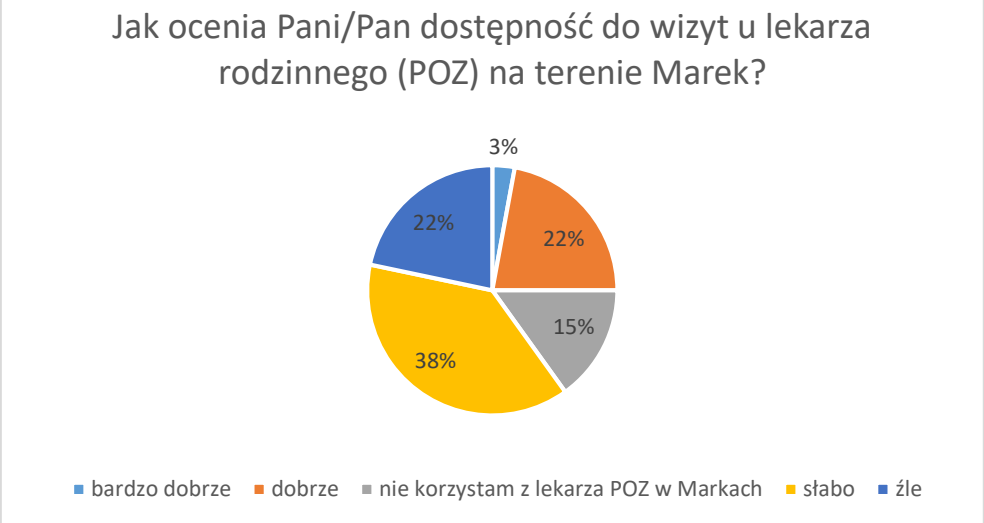

Wykształcenie
2%
3%
32%
63%
podstawowe
średnie
wyższe
zasadnicze

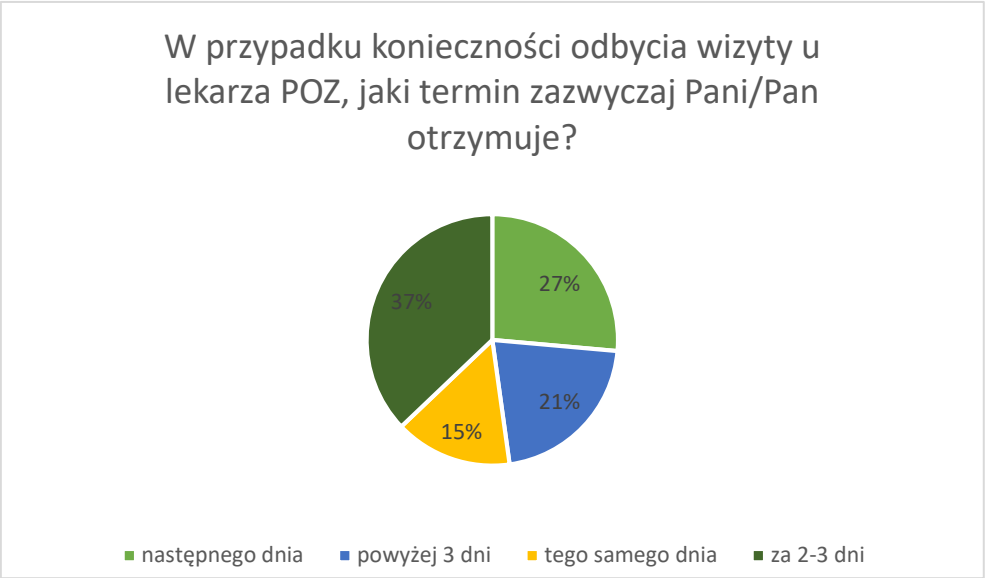

Sytuacja zawodowa
uczeń/student; 12%
4%
5%
5%
12%
25%
37%
bezrobotny/niepracujący
emerytura/renta
inne
praca w firmie prywatnej
praca w instytucji publicznej/państwowej
pracujący na własny rachunek
uczeń/student

