

Załącznik do
uchwały Nr
Rady Miejskiej Cieszyna
z dnia 28 maja 2015 r.

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA CIESZYNA
NA LATA 2015-2017**

I. WSTĘP

Zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości dla każdego człowieka. 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 z późn. 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.*

Główne kierunki polityki zdrowotnej państwa zostały określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 (stanowiącym załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.). W powyższym programie określono m.in. następujące strategiczne cele zdrowotne:

- 1) *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.*
- 2) *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.*
- 3) *Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.*
- 4) *Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.*
- 5) *Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.*
- 6) *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.*
- 7) *Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.*
- 8) *Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.*

W polskim systemie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne są finansowane (w całości lub współfinansowane) ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). W myśl przytoczonej ustawy każdemu obywatelowi objętemu systemem ubezpieczeń zdrowotnych, przysługują świadczenia w ramach środków publicznych przeznaczonych na ten cel, określone w katalogu tzw. świadczeń gwarantowanych. Celem wykazu świadczeń gwarantowanych jest zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych najważniejszych z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa, o udowodnionej efektywności klinicznej, najbardziej opłacalnych z opcjonalnych lub alternatywnych oraz możliwych do sfinansowania w ramach dostępnych środków. Wykaz świadczeń gwarantowanych został sporządzany m.in. w oparciu o priorytety zdrowotne, określone na podstawie analizy stanu zdrowia obywateli oraz uzyskiwanych efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, wyszczególnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126), tj.:

- 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.

Wskazane w przytoczonych powyżej dokumentach cele i priorytety w opiece zdrowotnej, winny – w połączeniu z analizą stanu zdrowia mieszkańców Cieszyna i danych epidemiologicznych – stanowić podstawę do określenia kierunków działań prozdrowotnych finansowanych ze środków budżetowych miasta, realizowanych przez władze samorządowe.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 i 16 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 594 z późn. zm.) – sprawy związane z ochroną zdrowia oraz polityką prorodziną (w tym zapewnienie kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej), stanowią zadania własne gminy. Natomiast w myśl art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *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) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej;
- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Zgodnie z zapisami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, zdrowie człowieka zależy od szeregu wzajemnie ze sobą powiązanych czynników, ujmowanych w cztery główne grupy:

- styl życia (w ponad 50%),
- warunki środowiskowe (w ponad 20%),
- dostępność i poziom opieki zdrowotnej (w około 10%) oraz
- cechy dziedziczne (genetyczne).

Należy podkreślić, że w około 80% o stanie zdrowia decydują indywidualne cechy, zachowania i wybory danej osoby (w tym indywidualna troska o własne zdrowie) oraz uwarunkowania środowiskowe, społeczne i ekonomiczne, na które w różnym stopniu mogą mieć wpływ działania inicjowane i realizowane przez samorząd gminny.

Mając na uwadze powyższe, zasadne jest określenie priorytetowych kierunków i działań na rzecz utrzymania i poprawy stanu zdrowia mieszkańców Cieszyna. Winny to być

działania interdyscyplinarne i wielosektorowe, prowadzone w obszarach trzech pierwszych grup wymienionych powyżej czynników, odpowiadających za zdrowie jednostki i całej populacji. Działania te zostały określone w szeregu programach przyjętych przez Radę Miejską, między innymi w:

- gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;
- gminnym programie pomocy osobom niepełnosprawnym;
- gminnym programie ochrony zdrowia psychicznego;
- gminnym programie wychodzenia z bezdomności i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu;
- gminnym programie ochrony środowiska.

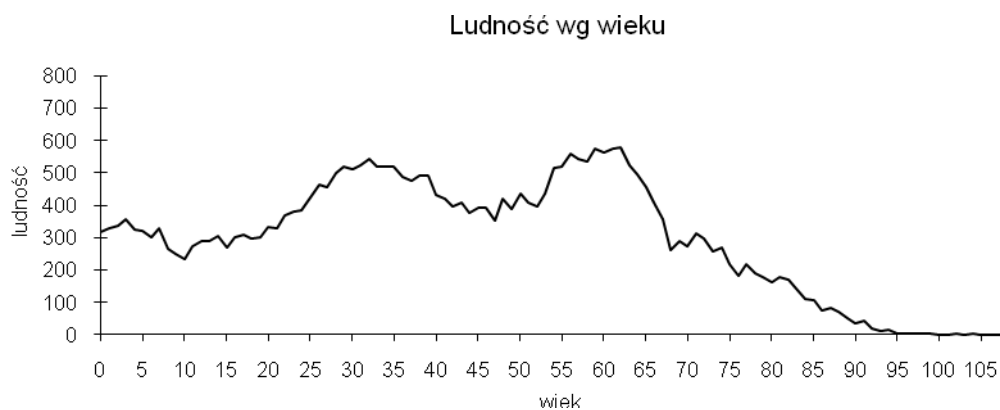
Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Cieszyna na lata 2015-2017 stanowi uzupełnienie powyższych programów, obejmując działania dotyczące promocji i profilaktyki zdrowia. Program ten jest kontynuacją działań realizowanych w tym zakresie przez Gminę Cieszyn od 2000 roku. Wszystkie wymienione powyżej programy stanowią rozwinięcie celów określonych w strategii rozwoju miasta Cieszyna. Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Cieszyna na lata 2015-2017 jest rozwinięciem zapisu *Strategii rozwoju miasta Cieszyna na lata 2010-2020* (przyjętej uchwałą Nr LII/539/10 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 28 października 2010 r.) – kierunek priorytetowy *Kapitał społeczny*, cel strategiczny II *Zapewnienie warunków dla rozwoju kapitału ludzkiego oraz podnoszenie jakości życia*, cel operacyjny II.5 *Zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa publicznego i zdrowotnego*.

