

Projekt

UCHWAŁA NR .....  
RADY MIASTA MARKI

z dnia ..... 2019 r.

**w sprawie przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców zamieszkujących Gminę Miasto Marki na lata 2019 – 2021**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 16 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 994 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) Rada Miasta Marki uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców zamieszkujących Gminę Miasto Marki na lata 2019 - 2021, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Marki.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

BURMISTRZ

Jacek Orych

SKARBNIK MIASTA

Beata Orych

RADCA PRAWNY

Dariusz Matejski

WA-8732



**Miasto  
Marki**

**Program Polityki Zdrowotnej  
Gminy Miasta Marki  
na lata 2019–2021**

**w przedmiocie**

**działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców zamieszkujących Gminę Miasto Marki**

**Projekt Programu Polityki Zdrowotnej został opracowany na podstawie  
art. 48 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(Dz.U. 2018.0.1510 t.j.)**

**Marki 2018**

**Urząd Miasta Marki**

**Wydział Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia**

## Spis treści

Spis tabel: .....	4
Spis rycin:.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego .....	5
a. Choroba lub problem zdrowotny .....	5
b. Epidemiologia .....	7
Choroby wrodzone i badania prenatalne.....	7
Choroby zakaźne .....	7
Choroby cywilizacyjne .....	8
Edukacja seksualna.....	11
Szkoły rodzenia.....	13
c. Obecne postępowanie.....	14
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności .....	16
Cel główny .....	16
Cele szczegółowe.....	16
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	16
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji .....	18
Populacja docelowa.....	18
Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej .....	20
Kryteria włączenia .....	20
Kryteria wyłączenia .....	20
Planowane interwencje.....	21
Sposób udzielania świadczeń .....	22
Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	24
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	25

---

Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	25
Ad 1. Akcja informacyjna .....	25
Ad 2. Rekrutacja do programu .....	25
Ad 3. Działania edukacyjne.....	26
Ad 4. Monitoring działań .....	30
Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	30
5. Monitorowanie i ewaluacja.....	32
Monitorowanie.....	32
Ewaluacja.....	33
6. Koszty .....	35
Planowane koszty całkowite .....	35
Koszty roczne organizacyjne po stronie Instytucji Zarządzającej: .....	35
Koszty roczne realizacji interwencji po stronie beneficjenta:.....	36
Koszty roczne ogólne programu.....	37
Źródła finansowania, partnerstwo .....	37
7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów .....	39
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu .....	39
b. Zgoda na udział w programie .....	41

---



#### Spis tabel:

Tabela 1. Najczęstsze przyczyny środowiskowe mające wpływ na rozwój dziecka w krajach rozwiniętych i rozwijających się .....	6
Tabela 2. Metody regulacji urodzeń – w odsetkach ogółu kobiet stosujących antykoncepcję	12
Tabela 3. Planowany roczny budżet całkowity .....	37

#### Spis rycin:

Rycina 1. Przyrost naturalny w Gminie Miasto Marki w latach 2013–2017 .....	14
Rycina 2. Stan Ludności Gminy Miasto Marki w roku 2017 .....	18
Rycina 3. Liczba kobiet w wieku reprodukcyjnym w Gminie Miasto Marki w roku 2017.....	19
Rycina 4. Liczba mężczyzn w wieku reprodukcyjnym w Gminie Miasto Marki w roku 2017 ..	19

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### a. Choroba lub problem zdrowotny

Zgodnie z definicją przyjętą na Konferencji na rzecz ludności i rozwoju (International Conference on Population and Development – ICPD) w Kairze w 1994 roku zdrowie prokreacyjne (*reproductive health* – RH) jest definiowane jako stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie jako brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sferach związanych z układem rozrodczym<sup>1</sup>. Oznacza to, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące oraz bezpieczne życie seksualne, a także że są zdolni do prokreacji. Z definicji tej wynika prawo do dostępu do odpowiednich usług ochrony zdrowia zapewniające kobietom opiekę podczas ciąży oraz bezpieczny przebieg porodu, a parom daje szansę na posiadanie zdrowego potomstwa<sup>2</sup>.

Kobiety planujące zajście w ciążę w wieku rozrodczym potrzebują szerokoprofilowego dostępu do różnych usług zdrowotnych. W tej sytuacji dodatkowym celem staje się ochrona zdrowia noworodka<sup>3</sup>. W kontekście zdrowia reprodukcyjnego częściej wspomina się o kobietach – przyszłych matkach – niż o przyszłych ojcach. Jednak zarówno w aspektach zdrowotnych, jak i edukacyjnych działania ukierunkowane na mężczyzn są równie ważne.

Spółczesność powinna mieć swobodny dostęp do usług zdrowotnych zapewniających zdrowie seksualne i reprodukcyjne. Obecne na rynku nowoczesne metody antykoncepcji zapobiegają znacznej liczbie niechcianych ciąż. Rozwój w dziedzinie medycyny i nowe technologie sprawiają, że poród w XXI wieku stał się bezpieczniejszy niż do tej pory. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet konieczne jest podniesienie świadomości na temat zasad bezpieczniejszego seksu, profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową (*sexually transmitted infections* – STI), chorób wrodzonych oraz innych zagrażających płodowi. Do działań profilaktycznych zalicza się m.in. badania ogólne (grupa krwi, Rh, morfologia itd.) i badania specyficzne (w kierunku STI, przeciwciała itd.)<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Program Narodów Zjednoczonych ds. rozwoju: *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat*, UNFPA, UNDP, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2006; *Report of the International Conference on Population and Development*, Cairo, 5–13 September 1994, United Nations, New York.