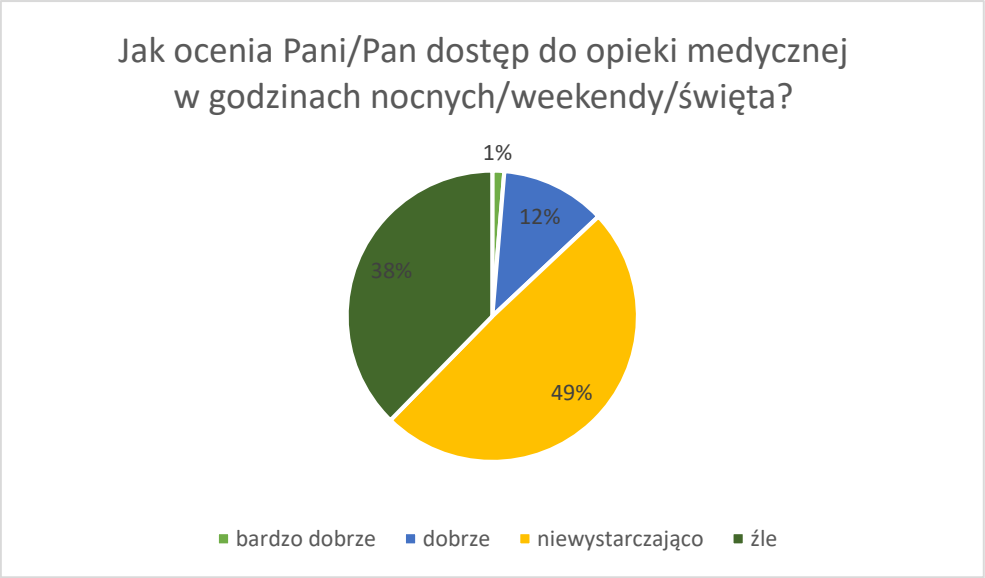
Ocena dostępności do opieki zdrowotnej i infrastruktury sportowej