II. WYBRANE ZAGADNIENIA DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNE

Ludność Cieszyna wg wieku (stan na dzień 31 grudnia 2014 r.)

Ludność (zameldowania stałe i czasowe)	34.352
-kobiety	18.393
-mężczyźni	15.959
w wieku:	
- przedprodukcyjnym	5.795
- produkcyjnym	20.727
- poprodukcyjnym	7.830
- urodzenia	419
- zgony	301

Gęstość zaludnienia **1.211 osób/km²**



Ryc. 1. Ludność Cieszyna wg wieku (stan na dzień 31 grudnia 2014 r.)

Podstawowe dane epidemiologiczne, z uwagi na sposób i zakres gromadzenia danych do celów statystycznych, dotyczą całego powiatu cieszyńskiego i zostały przedstawione w poniższych tabelach¹.

¹ Na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, dostępnych na stronie ww. Urzędu; wejście na stronę w dniu 5.05.2015 r.

Tabela 1. Ruch naturalny ludności w latach 2012-2013 (stan w dniu 31 grudnia).

Wyszczególnienie	2012		2013	
Liczby bezwzględne				
Urodzenia żywe	1881		1918	
Zgony	1695		1677	
w tym niemowląt	8		8	
Przyrost naturalny	186		241	
Współczynniki na 1000 ludności				
	Śląskie	Powiat cieszyński	Śląskie	Powiat cieszyński
Urodzenia żywe	9,6	10,6	9,3	10,8
Zgony	10,6	9,6	10,7	9,5
w tym niemowląt (na 1000 żywych urodzeń)	4,8	4,3	5,1	4,2
Przyrost naturalny	-1,0	1,1	-1,4	1,4

Tabela 2. Przeciętne dalsze trwanie życia w 2013 r.

Wyszczególnienie	mężczyźni			kobiety		
	w wieku lat					
	0	30	60	0	30	60
Polska	73,1	44,3	18,7	81,1	51,8	23,9
Śląskie	72,4	43,6	18,4	80,1	50,8	23,1
Powiat cieszyński (dot. 2002 r.)	71,4	42,4	16,9	79,3	49,8	21,7

Tabela 3. Zgony według najczęstszych przyczyn (wskaźnik na 100 000 ludności).

Wyszczególnienie		Ogółem (AOO-R99), (V01-Y89) i (U01) ²	W tym:		
			Nowotwory (C00-D48)	Choroby układu krążenia (I00-199)	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01-Y89)
Śląskie	2011	1030,4	271,0	469,0	63,5
	2012	1061,1	283,6	491,5	64,2
Powiat cieszyński	2011	971,4	238,3	467,0	56,2
	2012	958,8	250,0	453,7	56,6

Tabela 4. Zgony niemowląt.

Wyszczególnienie	lata	
	2012	2013
Liczby bezwzględne	8	8
Na 1000 żywych urodzeń	4,3	4,2

² W tabelach użyto kodów zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (rewizja dziesiąta).

Tabela 5. Zachorowania na gruźlicę.

Zachorowania	Ogółem	
	2012	2013
liczby bezwzględne		
Polska	7542	7250
Śląskie	1185	1100
Powiat cieszyński	26	27
wskaźniki na 100 000 ludności		
Polska	19,6	18,8
Śląskie	25,6	23,9
Powiat cieszyński	14,7	15,2

Tabela 6. Zachorowania na nowotwory złośliwe.

Wyszczególnienie	Śląskie		Powiat cieszyński	
	2010	2011	2010	2011
Liczby bezwzględne				
ogółem	16915	17872	651	632
kobiety	8563	8948	333	322
mężczyźni	8352	8924	318	310
Wskaźniki na 100 000 ludności				
ogółem	364,7	368,0	403,8	358,6
kobiety	382,2	400,2	450,2	378,8
mężczyźni	348,4	372,7	361,0	339,8

Tabela 7. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku od 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (liczby bezwzględne).

Najczęstsze schorzenia		2012				2013			
		Śląskie		Powiat cieszyński		Śląskie		Powiat cieszyński	
		Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia
Niedokrwistość D50-D59		7474	2000	297	93	7474	2000	297	93
Choroby tarczycy E00-E07		3395	732	138	43	3353	662	141	36
Niedożywienie E40-E46		2796	433	56	10	2587	381	65	11
Otyłość E65-E68		13302	1872	292	67	13066	1935	352	109
Padaczka G40		3267	471	125	29	3079	457	130	36
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka H52		30527	2773	480	43	28917	2817	470	53
Alergie	Dychawica oskrzelowa J45	24149	3671	1011	236	22568	3655	936	278
	Pokarmowe K52.2	9838	1539	398	51	9048	1423	306	49
	Skórne L27.2	10504	1571	358	54	9891	1377	393	53
Zniekształcenia kręgosłupa M40-M41		41928	4398	1351	189	39919	4106	1245	206
Choroby układu moczowego N00-N23		5488	949	170	36	4957	907	152	30
Zaburzenia rozwoju R62		8057	1186	229	31	7656	1136	229	36
w tym:	fizyczne-go R62.8	4614	560	152	12	4431	564	151	7
	psycho-motorycznego R62.0	2404	330	36	7	2284	321	34	5

Tabela 8. Stan zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (liczby bezwzględne).