<sup>2</sup> Program Narodów Zjednoczonych ds. rozwoju: *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat...*, *op. cit.*; *Report of the International Conference on Population and Development...*, *op. cit.*

<sup>3</sup> Program Narodów Zjednoczonych ds. rozwoju: *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat...*, *op. cit.*

<sup>4</sup> Alan Guttmacher Institute Report: *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. The Alan Guttmacher Institute, New York 2002, [https://www.guttmacher.org/pubs/us\\_men.pdf](https://www.guttmacher.org/pubs/us_men.pdf) [dostęp: 27.09.2018]; Glasier A., Gülmezoglu A.M.; Schmid G.P.: *Sexual and Reproductive Health: A Matter of Life and Death*. World Health Organization, Geneva 2006.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) do najważniejszych zagrożeń wieku prokreacyjnego można zaliczyć nieprawidłową dietę. Otyłość jest w Polsce narastającym problemem. Właściwy dobór produktów żywnościowych przez kobiety planujące macierzyństwo pomaga w zajściu w ciążę. Uzupełnienie niedoborów składników odżywczych w pożywieniu, takich jak witaminy czy mikro- i makroelementy, potrzebne jest do prawidłowego wzrostu oraz rozwoju płodu<sup>5</sup>. Również okres karmienia piersią wiąże się ze zwiększonym zapotrzebowaniem kobiet na te składniki. Dlatego wśród kobiet w wieku rozrodczym tak niezwykle istotna jest edukacja na temat prawidłowej diety (a w razie potrzeby – zalecenie suplementacji diety).

Tabela 1. Najczęstsze przyczyny środowiskowe mające wpływ na rozwój dziecka w krajach rozwiniętych i rozwijających się

Kraje rozwijające się	Kraje rozwinięte
Niedożywienie	Nikotyna
Ryzykowny seks	Nadciśnienie tętnicze
Zanieczyszczenie wody pitnej	Alkohol
Spaliny	Wysoki poziom cholesterolu
Niedobór cynku	Wysokie BMI
Niedobór żelaza	Niskie spożycie owoców i warzyw
Niedobór witaminy A	Brak aktywności fizycznej
Nadciśnienie tętnicze	Narkotyki
Nikotyna	Ryzykowny seks
Wysoki poziom cholesterolu	Niedobór żelaza

Źródło: A. Glasier, A.M. Gülmezoglu, G.P. Schmid: *Sexual and Reproductive Health: A Matter of Life and Death*. World Health Organization, Geneva 2006.

<sup>5</sup> Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Zdrowotnego: *Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej POL-HEALTH na lata 2007–2011*. Warszawa 2007[2009].



## b. Epidemiologia

### Choroby wrodzone i badania prenatalne

W ostatnich latach w Polsce wzrasta średni wiek kobiet zachodzących w ciążę. Szacuje się, że 35-latki stanowią ok. 10% wszystkich kobiet rodzących. Powyżej 35. roku życia rośnie ryzyko wystąpienia nieprawidłowego rozwoju płodu, co często jest uwarunkowane zmianami genetycznymi (np. aberracją chromosomalną). Światowe badania epidemiologiczne wskazują na to, że 2–3% dzieci rodzi się z co najmniej jedną poważną wadą rozwojową, a 0,4% z zespołem mnogich wad rozwojowych. Wady wrodzone zaliczają się do najpoważniejszych problemów współczesnej perinatologii, będąc jedną z zasadniczych przyczyn umieralności okołoporodowej płodów i noworodków.

W Polsce wady wrodzone zajmują wśród przyczyn zgonów niemowląt drugie miejsce po chorobach okresu okołoporodowego. W leczeniu wad wrodzonych szczególną rolę odgrywa profilaktyka – zarówno pierwotna (I stopnia), mająca na celu niedopuszczenie do wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju zarodka i płodu, jak i wtórna (II stopnia), zmniejszająca uszkodzenie dziecka i zapobiegająca wystąpieniu wad u kolejnych dzieci w rodzinie. Jak najwcześniejsze wykrycie nieprawidłowości rozwojowych umożliwia bezpieczniejsze prowadzenie ciąży oraz podjęcie leczenia dziecka jeszcze przed urodzeniem<sup>6</sup>.

### Choroby zakaźne

TORCH jest to akronim pochodzący od angielskich nazw chorób infekcyjnych lub ich przyczyn, które podczas ciąży mają istotny wpływ na zdrowie dziecka i mogą powodować wady wrodzone u noworodków. Do tych schorzeń i czynników zakaźnych zaliczamy:

- toksoplazmozę (*toxoplasmosis*);
- inne (*other*), np. ospa wietrzna-półpasiec, grypa, odra, *Coxsackie*, parwovirus B19, kiła;
- różyczkę (*rubella*);
- cytomegalię (*cytomegalia*);
- *Herpes* (wirus opryszczki).

<sup>6</sup> Zespół do spraw Opracowania Badań Prenatalnych w Polsce: „Program badań prenatalnych”, 2004, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/ppz\\_prenatalnych\\_2004.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/ppz_prenatalnych_2004.pdf) [dostęp: 27.09.2018]; Ministerstwo Zdrowia: *Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2009–2013* – część A i B. Warszawa 2009.

Każda kobieta planująca ciążę powinna wykonać badanie na obecność specyficznych przeciwciał przeciw czynnikom zakaźnym z grupy TORCH. W przypadku kobiet z ujemnymi wynikami badań serologicznych należy unikać sytuacji zwiększających ryzyko zarażenia, jak np. spożywanie nieprawidłowo przetworzonego mięsa, zabawa ze zwierzętami lub kontakt z osobami z podejrzeniem infekcji wirusowej. Dodatkowo należy przeprowadzać badania kontrolne podczas ciąży<sup>7</sup>.

Trzeba podkreślić również konieczność zbadania się przyszłej matki w kierunku HIV (zalecane do 10. tygodnia ciąży). W Polsce co roku w kierunku HIV bada się tylko 30–33% kobiet, natomiast w Unii Europejskiej – ok. 60%, a w niektórych państwach, m.in. w Anglii, Francji, Holandii – 98%. Od 1985 roku w Polsce zarejestrowano ok. 150 zakażeń HIV u dzieci – wszystkie są skutkiem nieprzeprowadzenia badania podczas ciąży<sup>8</sup>.

Przyszli rodzice wykazują niedostatki wiedzy na temat zagrożenia dla płodu, jakie niesie próchnica. Badania prowadzone w ramach monitoringu zdrowia jamy ustnej wykazały, że personel placówek medycznych w znikomym stopniu uczestniczy w procesie edukacji stomatologicznej przyszłych matek. Zaniedbania w zakresie stanu zdrowia uzębienia matki niekorzystnie wpływają na zdrowie ogólne jej oraz dziecka. Zaobserwowano, że kobiety, które w okresie ciąży mają stan zapalny dziąseł, częściej rodzą dzieci z niską masą urodzeniową (*low birth weight* – LBW) lub dochodzi u nich do przedwczesnego porodu (*preterm birth* – PTB)<sup>9</sup>.