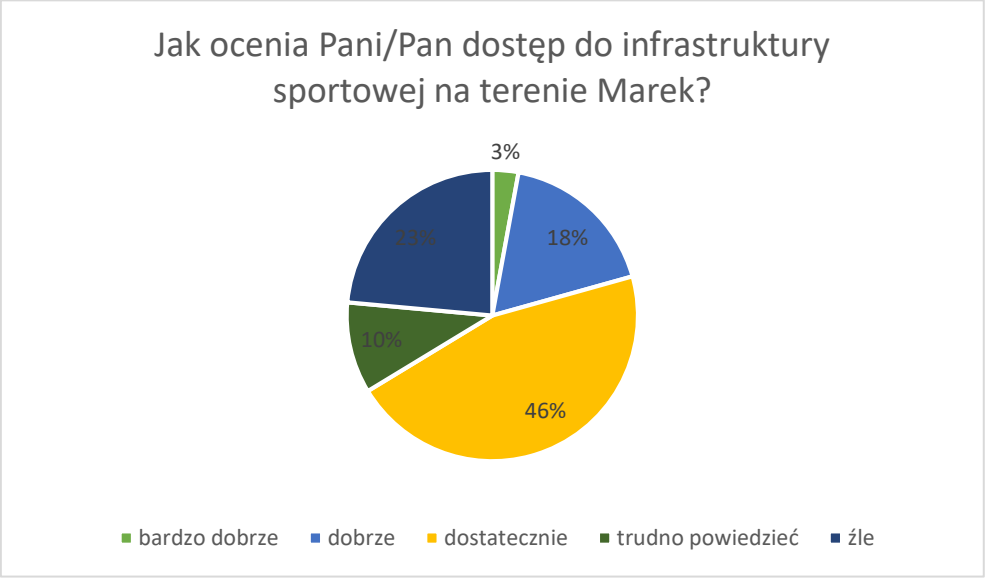




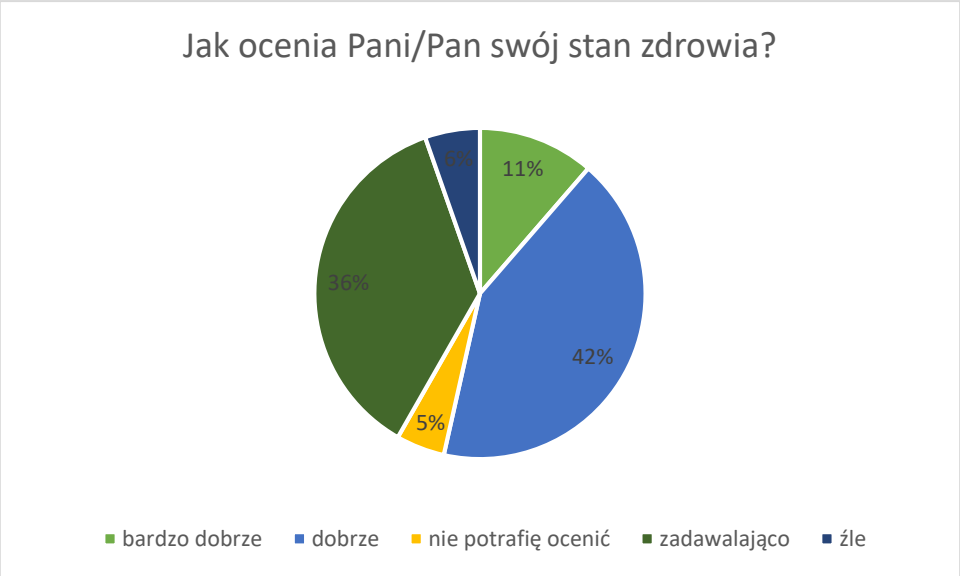


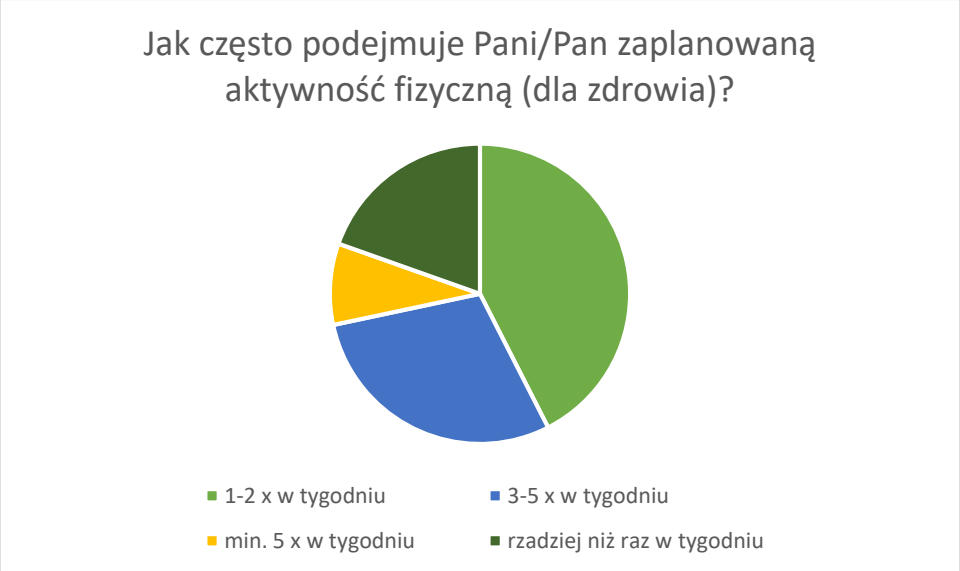

W przypadku konieczności odbycia wizyty u lekarza POZ, jaki termin zazwyczaj Pani/Pan otrzymuje?
27%
21%
15%
37%
następnego dnia
powyżej 3 dni
tego samego dnia
za 2-3 dni