Najczęstsze schorzenia	2012				2013			
	Śląskie		Powiat cieszyński		Śląskie		Powiat cieszyński	
	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia
Choroby tarczycy E00-E07	54781	8246	2324	517	54801	8921	2220	460
Cukrzyca E10E14	149336	14968	6744	800	144579	14755	6528	748
Choroby układu krążenia I00-I99	572132	63120	27390	3852	568033	62294	25848	3520
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa J40-J47	72048	8643	3054	668	69181	8577	2634	483
Przewlekłe choroby układu trawiennego K25-K93	121457	18614	4989	1524	113855	18049	3750	1027
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej M00-M99	180318	27908	10546	2509	175837	26298	9086	2017

Tabela 9. Zachorowania na choroby zakaźne.

Schorzenie	Powiat cieszyński			
	2012		2013	
	w liczbach bezwzględnych			
Dur brzuszny A01.0	-	-	-	-
Czerwonka bakteryjna A03	-	-	-	-
Krztusiec A37	5	15	15	15
Szkarlatyna (płonica) A38	298	169	169	169
Choroba meningokokowa (inwazyjna) A39	3	2	2	2
Odra B05	-	-	-	-
Grypa: zachorowania potwierdzone laboratoryjnie J10;J11 ^c	-	-	-	-
Wirusowe zapalenie wątroby B15-B19 ^a :	-	9	9	9
w tym typu B ^b B16; B18.0-1	-	3	3	3
Świnka (nagminne zapalenie przyusznicy) B26	13	23	23	23
Bakteryjne zatrucia pokarmowe A02.0;A05:	12	20	20	20
w tym salmonellozy A02.0	11	20	20	20
AIDS (zespół nabytego upośledzenia odporności) B20-B24	-	-	-	-
Nowo wykryte zakażenia HIV Z21	1	3	3	3
Grypa ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi J09	-	-	-	-
na 100 000 ludności				
	Śląskie		Powiat cieszyński	
	2012	2013	2012	2013
Dur brzuszny A01.0	-	-	-	-
Czerwonka bakteryjna A03	0,04	0,02	-	-
Krztusiec A37	8,5	3,3	2,8	8,5
Szkarlatyna (płonica) A38	93,7	68,1	168,6	95,3
Choroba meningokokowa (inwazyjna) A39	0,7	0,7	1,7	1,1
Odra B05	0,04	0,5	-	-
Wirusowe zapalenie wątroby B15-B19 ^a :	8,1	9,1	-	5,1
w tym typu B ^b B16; B18.0-1	3,5	3,4	-	1,7
Świnka (nagminne zapalenie przyusznicy) B26	8,4	7,1	7,4	13,0
Bakteryjne zatrucia pokarmowe A02.0;A05:	28,7	26,9	6,8	11,3
w tym salmonellozy A02.0	11,0	11,0	6,2	11,3
AIDS (zespół nabytego upośledzenia odporności) B20-B24	0,6	0,4	-	-
Grypa: zachorowania potwierdzone laboratoryjnie J10;J11 ^c	0,2	5,5	-	6,2
Nowo wykryte zakażenia HIV Z21	2,2	3,1	0,6	1,7
Grypa ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi J09	-	-	-	-

^a WZW typu C obliczono wg definicji przypadku z roku 2005

^b łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV (typ B+C)

^c w tym przypadku grypy A/H1N1v

III. CEL GŁÓWNY PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ MIASTA CIESZYNA

Strategiczny cel Programu polityki zdrowotnej miasta Cieszyna na lata 2015-2017 to *Poprawa stanu zdrowia mieszkańców Cieszyna i związanej z nim jakości życia, poprzez podniesienie świadomości zdrowotnej mieszkańców.*

Osiągnięcie zakładanego celu głównego będzie możliwe poprzez prowadzenie działań w następujących obszarach:

- **Promocji zdrowia**, obejmującej działania adresowane do ludzi zdrowych, służące:
 - utrwalaniu stylu życia sprzyjającego zdrowiu i zwiększeniu świadomości zdrowotnej,
 - umożliwiające poszczególnym osobom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem, czynnikami warunkującymi stan zdrowia i jego poprawę,
 - promowaniu zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

Celem promocji zdrowia jest długotrwała poprawa 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. Tego typu działania prewencyjne, pomimo, że obejmują dużą grupę osób są znacznie tańsze niż leczenie mniejszej liczby osób. Promocja zdrowia obejmuje 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 organizacje pozarządowe i podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego³. Niebagatelną rolę w promowaniu zdrowego stylu życia odgrywiają placówki oświatowe, w tym przedszkola i szkoły, których organem założycielskim jest Gmina Cieszyn.

- **Profilaktyki zdrowotnej (profilaktyki zachorowań)**, w którym to obszarze mieści się szereg działań kierowanych przede wszystkim do ludzi zdrowych, w tym do osób nieświadomych swego stanu zdrowia, mających na celu zapobieganie chorobie (lub innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu) przed jej rozwinięciem się, poprzez kontrolę przyczyn i czynników ryzyka. Celem profilaktyki jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym poprzez:

- zmniejszenie ryzyka zachorowania dzięki zwiększeniu indywidualnej (i populacyjnej) odporności na czynniki chorobowe,
- wykrycie choroby na jak najwcześniejszym etapie rozwoju,
- podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie lub hamujących postęp już istniejącej choroby i ograniczenie powikłań zdrowotnych z nią związanych.