### Choroby cywilizacyjne

Używanie przez kobietę w ciąży nikotyny, alkoholu i narkotyków ma niezmiernie istotny wpływ na zdrowie i życie noworodka. Problemem jest brak wiedzy na temat zagrożeń wynikających ze stosowania wyżej wymienionych używek. Przekazywanie wiedzy i opieka ze strony lekarzy, pielęgniarek, innych specjalistów w aspekcie zdrowia oraz najbliższych kobiet w ciąży mogłyby ustrzec niejedno dziecko przed chorobami wrodzonymi i przewlekłymi. W 2009 roku ok. 14% ciężarnych spożywało alkohol. W 2012 roku wskaźnik ten spadł do 10%. Prawie wszystkie

---

<sup>7</sup> American Academy of Pediatrics: „Congenital Infectious-TORCH”, 2012, <https://pedclerk.bsd.uchicago.edu/sites/pedclerk.uchicago.edu/files/uploads/Pediatrics%20in%20Review-2011-Del%20Pizzo-537-42.pdf> [dostęp: 27.09.2018].

<sup>8</sup> Ministerstwo Zdrowia: „HIV a ciąża i dziecko”, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/hiv-i-aids/hiv-a-ciaza-i-dziecko> [dostęp: 27.09.2018].

<sup>9</sup> Marcisz E., Głowacka H.: „Dlaczego kobiety w ciąży powinny być otoczone szczególną opieką stomatologiczną”, <http://www.modent24.pl/dla-kobiet-w-ciazy/78-dlaczego-kobiety-w-ciazy-powinny-byc-otoczone-szczegolna-opieka-stomatologiczna> [dostęp: 27.09.2018].



badane twierdziły, że alkohol szkodzi zdrowiu płodu, jednak niemal 1% wciąż wierzy, że spożywanie go nawet w dużych ilościach nie pociąga za sobą takich skutków. Tymczasem picie alkoholu przez kobiety w ciąży grozi rozwinięciem się zespołu alkoholowego płodu (*fetal alcohol syndrome – FAS*), co oznacza m.in. uszkodzenie mózgu i upośledzenie umysłowe<sup>10</sup>.

Kolejnym ryzykownym zachowaniem, które może zaszkodzić płodowi oraz zdrowiu kobiety, to palenie tytoniu, podwyższające ryzyko wystąpienia wcześniejszego porodu. Wykazano, że większość badanych kobiet (ponad 90%) zdaje sobie sprawę ze szkody, jaką niesie ta używka<sup>11</sup>.

Wyniki badania wskazują mniejszy procent kobiet w ciąży spożywających inne środki odurzające (np. narkotyki). Około 2% zadeklarowało przyjmowanie środków nasennych, a ponad 3% – dopalaczy i środków pobudzających<sup>12</sup>. Narkotyki, które zażywa matka, powodują, że zmniejsza się ilość krwi docierającej do łożyska, co może powodować niedotlenienie płodu. Jednym z symptomów niedotlenienia jest stale przyspieszona czynność serca (tachykardia). Narkotyki przenikają przez łożysko uszkadzają je i trafiają do krwi. W konsekwencji następuje zmniejszone przekazywanie potrzebnym płodowi składników odżywczych, co może niekorzystnie wpłynąć na jego rozwój<sup>13</sup>. Działanie substancji psychoaktywnych na płód bywa różnego rodzaju (np. opiaty mogą powodować przedwczesny poród, zaburzenia oddychania, a nawet zgon wewnątrzmaciczny). Wynika to zarówno ze specyfiki samej substancji, jak i z ogólnego stanu zdrowia ciężarnych.

Regularne przyjmowanie narkotyków przez mężczyzn natomiast jest w stanie spowodować zaburzenia potencji, niepłodność lub trudności z zapłodnieniem. Naukowcy z Australii udowodnili, że jakość nasienia mężczyzny ma wielki wpływ na rozwój dziecka.

Niezwykle istotna w okresie ciąży jest także wspierająca rola mężczyzny. Każdy stres, jaki przeżywa ciężarna, może negatywnie wpłynąć na rozwój płodu, dlatego tak ważna w tym

---

<sup>10</sup>Terliowska J.: „Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie kobiety i płodu”; Główny Inspektorat Sanitarny. „Zachowania zdrowotne kobiet w roku 2009 i 2012”.  
[http://gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/PZ/Materia%C5%82y%20PZ/JOLANTA%20TERLIKOWSKA\\_WP%C5%81YW%20SUBSTANCJI\(2\).pdf](http://gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/PZ/Materia%C5%82y%20PZ/JOLANTA%20TERLIKOWSKA_WP%C5%81YW%20SUBSTANCJI(2).pdf) [dostęp: 25.09.2018]

<sup>11</sup>Terliowska J., *op. cit.*; Główny Inspektorat Sanitarny, *op. cit.*

<sup>12</sup>Główny Inspektorat Sanitarny, *op. cit.*

<sup>13</sup>Kasiak B.: „Wpływ narkotyków na życie płodowe dziecka” <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU2729> [dostęp: 20.09.2018];

okresie u niektórych, szczególnie niestabilnych emocjonalnie, jednostek jest opieka psychologiczna<sup>14</sup>.

Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych składowych, jednak w największym stopniu opisuje jego styl życia rozumiany jako ogół działań podejmowanych przez jednostkę. Według WHO zdrowie matki oraz sposób jej odżywiania się, poczynając od okresu jeszcze sprzed ciąży, są ważnymi czynnikami zapobiegania chorobom cywilizacyjnym dziecka w jego dalszych latach życia. Jak wyżej wspomniano, w Polsce zwiększa się liczba kobiet i mężczyzn z nadwagą (dotyczy ona prawie 45% ogółu kobiet i 61% ogółu mężczyzn). Częściej występuje u osób zamieszkujących terytoria wiejskie oraz tych w przedziale wieku od 20 do 40 lat.