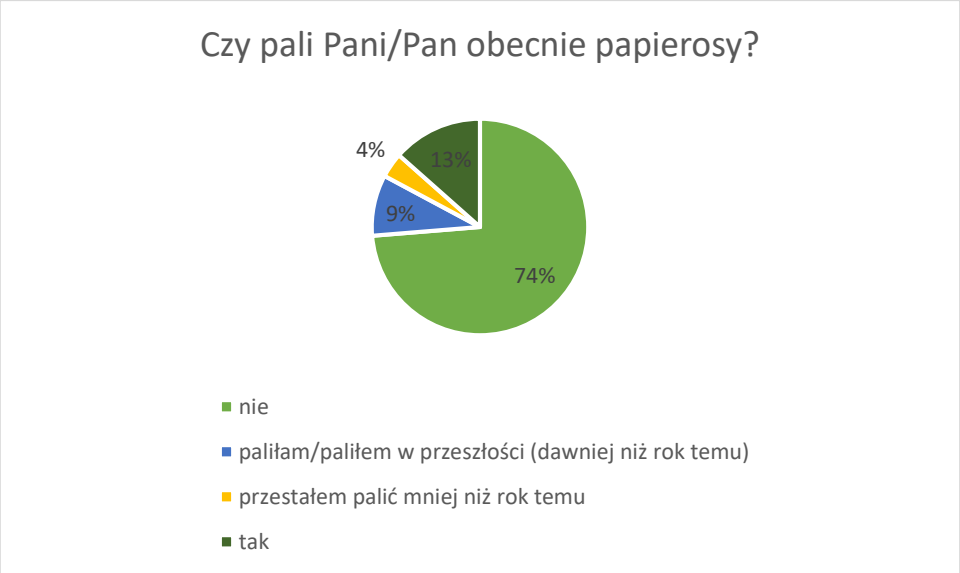

Jak ocenia Pani/Pan dostęp do opieki medycznej w godzinach nocnych/weekendy/święta?
1%
12%
49%
38%
bardzo dobrze
dobrze
niewystarczająco
źle

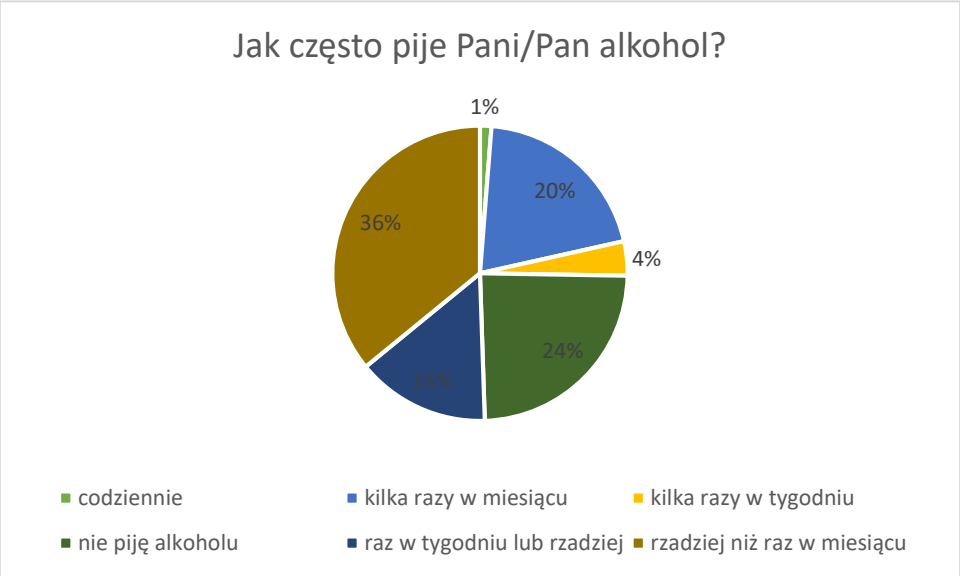

Jak ocenia Pani/Pan dostęp do infrastruktury sportowej na terenie Marek?
3%
18%
46%
10%
23%
bardzo dobrze
dobrze
dostatecznie
trudno powiedzieć
źle