Profilaktyka prowadzi również do ograniczenia niesprawności i inwalidztwa, a także zapobiega powstawaniu niekorzystnych wzorów zachowań społecznych, mających wpływ na podwyższenie ryzyka wystąpienia choroby. Wyróżnia się trzy poziomy profilaktyki:

- profilaktyka pierwotna (pierwszorzędowa), czyli zapobieganie pierwszej fazy – przeciwdziałanie powstawaniu choroby poprzez zwiększenie odporności osobniczej za zachorowanie lub zmniejszenie ekspozycji osób wrażliwych na czynniki szkodliwe (czynniki ryzyka);
- profilaktyka wtórna (drugorzędowa), czyli zapobieganie drugiej fazy – realizowana w stadium przedklinicznym choroby i polegająca na możliwie wczesnym jej wykrywaniu i poddaniu skutecznemu leczeniu;

³ Skóbel B., Wójcik M. *Marsz po zdrowie. Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych*. Związek Powiatów Polskich, Lublin – Warszawa 2010.

- profilaktyka trzeciorzędowa, czyli zapobieganie trzeciej fazy – realizowana w stadium zaawansowanym choroby i zmierzająca do przywrócenia choremu pełnego zdrowia lub całkowitej sprawności czynnościowej⁴.

⁴ Skóbel B., Wójcik M. *Marsz po zdrowie...*

IV. PROGRAMY I DZIAŁANIA W ZAKRESIE OCHRONY, PROMOCJI I PROFILAKTYKI ZDROWIA

Zgodnie z zapisem art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych programy polityki zdrowotnej winny dotyczyć:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;*
- 2) innych niż określone w pkt. 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;*
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.*

Mając na uwadze powyższy zapis, na podstawie przeprowadzonej analizy sytuacji epidemiologicznej i stanu zdrowotnego mieszkańców Cieszyna, uwzględniając zakres świadczeń zdrowotnych, w tym obejmujących profilaktykę zdrowotną, finansowanych ze środków publicznych (przede wszystkim przez Narodowy Fundusz Zdrowia), a także zakres realizowanych działań w ramach gminnych programów zdrowotnych w latach poprzednich, uznano, iż w latach 2015-2017 powinien być kontynuowany **program profilaktyki i korekcji wad postawy ciała uczniów.**

IV.1. PROGRAM PROFILAKTYKI I KOREKCJI WAD POSTAWY CIAŁA UCZNIÓW KLAS I-III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

1. Opis problemu zdrowotnego

Sposób trzymania się danej osoby w swobodnej pozycji stojącej określa się terminem „postawa ciała”, której zewnętrznym przejawem jest sylwetka tejże osoby oraz wzajemny przestrzenny układ poszczególnych części ciała. Postawa ciała jest cechą indywidualną danej osoby, czyli chociaż postawa jest u wszystkich ludzi podobna, to nie jest identyczna. Cechą postawy ciała jest również zmienność zarówno w ciągu całego życia, jak i nawet w ciągu dnia, co jest uwarunkowane szeregiem czynników. Dlatego bardzo często trudne jest jednoznaczne i obiektywne rozgraniczenie postawy prawidłowej i nieprawidłowej.

W trakcie rozwoju dziecka wyróżnia się dwa okresy tzw. skoków wzrostowych, przypadających na okres 6-7 i 12-16 lat, które są okresami krytycznymi dla rozwoju postawy ciała (pomijając przypadki wad wrodzonych lub określonych schorzeń powodujących wady postawy). W tych okresach pojawiają się pewne zagrożenia dla postawy ciała, zależne zarówno od uwarunkowań fizjologicznych (wzrost dziecka w okresie tzw. skoku pokwitaniowego u nastolatków), jak i wpływu rozmaitych czynników zewnętrznych, kiedy następuje dość gwałtowna zmiana trybu życia dziecka (początek nauki szkolnej). W tych okresach szczególnie uwydatniają się nieprawidłowości dotyczące postawy ciała, zwane wadami postawy. Nie leczone lub nie korygowane wady postawy ciała nie są wyłącznie defektem o charakterze kosmetycznym, ale mogą prowadzić do szeregu zaburzeń w procesie właściwego rozwoju m.in. układu oddechowego, układu krążenia lub układu pokarmowego, a tym samym stać się przyczyną wielu schorzeń w wieku młodzieńczym i dojrzałym. Istotnym problemem w kształtowaniu właściwej postawy ciała dzieci i młodzieży jest rozróżnienie dwóch odrębnych kwestii:

- nawykowej nieprawidłowej postawy ciała – podlegającej czynnej korekcji i wymagającej włączenia do zajęć korekcyjnych, prowadzonych przez przygotowanych do tego nauczycieli,
- rzeczywistej wady postawy – nie korygującej się czynnie i nie będącej przedmiotem kompetencji nauczyciela, wymagającej leczenia poprzez fizjoterapię, gorsetowanie czy leczenie operacyjne⁵.