Dieta kobiet w ciąży to jedno z ważniejszych zagadnień, na które przyszła matka powinna zwrócić uwagę. Otyłość kobiet w wieku reprodukcyjnym może powodować problemy z zajściem w ciążę lub przyczynić się do powstawania powikłań w czasie jej trwania, takich jak: poronienie, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca ciążowa i przedwczesny poród. U kobiet otyłych mogą występować nieregularne cykle miesięczkowe i zwiększone ryzyko niepłodności. Dzieci takich matek są zagrożone występowaniem wad wrodzonych, np. cewy nerwowej lub sercowej. Kobiety z nadwagą i otyłością powinny przed zajściem w ciążę lub po rozwiązaniu doprowadzić do redukcji masy ciała<sup>15</sup>.

Innym obserwowanym zjawiskiem jest niedowaga – częsty problem dziewcząt w wieku 15–19 lat. Komplikacją z nią związaną jest najczęściej zanik miesiączki lub ogólne osłabienie z powodu niedoboru żelaza we krwi. Z ogólnopolskich badań stanu odżywienia ludności przeprowadzonych przez Szponara i wsp. w 2000 roku wynika, że niedobór masy ciała miało 11% kobiet w wieku 19–29 lat, natomiast wraz z wiekiem częstość jego występowania malała. Wśród kobiet od 30. do 39. roku życia odsetek ten wynosił 2,3%, a w przedziale 40–49 lat – tylko 1,6%<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup>Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju: *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat...*, op. cit.; Robinson Research Institute: „Reproductive immunology”, <http://www.adelaide.edu.au/robinson-research-institute/researchers/group-leaders/robertson/> [dostęp: 27.09.2018].

<sup>15</sup>Kurek K.: „Zagrożenia jakie niesie za sobą otyłość”, <http://www.forumpediatryczne.pl/arttykul/zagrozenia-jakie-niesie-za-soba-nadwaga-i-otylosc/12848.html> [dostęp: 27.09.2018].

<sup>16</sup> Szponar L., Sekuła W., Rychlik E. et al.: *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2003; Wierzejska R., Jarosz M.: „Niedożywienie i zaburzenia odżywiania u kobiet w wieku prokreacyjnym”, *Post Nauk Med.* 2012;12:965–970.



Zalecenia żywieniowe dla kobiet planujących ciążę są bardzo podobne do żywienia wszystkich ludzi dorosłych. Wyjątek stanowi wzrost zapotrzebowania na energię, białko, niektóre witaminy i składniki mineralne związane z planowaną ciążą. Właściwy dobór produktów żywnościowych nie tylko ułatwia zajście w ciążę, lecz także pozwala pokryć to zapotrzebowanie w czasie jej trwania (również poprzez suplementację niektórych składników) oraz jest warunkiem prawidłowego wzrostu i rozwoju płodu<sup>17</sup>.

Karmiąca mama także powinna odżywiać się zgodnie z zasadami prawidłowego żywienia. U kobiety niedożywionej zmniejsza się ilość produkowanego przez jej organizm mleka. W przypadku niezbilansowanej diety kobieta powinna zwrócić się do lekarza. Jednym z najczęstszych rozwiązań jest suplementacja<sup>18</sup>.

### Edukacja seksualna

Dyskusja na temat edukacji seksualnej w szkołach trwa od czasów wprowadzenia przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” (czyli od 1999 roku). Corocznie publikowane są raporty i artykuły wskazujące na niski poziom wiedzy dzieci i młodzieży w zakresie seksualności człowieka oraz wynikających z niej konsekwencji (ciąże nastolatki, wzrost zakażeń HIV, przemoc seksualna itd.).

Seksualność stanowi kluczowy aspekt istnienia człowieka w trakcie jego życia i dotyczy płci, tożsamości, ról płciowych, orientacji seksualnej, intymności oraz prokreacji. Mają na nią również wpływ interakcje między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, ekonomicznymi, duchowymi i religijnymi. Psycholodzy i edukatorzy proponują znaleźć kompromis w kwestii lekcji dotyczących tej sfery ludzkiej aktywności. Podkreśla się, że program nauczania powinien być dostosowany do wieku odbiorców. Osoby prowadzące zajęcia z edukacji seksualnej muszą mieć odpowiednie kwalifikacje, aby w rzetelny i wyczerpujący sposób przekazywać informacje m.in. na temat asertywności, inicjacji seksualnej, nowoczesnych metod antykoncepcji i profilaktyki infekcji przenoszonych drogą płciową<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Zdrowotnego: „Program zapobiegania nadwadze...”, *op. cit.*

<sup>18</sup> Banaś E.: *Zasady suplementacji diety – dla kobiet ciężarnych i karmiących piersią*. Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa 2013; Ministerstwo Zdrowia: „Odżywianie kobiety karmiącej”, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/karmienie-piersia/odzywianie-kobiety-karmiacej>. [dostęp: 27.09.2018].

<sup>19</sup> Dora M.: „Lepiej nie mówić. O edukacji seksualnej w Polsce”, *Przełogi Pedagog.* 2013; 2:101–107. [dostęp: 27.09.2018].

Jednym z ważnych elementów edukacji seksualnej jest problematyka zapobiegania ciąży. Dane WHO mówią o tym, że na świecie mamy do czynienia z ok. 500 tys. nieplanowanych ciąż rocznie, z których 250 tys. to ciąż niechciane. Statystyki wskazują, że 150 tys. z nich kończy się aborcją (50 tys. zabiegów przeprowadza się w placówkach, które nie mają uprawnień do wykonywania tego typu świadczeń). Około 500 kobiet dziennie umiera z powodu powikłań po nielegalnych aborcjach. Jaki jest udział Polski w tych statystykach – nie wiadomo. Według danych Towarzystwa Planowania Rodziny w ciągu roku w Polsce wykonuje się ok. 50 tys. zabiegów usunięcia ciąży.

W 2014 roku najpopularniejszymi metodami antykoncepcji były prezerwatywy oraz pigułki antykoncepcyjnej bądź inne środki hormonalne (np. plastry, zastrzyki). Ta tendencja w kolejnych latach wrosła, szczególnie wśród mieszkańców miast. Rzadziej stosowane są metody naturalne i stosunek przerywany (częściej praktykowane przez kobiety mieszkające na wsiach).