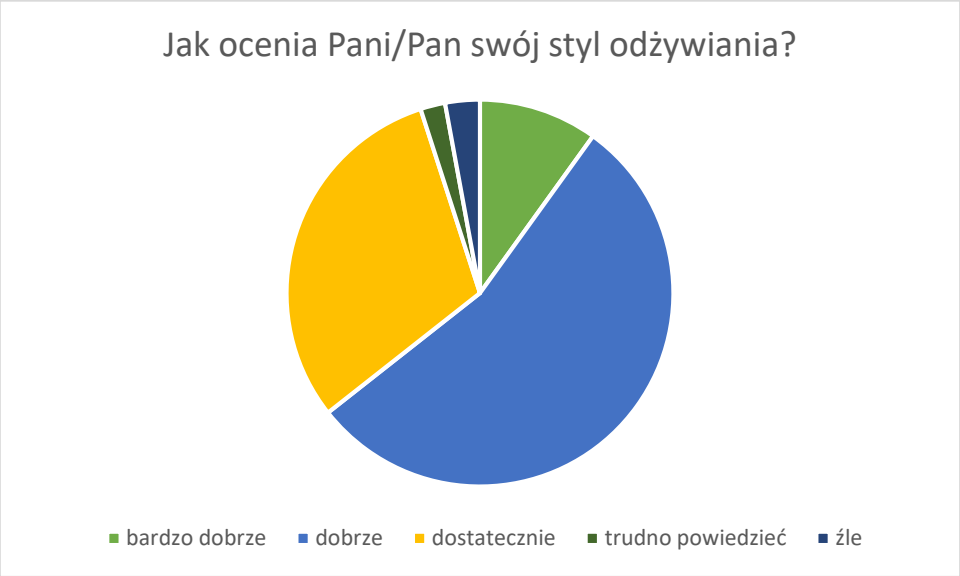
Samoocena stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych mieszkańców Marek