Wady postawy ciała rozwijają się często bez jednoznacznie określonej i uchwytniej przyczyny, przy czym znaczącą rolę odgrywają czynniki sprzyjające przyjmowaniu przez dziecko nieprawidłowego układu ciała, co z czasem prowadzi do rozwoju i utrwalenia nieprawidłowej postawy ciała. Do tych czynników zalicza się przede wszystkim:

- niewłaściwie dobrane stanowisko pracy ucznia (ławka, stolik, krzesło itp. niedostosowane do wzrostu ucznia),
- przyjmowanie niewłaściwej pozycji ciała podczas pracy i odpoczynku,
- zbyt ciężki, przeciążony i niedostosowany do wzrostu i wieku dziecka tornister szkolny oraz jego niewłaściwe noszenie,
- nadwaga,
- ograniczona aktywność ruchowa dziecka i siedzący tryb życia⁶.

Występowanie wad postawy w wieku rozwojowym ocenia się w przybliżeniu na 50 - 60% populacji, **przy czym w większości są to wadliwe postawy nawykowe**. Na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2007 r. w Polsce

⁵ Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów*. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

⁶ Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów*. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

zdiagnozowano ogółem 417.381 zniekształceń kręgosłupa, co stanowiło 5,19% populacji w wieku 0-18 lat⁷. W przypadku powiatu cieszyńskiego zniekształcenia kręgosłupa w tej populacji stwierdzono⁸:

- w 2011 r. – u 2.040 osób (320 nowych przypadków), przy 45.748 w całym województwie śląskim (5319 przypadków nowych)
- w 2012 r. – u 1.351 osób (189 nowych przypadków), przy 41.928 w całym województwie śląskim (4.398 przypadków nowych)
- w 2013 r. u 1.245 osób (206 nowych przypadków), przy 39.919 w całym województwie śląskim (4.106 przypadków nowych),

(Uwaga. Populacja osób w analizowanym przedziale wiekowym zmniejsza się corocznie).

Badania przesiewowe wad postawy ciała dzieci były prowadzone na terenie Cieszyna w różnych grupach wiekowych od 2000 r. Badaniami objęto uczniów klas I-VI szkół podstawowych (rok 2000 oraz lata 2005-2007), uczniów klas I szkół podstawowych (2001 r.) oraz uczniów klas I-III szkół gimnazjalnych (2002 r.). W latach 2011-2014 badaniami przesiewowymi objęto uczniów uczestniczących w programie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała dzieci i młodzieży (uczniowie klas od I do VI). Wyniki tych badań wskazują, że dzieci mają w różnym stopniu rozwinięte wady postawy ciała (wyniki z 2007 roku wskazują, że u 99% dzieci rozwinęła się wada postawy ciała, natomiast w latach 2011-2014 dzieci z wadami postawy ciała stanowiły od 50% do 79,7% populacji przebadanej). Tak znacząca rozbieżność pomiędzy przedstawionymi powyżej danymi epidemiologicznymi wynika stąd, iż w statystyce medycznej odnotowuje się przypadki rozpoznanych przez lekarzy specjalistów wad postawy ciała – zniekształceń kręgosłupa, które są rzeczywistymi wadami postawy ciała. W badaniach przesiewowych, które obejmowały różne grupy wiekowe uczniów cieszyńskich szkół rozpoznawano wszystkie wady postawy ciała – zarówno rzeczywiste wady postawy, jak i nawykowe nieprawidłowe postawy ciała. **Należy także zwrócić uwagę, że badania przesiewowe cechują się dużą zmiennością częstości rozpoznawania wad postawy, a ich ocena kliniczna ma bardzo niską specyficzność, wynoszącą ok. 5%. W wyniku badań przesiewowych dochodzi więc do nadmiernej rozpoznawalności wad postawy ciała (w rozumieniu rzeczywistych wad postawy), kiedy w większości przypadków mamy do czynienia z nawykowymi nieprawidłowymi postawami ciała.**

Mając jednak na uwadze zagrożenie, że nie korygowane nawykowe nieprawidłowe postawy ciała mogą przekształcać się w rzeczywiste wady postawy, a także częstotliwość występowania nieprawidłowych postaw ciała, należy podejmować działania profilaktyczne. Do działań profilaktycznych wad postawy ciała należy zaliczyć przede wszystkim⁹:

- codzienną dbałość o utrzymanie prawidłowej postawy,
- eliminację czynników stanowiących zagrożenie wystąpieniem wady,
- zapewnienie dziecku odpowiedniej dla niego ilości ruchu, umożliwiającej wszechstronny i harmonijny rozwój fizyczny,
- regularną kontrolę stanu zdrowia.

Skuteczność tych działań jest uzależniona od współdziałania wszystkich osób odpowiedzialnych za wszechstronny rozwój dziecka – rodziców (opiekunów prawnych), wychowawców i nauczycieli (w tym przede wszystkim nauczycieli wychowania fizycznego i nauczycieli nauczania początkowego oraz prowadzących gimnastykę korekcyjną,) oraz

⁷ Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania* – rekomendacje ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

⁸ Na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, dostępnych na stronie internetowej ww. Urzędu; wejście na stronę w dniu 5.05.2015 r.