Tabela 2. Metody regulacji urodzeń – w odsetkach ogółu kobiet stosujących antykoncepcję

Metoda regulacji urodzeń	2009 r.	2014 r.
	(%)	(%)
Mierzenie temperatury lub/i obserwacja śluzu szyjkowego	3,4	3,7
Kalendarzyk małżeński	15,6	12,9
Stosunek przerywany	15,5	13,2
Prezerwatywa	37,3	42,9
Pigułka antykoncepcyjna lub inne środki hormonalne	29,1	29,8
Spirala	5,5	6
Środki chemiczne i inne mechaniczne	1,7	2,3
Inne	5,2	2,4

Źródło: Główny Urząd Statystyczny: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*. GUS, Warszawa 2016.

## Szkoły rodzenia

Dobrym miejscem edukacji ludzi w wieku rozrodczym są szkoły rodzenia. Ich zadaniem jest przygotowanie rodziców do porodu i rodzicielstwa. Zajęcia składają się z części teoretycznej i praktycznej (np. oddychanie w czasie porodu, przewijanie noworodka, karmienie itp.).

Większość programów tych szkół opiera się na następujących zasadach:

- udzielanie w sposób rzetelny informacji mających na celu zmniejszenie obawy w nowej sytuacji życiowej;
- uczenie metod odpoczynku, opanowania i kontroli w momencie porodu;
- rozwijanie zaufania między osobami z najbliższego otoczenia (takimi jak lekarz, położna).

Ponadto na zajęciach można rozmawiać o różnych innych sprawach, jak np. prawidłowa dieta kobiety w czasie ciąży<sup>20</sup>.

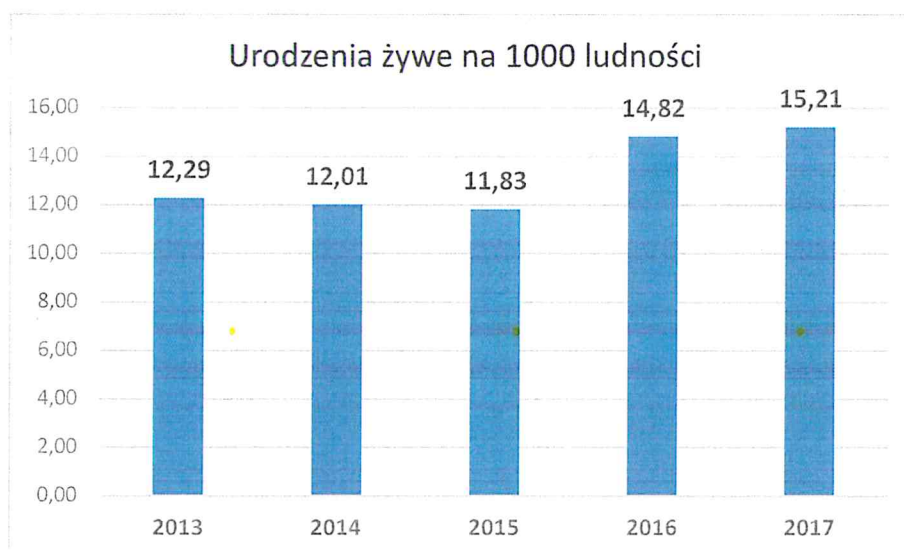
W XX wieku pojawiła się nowa tendencja w stylu życia osób młodych. Coraz rzadziej kobiety i małżeństwa chcą mieć kilkoro dzieci. Wcześniej najwięcej urodzeń odnotowywano w przedziale wieku 20–24 lata, obecnie ten okres przesunął się o 5 lat. Efektem jest notowany spadek liczby urodzeń żywych – od 1989 roku nie ma prostej zastępowalności pokoleń w skali całej Polski. W roku 2004 na świat przyszło ogółem 356,1 tys. dzieci, co w porównaniu z rokiem 1990 oznacza spadek o 35%. Chęć robienia kariery i zdobywania wykształcenia opóźnia moment zajścia w pierwszą ciążę (w 2004 roku 50% kobiet rodziło po 27. roku życia)<sup>21</sup>.

W latach 2013–2017 w Gminie Miasto Marki zarejestrowano wzrost liczby urodzeń żywych na 1000 ludności.

<sup>20</sup> Chmielewski P.: „Szkola rodzenia – dlaczego warto!”, <http://www.forumginekologiczne.pl/artukul/szkola-rodzenia-dlaczego-warto/317.html>. [dostęp: 27.09.2018].

<sup>21</sup> Program Narodów Zjednoczonych ds. rozwoju: *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat...*, *op.cit.*





Rycina 1. Przyrost naturalny w Gminie Miasto Marki w latach 2013–2017

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych.

### c. Obecne postępowanie

Edukacja w szkołach rodzenia nie należy w Polsce do standardu opieki nad ciężarną. Kobiety mogą poszukiwać tego typu zajęć w prywatnych lub w przyszpitalnych szkołach rodzenia, finansowanych bądź dofinansowywanych ze środków samorządowych.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2016 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem określa zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, które obejmują: badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe, badanie we wzierniku i zestawione, ocenę czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, ocenę ruchów płodu propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej, praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej, badanie położnicze, ocenę wymiarów miednicy, ocenę aktywności płodu, badanie gruczołów sutkowych, kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej,

---

w przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkową konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Świadczenia edukacyjne dla kobiet ciężarnych finansowane przez NFZ obecnie udzielane są w ramach edukacji przedporodowej od 21. do 31. tygodnia ciąży raz w tygodniu (do 10 wizyt maksymalnie), a od 32. tygodnia ciąży do rozwiązania – dwa razy w tygodniu (do 16 wizyt maksymalnie) w ramach działalności położnej środowiskowej POZ.

W Polsce tworzą się różne organizacje pozarządowe walczące o prawa kobiet i mężczyzn w okresie prokreacyjnym. Dobrym przykładem jest Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Głównym zadaniem Federacji jest interwencja w sytuacji, gdy lekarz odmawia wypisania recepty na antykoncepcję lub skierowania na badania prenatalne<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny: Informacje ogólne o Federacji, <http://www.federa.org.pl/onas> [dostęp: 27.09.2018].