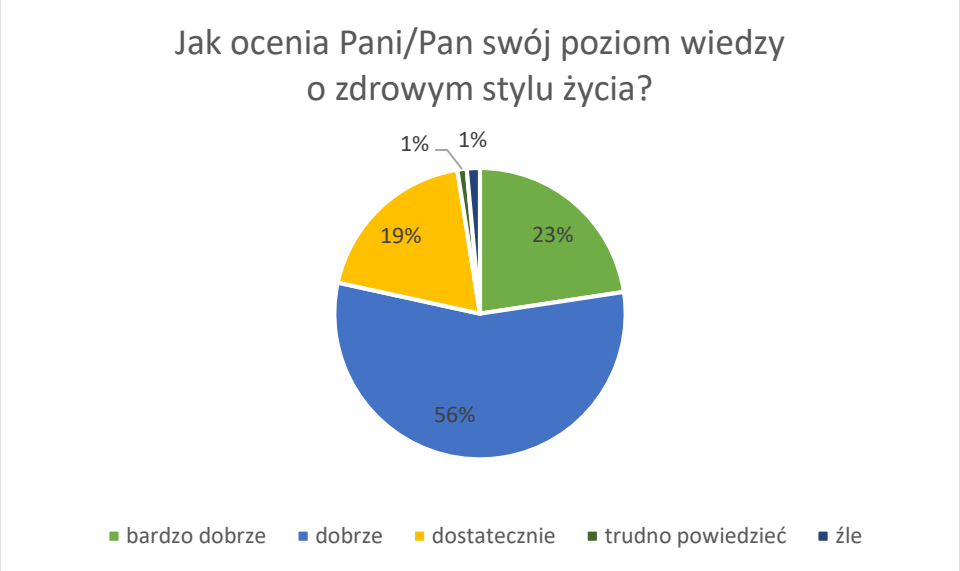


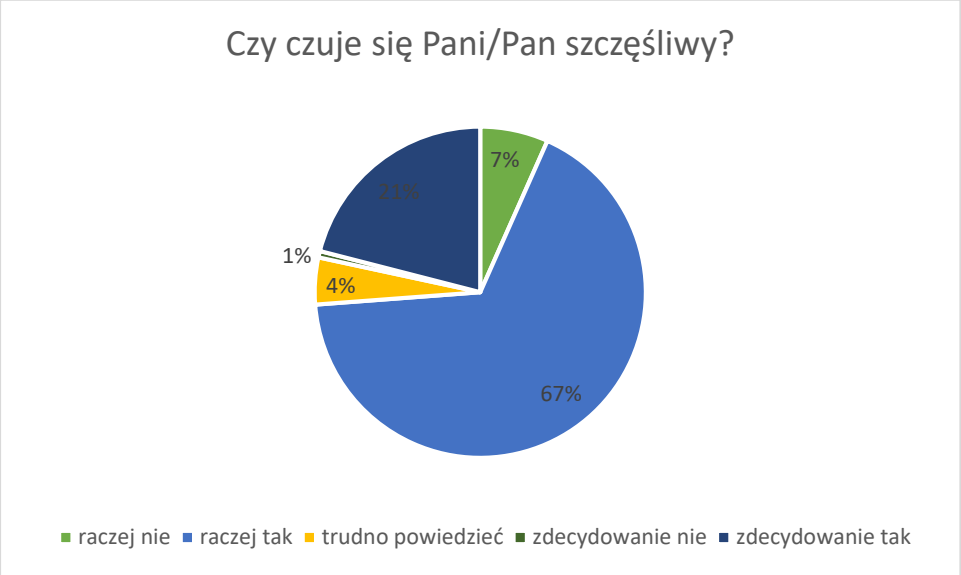


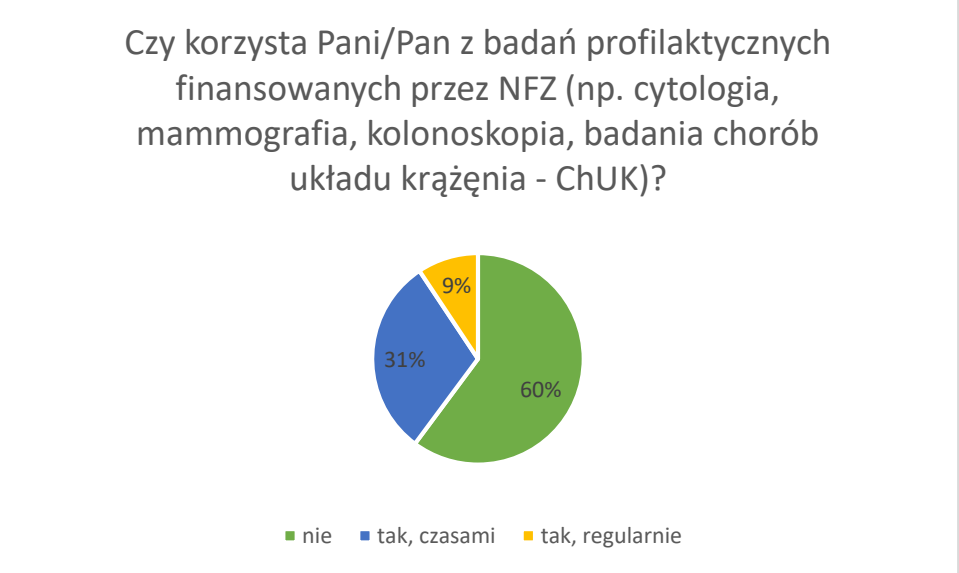


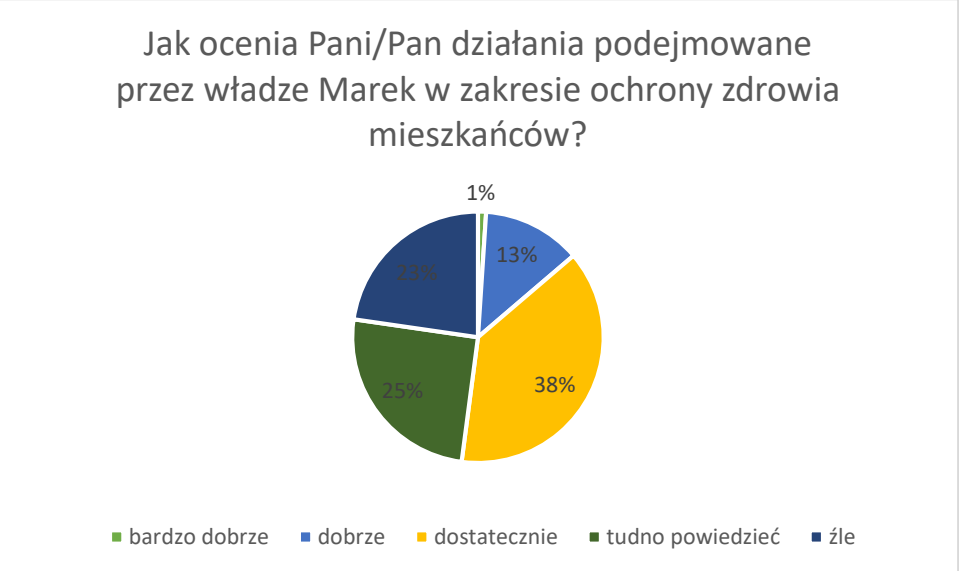

Jak często pije Pani/Pan alkohol?
1%
20%
4%
24%
15%
36%
codziennie
kilka razy w miesiącu
kilka razy w tygodniu
nie piję alkoholu
raz w tygodniu lub rzadziej
rzadziej niż raz w miesiącu