⁹ Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania* – rekomendacje ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

pracowników służby zdrowia (w tym pielęgniarek i higienistek szkolnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), a także wczesnego rozpoznania nieprawidłowości w postawie ciała i podjęcie – w zależności od ich charakteru i stopnia nasilenia – właściwych czynności zaradczych i zapobiegawczych.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy (podobnie jak świadczenia w zakresie ich leczenia) należą do świadczeń gwarantowanych¹⁰, udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych i finansowanych ze środków publicznych w ramach kontraktów zawieranych przez NFZ. Badania w kierunku wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i zniekształceń statycznych kończyn dolnych przeprowadzane są u dzieci w wieku 6-7 lat, a następnie 10 lat. Stąd też wydaje się zasadny nadzór nad programem lekarza specjalisty w zakresie rozpoznawania i leczenia wad postawy ciała.

Działania o charakterze profilaktyki pierwszorzędowej i częściowo drugorzędowej (np. zajęcia ruchowe o charakterze korekcyjnym, czyli tzw. gimnastyka korekcyjna) mogą i powinny być realizowane przede wszystkim w środowisku nauczania i wychowania. Przy czym należy zwrócić uwagę, że zajęcia z gimnastyki korekcyjnej były przez szereg lat realizowane jako zajęcia obowiązkowe w I etapie edukacyjnym (w klasach I-III), w wymiarze 2 godzin lekcyjnych tygodniowo, a obecnie mogą być realizowane w ramach zajęć wychowania fizycznego, godzin do dyspozycji dyrektora oraz tzw. „godzin karcianych” prowadzonych z uwzględnieniem art. 42 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 97, poz. 191), co znacząco ograniczyło liczbę tych godzin.

W ramach profilaktyki i korekcji wad postawy ciała wskazane jest prowadzenie następujących działań:

- coroczne wykonywanie badań kwalifikacyjnych w kierunku wad postawy wszystkich uczniów klas I-III szkół podstawowych (badania winny być realizowane przez prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej, przy współpracy z pielęgniarkami (higienistkami) szkolnymi i pod nadzorem lekarza specjalisty w zakresie rozpoznawania i leczenia wad postawy ciała);
- prowadzenie nauczania (instruktażu) ćwiczeń korygujących nieprawidłowości postawy ciała dzieci nie wymagających uczestniczenia w zajęciach z gimnastyki korekcyjnej w szkołach, a które powinny regularnie ćwiczyć w domu oraz regularne sprawdzanie efektów tych ćwiczeń;
- edukacja dzieci w zakresie właściwej postawy ciała oraz nawyków sprzyjających jej utrzymaniu, zapoznanie dzieci z różnorodnymi formami aktywności ruchowej, wypracowania nawyku do aktywności fizycznej przez całe życie;
- edukacja rodziców i aktywizacja w zakresie wad postawy ciała, zagrożeń z nimi związanych oraz możliwości przeciwdziałania i profilaktyki w tym zakresie, znaczenia aktywności ruchowej w życiu dziecka, umiejętności rozpoznawania i przeciwdziałania złym nawykom przyczyniającym się do powstawaniu wad postawy ciała oraz konieczności prowadzenia z dzieckiem domowych ćwiczeń w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała;
- edukacja nauczycieli wychowania fizycznego oraz prowadzących zajęcia z gimnastyki korekcyjnej w zakresie umiejętności rozpoznawania wad postawy ciała, dostosowania zajęć ruchowych do aktualnych możliwości (poziomu sprawności i wydolności) i potrzeb (nawykowych nieprawidłowości postawy ciała) dzieci, ukierunkowanie zajęć wychowania

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 z późn. zm.).

fizycznego na zajęcia o charakterze ogólnorozwojowym, obejmującym w większym niż dotychczas stopniu różnorodne formy podstawowych ćwiczeń gimnastycznych;

- edukacja nauczycieli nauczania przedszkolnego w zakresie przyczyn, rozpoznawania, przeciwdziałania zagrożeniom, jakie niosą wady postawy ciała, dbania o właściwą postawę ciała ucznia w trakcie zajęć przedszkolnych, prowadzenia ćwiczeń ogólnorozwojowych;
- edukacja nauczycieli innych niż wymienionych powyżej przedmiotów nauczania w zakresie przyczyn, rozpoznawania i przeciwdziałania zagrożeniom, jakie niosą wady postawy ciała, prowadzenia gimnastyki śródlekcyjnej, dbania o właściwą postawę ciała ucznia w trakcie zajęć szkolnych oraz organizacji ergonomicznych warunków pracy ucznia podczas lekcji.

2. Cele programu

2.1. Cel główny:

- zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży na terenie Cieszyna z wadami postawy oraz ograniczenie następstw wad postawy ciała.

2.2. Cele szczegółowe:

- zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów, rodziców (opiekunów prawnych) i nauczycieli w zakresie wad postawy, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki,
- kształtowanie nawyków prawidłowej postawy ciała u dzieci i młodzieży,
- wczesne wykrywanie nieprawidłowości w zakresie postawy ciała,
- wspomaganie wszechstronnego i harmonijnego rozwoju psychofizycznego uczniów,
- rozwijanie i doskonalenie sprawności ruchowej i tężyzny fizycznej uczniów,
- rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

2.3. Oczekiwane efekty:

- wzrost aktywności ruchowej dzieci i młodzieży,
- poprawa ogólnej sprawności fizycznej dzieci,
- zmniejszenie częstości występowania wadliwych postaw ciała u dzieci,
- wzrost świadomości uczniów i rodziców na temat wad postawy i zagrożeń z nich wynikających,
- wykształcenie u dzieci i młodzieży umiejętności samooceny, samokontroli i korekcji postawy.