## 2. Cele programu **polityki zdrowotnej i mierniki efektywności**

### **Cel główny**

Wzrost o 10% liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych dotyczących opieki rodzicielskiej nad nowo narodzonym dzieckiem na terenie Gminy Miasto Marki, w latach 2019–2021,

### **Cele szczegółowe**

- wzrost o 10% poziomu świadomości populacji w wieku rozrodczym na terenie Gminy Miasto Marki w latach 2019–2021, w kwestii czynników ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych u nowo narodzonych dzieci;
- wzrost o 10% poziomu świadomości kobiet i mężczyzn na terenie Gminy Miasto Marki w latach 2019–2021, w zakresie profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową oraz edukacji seksualnej;
- wzrost kompetencji z zakresu zagadnień dot. ciąży, porodu, połogu i opieki nad niemowlęciem, poprzez uczestnictwo w działaniach edukacyjnych u 10% rodziców poprzez wzrost nabytych umiejętności oraz podniesienie poziomu wiedzy z zakresu prawidłowej opieki nad dzieckiem, a także pierwszej pomocy przedmedycznej na terenie Gminy Miasto Marki w latach 2019–2021.

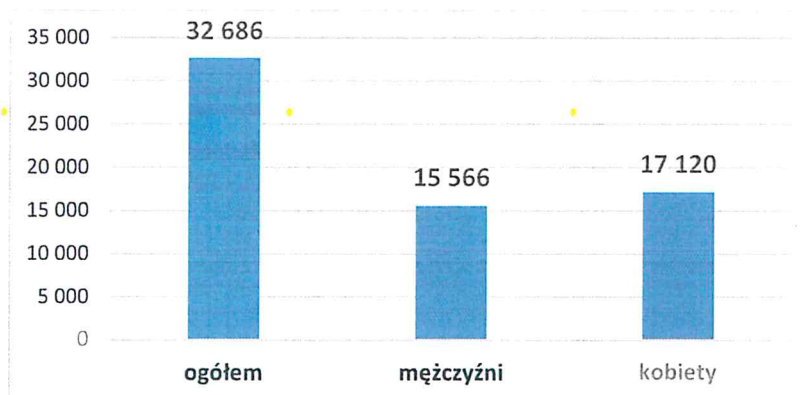
### **Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

- liczba osób w Gminie Miasto Marki, które wzięły udział w Programie;
- liczba wykonanych cięć cesarskich u kobiet rodzących z Gminy Miasto Marki w latach 2019-2021 – oczekiwany spadek o co najmniej 15%;
- stopień opanowania treści zawartych w programie oceniany przez wyliczenie wskaźnika przyrostu wiedzy dla każdego uczestnika na podstawie wyników testów – docelowo minimum 10%;
- ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników;

- 
- liczba zgód na udział w programie i ich ewentualne zmiany w porównaniu z liczebnością populacji docelowej oraz w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany wzrost o 10% w roku 2021;
  - liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie – minimum 50% osób, które wyraziły zgodę na udział w programie;
  - wzrost wiedzy minimum 10% uczestników programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej;
  - liczba interwencji zespołów ratownictwa medycznego z powodu stanów nagłych u dzieci w pierwszym roku życia w latach 2019-2021 wśród mieszkańców Gminy Miasto Marki, również w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany spadek o 10%;
  - liczba wizyt ambulatoryjnych z powodu zachorowań na infekcje u dzieci w pierwszym roku życia, a także wartości w odniesieniu do lat poprzednich – spadek o minimum 20%;
  - zwiększenie o 30 % liczby kobiet zgłaszających się na badania profilaktyczne w czasie ciąży i wizyty kontrolne u ginekologa życia w latach 2019-2021 wśród mieszkańców miasta Marki;

### 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

#### Populacja docelowa



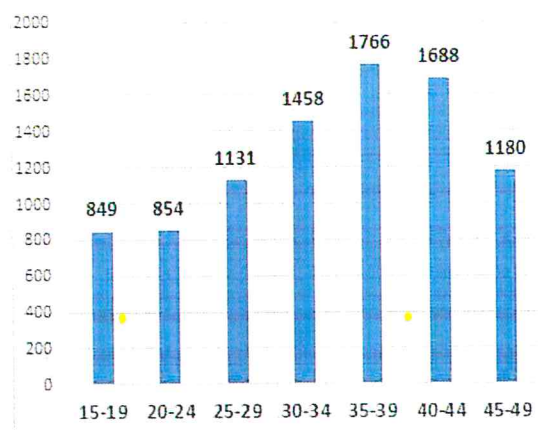
Rycina 2. Stan Ludności Gminy Miasto Marki w roku 2017

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych.

Na podstawie danych z Banku Danych Lokalnych ustalono, że populacja zamieszkująca Gminę Miasto Marki to 32 686 osoby (17 120 kobiet, 15 566 mężczyzn).

Podstawowymi adresatami programu są kobiety, ale ze względów praktycznych obejmie on również mężczyzn będących ich partnerami. Będą to osoby w wieku 15–49 lat w przypadku kobiet oraz 15–65 lat w przypadku mężczyzn – wybrani według przynależności do grupy osób w wieku reprodukcyjnym.

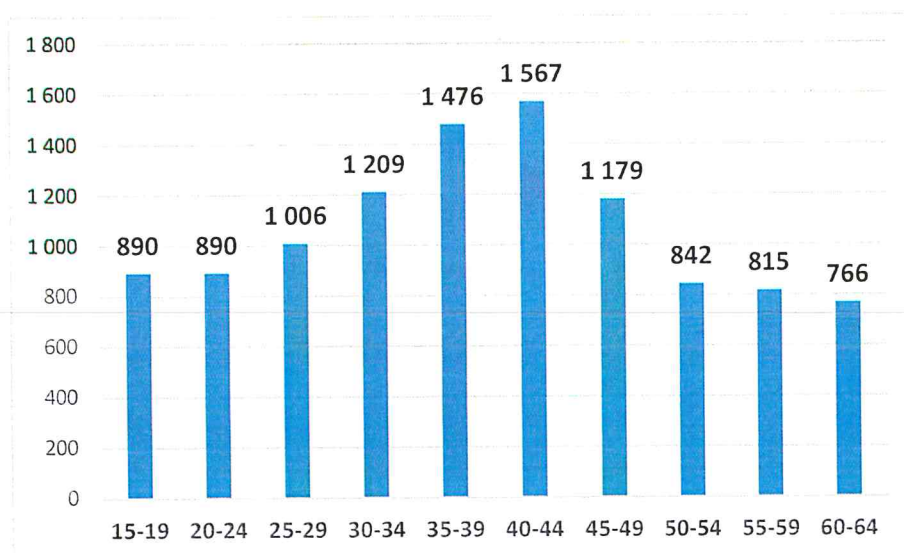




Wiek	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Liczba ludności	849	854	1131	1458	1766	1688	1180

Rycina 3. Liczba kobiet w wieku reprodukcyjnym w Gminie Miasto Marki w roku 2017

Źródło: Opracowanie własna na podstawie Banku Danych Lokalnych.