Jak ocenia Pani/Pan swój styl odżywiania?
bardzo dobrze
dobrze
dostatecznie
trudno powiedzieć
źle


Jak ocenia Pani/Pan swój poziom wiedzy
o zdrowym stylu życia?
1%
1%
19%
23%
56%
bardzo dobrze
dobrze
dostatecznie
trudno powiedzieć
źle


Czy czuje się Pani/Pan szczęśliwy?
7%
21%
1%
4%
67%
raczej nie
raczej tak
trudno powiedzieć
zdecydowanie nie
zdecydowanie tak


Czy korzysta Pani/Pan z badań profilaktycznych finansowanych przez NFZ (np. cytologia, mammografia, kolonoskopia, badania chorób układu krążenia - ChUK)?
9%
31%
60%
nie
tak, czasami
tak, regularnie


Jak ocenia Pani/Pan działania podejmowane przez władze Marek w zakresie ochrony zdrowia mieszkańców?
1%
13%
23%
25%
38%
bardzo dobrze
dobrze
dostatecznie
tudno powiedzieć
źle

Dodatkowo zadano pytanie dotyczące najważniejszych inwestycji w zakresie infrastruktury sportowej. Wśród odpowiedzi najczęściej wskazywano na konieczność budowy: basenu, ścieżek rowerowych, siłowni plenerowych.

Dane źródłowe (wyniki ankiety) dostępne są w Urzędzie Miasta Marki.

UZASADNIENIE

Zdrowie jest jednym z najważniejszych elementów jakości życia. Dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny wpływa na najistotniejsze aspekty życia osobistego, rodzinnego, społecznego. Jego optymalny poziom ułatwia pełne uczestnictwo w przestrzeni zawodowej i międzyludzkiej. Zgodnie z paradygmatem Lalonda – kanadyjskiego ministra zdrowia z lat 70. XX wieku – stan zdrowia w największym stopniu zależy od stylu życia. Właściwe zachowania żywieniowe, aktywność fizyczna, umiejętność radzenia sobie ze stresem, czy korzystania ze wsparcia społecznego odgrywają zasadniczą rolę w budowaniu potencjału zdrowotnego człowieka.

Wdrożenie przez Gminę Miasto Marki wieloletniej strategii zdrowotnej na lata 2018-2022 powinno być wyrazem troski władz o zdrowie mieszkańców Marek i strategicznego planowania w tym zakresie. Cele i działania opisane w Strategii mają przede wszystkim wspierać dbanie o zdrowie oraz wpływać na jego umacnianie. Realizowane to będzie przede wszystkim dzięki szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej i tworzeniu warunków sprzyjających zdrowiu. Rozszerzone i udoskonalone zostaną również działania z zakresu profilaktyki chorób, skierowane do grup zwiększonego ryzyka zachorowań.

Planowane działania powinny wspierać współpracę licznych środowisk: administracji samorządowej, podmiotów prywatnych, publicznych, organizacji pozarządowych a przede wszystkim samych mieszkańców Marek. Uchwalenie wieloletniej strategii zdrowotnej pozwoli na realizację programów zdrowotnych i prozdrowotnych, skierowanych do mieszkańców Gminy Miasto Marki, dzięki czemu gmina aktywnie będzie wypełniała swoje obowiązki dotyczące realizacji zbiorowych potrzeb mieszkańców.

Wyłącznie zaplanowany, wspólny wysiłek, opisany miernikami i kryteriami sukcesu pozwoli na podniesienie stanu zdrowia, a przez to poprawę jakości życia społeczności lokalnej .

Dokument podpisany bezpiecznym podpisem elektronicznym

Podpis: Signature-563869454
Imię: Michał
Nazwisko: Jaroch
Instytucja:
Województwo:
Miejscowość:
Data podpisu: 29 czerwca 2018 r.
Zakres podpisu: Cały dokument