3. Adresaci programu

Program profilaktyki i korekcji wad postawy ciała skierowany jest do uczniów szkół podstawowych, ich rodziców (opiekunów prawnych), nauczycieli i wychowawców, z tym że w części dotyczącej zajęć z zakresu gimnastyki korekcyjnej – do uczniów klas I-III.

4. Organizacja programu

4.1. Postępowanie medyczne:

- a. we wrześniu każdego roku prowadzący zajęcia gimnastyki korekcyjnej, przy współpracy z pielęgniarkami (higienistkami) szkolnymi i pod nadzorem lekarza specjalisty ds. profilaktyki wad postawy ciała, dokonują oceny uczniów klas I-III w kierunku wad postawy ciała w celu wyłonienia następujących grup uczniów:
 - dzieci bez nieprawidłowości postawy ciała i nie wymagające objęcia ćwiczeniami ukierunkowanymi na korygowanie wad postawy ciała;
 - dzieci z nieprawidłowościami postawy ciała, nie wymagające uczęszczania na stałe zajęcia gimnastyki korekcyjnej, mogące korygować nieprawidłowości postawy ciała poprzez ćwiczenia prowadzone w domu, pod nadzorem rodziców;

- dzieci wymagające objęcia regularnymi zajęciami gimnastyki korekcyjnej w ramach szkolnych zespołów gimnastyki korekcyjnej, o różnym stopniu intensywności;
 - dzieci wymagające leczenia w wyspecjalizowanych placówkach opieki zdrowotnej;
- b. podział przebadanej populacji uczniów na grupy ćwiczeniowe (zajęcia z gimnastyki korekcyjnej, grupy liczące nie mniej niż 10 i nie więcej niż 15 uczniów) oraz grupy dzieci ćwiczących domu, wymagające instruktazu oraz okresowej (co najmniej raz na półrocze) kontroli przez prowadzących zajęcia z gimnastyki korekcyjnej;
 - c. realizacja zajęć gimnastyki korekcyjnej w wymiarze dwóch godzin lekcyjnych w tygodniu dla zakwalifikowanych uczniów;
 - d. instruktaz dzieci zakwalifikowanych do ćwiczeń domowych;
 - e. przekazanie rodzicom pisemnych informacji o wynikach badań przesiewowych i zaleceniach w zakresie wad postawy ciała; w odniesieniu do grupy dzieci wymagających leczenia w wyspecjalizowanych placówkach opieki zdrowotnej – poinformowanie rodziców o konieczności uzyskania stosownego skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
- 4.2. Postępowanie edukacyjne:
- a. edukacja rodziców w zakresie wad postawy ciała w ramach spotkań – wywiadówek;
 - b. edukacja w zakresie związanym z wadami postawy w ramach odrębnych szkoleń, w tym szkolenia i warsztaty metodyczne z zakresu umiejętności diagnostycznych oraz zmian metodycznych w korekcji skolioz z akcentem na ćwiczenia asymetryczne, przeznaczone dla nauczycieli wychowania fizycznego oraz prowadzących gimnastykę korekcyjną);
- 4.3. Postępowanie organizacyjne:
- a. powołanie koordynatora ds. gimnastyki korekcyjnej, do którego zadań będzie należało:
 - koordynacja metodyki prowadzonych w szkołach zajęć gimnastyki korekcyjnej, w tym ustalanie metodyki prowadzenia ewaluacji,
 - prowadzenie bazy informacyjnej w zakresie ilości prowadzonych zajęć gimnastyki korekcyjnej w poszczególnych szkołach,
 - koordynowanie badań przesiewowych dotyczących wad postawy, realizowanych w szkołach,
 - nadzór na sposobem przeprowadzenia klasyfikacji dzieci do poszczególnych grup ćwiczeniowych w celu ujednoczenia kryteriów przydziału do grup.
 - aktywizacja i edukacja rodziców w zakresie aktywności ruchowej ich dzieci, rozpoznawania i przeciwdziałania powstawaniu wad postawy ciała ich dzieci,
 - przygotowanie propozycji szkoleń i warsztatów metodycznych z zakresu doskonalenia umiejętności diagnostycznych oraz zmian metodycznych w korekcji skolioz dla nauczycieli nauczania początkowego i przedszkolnego, nauczycieli wychowania fizycznego oraz prowadzących gimnastykę korekcyjną.
 - b. współpraca z lekarzem specjalistą w zakresie wad postawy ciała, do którego zadań będzie należało:
 - nadzór nad realizacją badań kwalifikacyjnych dzieci do jednej z grup, o których mowa w pkt. 4.1.a,
 - okresowa ocena postępów w zakresie procesu korekcyjnego i podjętych działań profilaktyczno-rehabilitacyjnych na podstawie ww. badań;
 - c. założenie przez prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej dokumentacji obejmującej wyniki corocznych badań przesiewowych dzieci pod kątem wad postawy oraz ich kwalifikacji do jednej z grup, o których mowa w pkt. 4.1.a;