Rycina 4. Liczba mężczyzn w wieku reprodukcyjnym w Gminie Miasto Marki w roku 2017

Źródło: Opracowanie własna na podstawie Banku Danych Lokalnych.

W ramach programu zaplanowano objęcie wsparciem kobiety w ciąży od ukończenia 24. tygodnia ciąży wraz z mężczyznami – ojcami lub partnerami, mających status mieszkańca Gminy Miasto Marki.

Biorąc pod uwagę wysokość środków przeznaczonych na realizację programu maksymalnie można objąć programem około 100 par rocznie, co daje do 600 osób w ciągu całego okresu trwania programu.

#### Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej

##### **Kryteria włączenia** do programu obejmują:

- Podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w zajęciach (przykładowy druk zgody w załączniku); który – podpisany – trafi do dokumentacji medycznej.
- Niewystępowanie stałych lub czasowych przeciwwskazań wykluczających z udziału w zajęciach (na podstawie zaświadczenia od lekarza POZ lub ginekologa).
- Działania wspierające przyszłe rodzicielstwo prowadzone będzie wśród osób zamieszkujących na terenie Gminy Miasto Marki (status mieszkańca weryfikowany na podstawie oświadczenia).

##### **Kryteria wyłączenia** z programu to:

- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak zaświadczenia lekarskiego;
- brak oświadczenia zamieszkania na terenie Gminy Miasto Marki,
- skorzystanie z usług zdrowotnych objętych programem w ramach finansowania przez NFZ.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń; uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych ofertach. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do chwili wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości programu polityki zdrowotnej powinien się zamknąć w okresie od 2019 do 2021 roku.

### Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu. Podmioty muszą spełnić wymagania dla niego określone. Są to: kryteria wyboru, spełnienie warunku limitów/ograniczeń oraz zapisów wniosku o dofinansowanie projektu, które muszą być zgodne z programem polityki zdrowotnej.

Program będzie się składał z następujących etapów organizacyjnych:

- 1) akcja informacyjna;
- 2) rekrutacja uczestników;
- 3) działania edukacyjne dla adresatów objętych programem;
- 4) monitoring działań w ramach programu.

W ramach programu zorganizowane zostaną zajęcia edukacyjne (teoretyczne i praktyczne) dla przyszłych rodziców.

Opieka zdrowotna nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami, w tym zwłaszcza przygotowanie kobiety do porodu, porodu, karmienia piersią i rodzicielstwa, jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowanej przez NFZ.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem określa zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, które obejmują: badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe, badanie we wzierniku i zestawione, ocenę czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, ocenę ruchów płodu propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej, praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, porodu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej, badanie położnicze, ocenę wymiarów miednicy, ocenę aktywności płodu, badanie gruczołów sutkowych, kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej, a w przypadku opieki sprawowanej przez położną – obowiązkową konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.



Najważniejszymi kwestiami poruszonymi na zajęciach, obok tematyki związanej z opieką medyczną, będą działania z zakresu promocji zdrowia (m.in. przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, prowadzenie poradnictwa psychologicznego, dietetycznego i laktacyjnego, zmniejszanie ryzyka takich chorób, jak depresja poporodowa, zaburzenia laktacji, cukrzyca ciążowa, zaburzenia psychologiczne). Panowie zostaną poinformowani o sposobach unikania ryzykownych zachowań zdrowotnych, o ograniczeniu używek, a także o zadaniach i obowiązkach w sprawowaniu partnerskiej opieki rodzicielskiej. Każdy mieszkaniec z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnego udziału w cyklu wykładów i warsztatów w ramach niniejszego programu.

### Sposób udzielania świadczeń

Zajęcia edukacyjne (teoretyczne i praktyczne) dla przyszłych rodziców mają charakter ciągły. Zaplanowane interwencje będą prowadzone w trakcie całego roku kalendarzowego. Zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć w celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą lokalnych mediów. Ze względów organizacyjnych działania z zakresu przygotowania do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa mogą być prowadzone okresowo, po skompletowaniu odpowiednio licznej grupy uczestników. W celu optymalizacji i uzyskania najwyższej skuteczności ich dobór uwzględni zaawansowanie ciąży oraz możliwości czasowe tych osób.

Program ma charakter ciągły i przebiega w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Jeden cykl zajęć składać się powinien co najmniej z 16 godzin zajęć grupowych. Minimum osiem modułów po dwie godziny zegarowe, raz w tygodniu, w ustalony dzień. Ze względu na możliwości swobodnej pracy edukatorów każdorazowo udział w cyklu może wziąć maksymalnie 20 osób/10 par. Prowadzenie zajęć powierzone zostanie położnej i specjalistom (w tym m.in. psychologowi/socjologowi i doradcy laktacyjnemu) z zakresu opieki nad kobietą ciążarną i nowo narodzonym dzieckiem.

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane z NFZ.

Uczestnicy programu rozpoczynający w nim udział będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach realizacji i warunkach uczestnictwa.

Po zakończeniu programu kobiety będą miały możliwość skorzystania ze świadczeń finansowanych przez NFZ w poradniach ginekologiczno-położniczych, takich jak porady lekarskie oraz świadczenia patronażowe i inne wykonywane przez położną POZ (zgodnie z deklaracją wyboru położnej i podmiotu leczniczego POZ).

Oprócz podlegania powyższym zasadom świadczenia w ramach programu będą miały następujące cechy:

- a) działania edukacyjne programu mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
- b) świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa<sup>23</sup>;
- c) świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje<sup>24</sup>;
- d) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych<sup>25</sup>.