- d. kwalifikacja uczniów objętych badaniami przesiewowymi do grup ćwiczeniowych oraz organizacja zajęć gimnastyki korekcyjnej przy założeniu, że każde zakwalifikowane dziecko uczestniczy w zajęciach w wymiarze dwóch godzin lekcyjnych w tygodniu;
- e. opracowanie zestawu ćwiczeń domowych dla dzieci wymagających korekty nieprawidłowości postawy ciała i zakwalifikowanych do grupy ćwiczącej w domu;
- f. prowadzenie przez realizatorów programu dokumentacji potwierdzającej realizację programu;
- g. opracowanie i przekazanie przez lekarza sprawozdania merytorycznego, zawierającego dane statystyczne dotyczące realizacji programu (ilość przebadanych osób, wyniki w ujęciu statystycznym) wraz z oceną jego efektywności;
- h. opracowanie i przekazanie przez koordynatora ds. gimnastyki korekcyjnej sprawozdania merytorycznego (na podstawie danych ze szkół, w których realizowany jest program), zawierającego m.in.:
 - dane statystyczne dotyczące realizacji medycznej części programu (ilość uczniów zakwalifikowanych do grup, o których mowa w pkt. 4.1.a, ilość zrealizowanych zajęć gimnastyki korekcyjnej, efektywności programu, to jest ilości dzieci, u których zanotowano korekcję stwierdzonych nieprawidłowości postawy ciała),
 - dane dotyczące zrealizowanych szkoleń i spotkań edukacyjnych w ramach edukacyjnej części programu (dotyczy wszystkich szkół biorących udział w programie),
 - wnioski i sugestie dotyczące korekt i zmian w zakresie i sposobach realizacji programu.

Realizatorem (realizatorami) programu będą przede wszystkim osoby posiadające uprawnienia do prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej oraz lekarz posiadający doświadczenie w prowadzeniu działalności w zakresie profilaktyki i leczenia wad postawy ciała, zgodnie z wymogami przepisów odrębnych.

5. Koszty

Na koszt realizacji programu będą składały się przede wszystkim:

- koszty zajęć gimnastyki korekcyjnej – ok. 260.000 zł rocznie
- koszt pracy lekarza – ok. 8.000 zł rocznie;
- koszt pracy koordynatora – ok. 4.000 zł rocznie;

Całość opisanych działań finansowana będzie ze środków budżetowych Gminy Cieszyn.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie przebiegu programu będzie polegało na przekazywaniu na bieżąco, w miesięcznych sprawozdaniach koordynatora programu informacji o zakresie realizacji programu, tj. ilości objętych nim uczniów, frekwencji na zajęciach, zrealizowanych godzin zajęć oraz działaniach prozdrowotnych dotyczących problemu wad postawy ciała uczniów, w tym działaniach obejmujących również edukację rodziców i nauczycieli.

Ocena jakości programu będzie dokonana w następujących zakresach:

- a. ocena zgłaszalności – będzie prowadzona podstawie danych udostępnianych przez realizatora programu (sprawozdań merytoryczno-finansowych) i obejmujących dane:
 - ilość dzieci ze stwierdzonymi wadami postawy ciała,
 - ilość dzieci objętymi różnymi formami ćwiczeń,
 - ilość rodziców i nauczycieli biorących udział w szkoleniach i spotkaniach informacyjnych;
- b. ocena efektywności – będzie prowadzona na podstawie corocznych analiz danych statystycznych dotyczących występowania wad postawy w populacji dzieci objętych

programem oraz indywidualnych ocen wad postawy ciała poszczególnych dzieci, uzyskanych corocznie podczas badań kwalifikacyjnych.

7. Okres realizacji programu

Program jest kontynuacją dotychczasowych działań realizowanych w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała. W roku szkolnym 2015/2016 oraz 2016/2017 programem zostaną objęci tylko uczniowie klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Cieszyn.

V. POZOSTAŁE DZIAŁANIA FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PRZEZNACZONYCH NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ MIASTA CIESZYNA

1. Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego w sferze zadań publicznych z zakresu ochrony i promocji zdrowia.

1.1. Opis problemu

Do sfery zadań publicznych należą m.in. zadania w zakresie ochrony i promocji zdrowia¹¹. Zadania publiczne mogą być realizowane przez organizacje pozarządowe (oraz inne podmioty wyszczególnione w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie), a realizacja tych zadań może być zlecana organizacjom pozarządowym przez organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego. Zlecenie realizacji zadań publicznych może mieć formę:

- powierzenia wykonywania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na finansowanie ich realizacji, lub
- wspierania wykonywania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie ich realizacji.

Gmina Cieszyn od szeregu lat współpracuje z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami w zakresie działalności pożytku publicznego, m.in. udzielając dotacji celowych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia, w ramach uchwalanych corocznie przez Radę Miejską Cieszyna programów współpracy Gminy Cieszyn z organizacjami pozarządowymi. W zdecydowanej większości zadania te polegają na działaniach edukacyjnych, kierowanych do dzieci i młodzieży, osób dorosłych oraz matek samotnie wychowujących dzieci, obejmując np. naukę udzielania pierwszej pomocy, zdrowego stylu życia, zdrowego gotowania itp.

1.2. Planowane działania

- uwzględnianie działań z zakresu ochrony i promocji zdrowia w projektach programów współpracy Gminy Cieszyn z organizacjami pozarządowymi, przedkładanych corocznie do uchwalenia przez Radę Miejską Cieszyna;
- zlecenie wykonania zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia organizacjom pozarządowym wraz z udzieleniem dotacji celowych na finansowanie ich realizacji.

1.3. Przewidywany koszt

- ok. 10.000 zł rocznie.

1.4. Termin realizacji

- lata 2015-2017

¹¹ Art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 1118 z późn. zm.).