Realizator winien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa<sup>26</sup>. Do dyspozycji uczestników przeznaczone powinny być

<sup>23</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

<sup>24</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.

<sup>25</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

<sup>26</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r., *op. cit.*



zwłaszcza piłki do ćwiczeń, worki sako, fantom noworodka, lalki typu bobas, sprzęt multimedialny oraz materiały edukacyjne.

#### Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych lub zakończenia programu. Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji uczestnika. Dobrowolne odstąpienie od uczestnictwa w programie jest możliwe na każdym jego etapie. Następuje to na życzenie uczestnika, na podstawie jego deklaracji.

## 4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

### Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu beneficjent obligatoryjnie musi przeprowadzić działania w ramach:

- 1) akcji informacyjnej;
- 2) rekrutacji uczestników;
- 3) działania edukacyjnego dla adresatów programu;
- 4) monitoringu działań w ramach programu.

#### Ad 1. Akcja informacyjna

Skierowana jest do mieszkańców Gminy Miasto Marki, w szczególności kobiet w ciąży i ich partnerów. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów, jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego.

Dla mieszkańców Marek, zwłaszcza grupy docelowej kobiet, zaplanowano przekazanie kompletnej wiedzy na temat podstawowych zagadnień związanych ze zdrowiem prokreacyjnym człowieka.

Szczególne uwaga zostanie zwrócona na takie kwestie, jak: właściwe odżywianie, choroby zakaźne, używki, właściwa higiena jamy ustnej – i ich wpływ na płód oraz rozwój dziecka. Ważną rolę w tym zakresie będzie również odgrywała edukacja seksualna – szczególną uwagę należy zwrócić na choroby przenoszone drogą płciową oraz aspekty psychologiczne współżycia seksualnego. Dodatkowo przekazywana będzie informacja o ramach organizacyjnych programu.

#### Ad 2. Rekrutacja do programu

Beneficjenci wybrani w procedurze konkursowej i realizujący program będą zobowiązani do przeprowadzenia rekrutacji uczestników, po zweryfikowaniu spełnienia kryteriów włączenia, ale niezbędne będzie także uzyskanie pisemnej zgody uczestników na udział w nim.

Dokumenty te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

### Ad 3. Działania edukacyjne

Skierowane są do osób zamieszkujących Gminę Miasto Marki, w szczególności do grupy docelowej kobiet w ciąży i ich partnerów/ojców dzieci. Należy tak zaplanować porę odbywania się zajęć, aby umożliwić aktywne uczestnictwo w nich również pracującym kobietom ciężarnym. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące podstawowych zagadnień związanych ze zdrowiem prokreacyjnym człowieka. Winno odbyć się w ciągu roku minimum 2 pełne cykle obejmujące przynajmniej po 8 dwugodzinnych spotkań.

W ramach trzeciego z zaplanowanych etapów organizacyjnych, uwzględniając rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, tematyka zajęć będzie obejmowała następujące zagadnienia:

- ciąża – zmiany zachodzące w organizmie kobiety w czasie ciąży, zasady prawidłowego odżywiania, wpływ środków psychoaktywnych na przebieg ciąży i rozwój dziecka;
- poród – przebieg I, II i III okresu porodu i zwiastuny zbliżającego się porodu, czynna postawa rodzącej podczas porodu, świadomość oddychania w poszczególnych fazach porodu, zasady parcia, sposoby radzenia sobie z bólem porodowym;
- zasady opieki poporodowej;
- wybrane zagadnienia psychologiczne dotyczące kobiety w ciąży i połogu – stany emocjonalne w czasie ciąży, depresja poporodowa - *baby blues*, przystosowanie się do nowej roli;
- karmienie piersią – zalety i zasady karmienia piersią, jego praktyczne aspekty (pozycje, pielęgnacja piersi, sprzęt wspomagający laktację), wątpliwości dotyczące karmienia piersią, problemy związane z karmieniem piersią (np. nadmiar lub niedobór pokarmu, uszkodzone brodawki, odciąganie i przechowywanie pokarmu, karmienie piersią podczas choroby matki) i sposoby radzenia sobie z nimi, odżywianie się matki karmiącej;
- powrót płodności po porodzie, antykoncepcja w okresie laktacji, współżycie seksualne po przyjściu dziecka na świat;
- gimnastyka ogólnie usprawniająca, techniki relaksacyjne, techniki oddychania, ćwiczenia przygotowujące do porodu, ćwiczenia w połogu, elementy muzykoterapii i tańca;



- pielęgnacja noworodka/niemowlęcia – codzienna pielęgnacja skóry, kąpiel, przewijanie, ubieranie, sen, płacz jako forma komunikacji noworodka z rodzicami, spacer, zajęcia warsztatowe i pokazowe z noszenia dziecka w chuście;
- pierwsza pomoc w stanach nagłych u noworodka i niemowlęcia;
- wzmacnianie pozytywnych relacji w rodzinie i zwiększenie kompetencji rodzicielskich, tj. rola i zadania ojca w czasie porodu i po nim;
- problemy zdrowotne w okresie noworodkowym/niemowlęcym;
- szczepienia obowiązkowe i zalecane;
- uprawnienia związane z rodzicielstwem wynikające z Kodeksu pracy.

Oprócz wyżej wymienionej tematyki zajęć programu na wykładach w szkole rodzenia zagadnienia poruszane będą na zasadzie programu *participant-led* (tj. z elastycznym uwzględnieniem potrzeb danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach), zgodnie z wytycznymi NICE opartymi na systematycznym przeglądzie badań naukowych.

Należy mieć na uwadze, że działania szkół rodzenia są rekomendowane przez liczne towarzystwa naukowe. Istnieje niewiele dowodów na to, że uczestnictwo w takich zajęciach wpływa na parametry porodu (takie jak droga porodu czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane, pochodzące z badań jakościowych, wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczania porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu *participant-led* w porównaniu z typową szkołą rodzenia.

Główne cele, do jakich prowadzić ma przystąpienie do działań edukacyjnych, poza ogólnie rozumianym przygotowaniem do porodu i porodu, to podniesienie poziomu wiedzy wpływające na poprawę stanu zdrowia ciężarnych i noworodków poprzez ukierunkowanie edukacji na eliminowanie czynników ryzyka.

W okresie przygotowań do porodu i porodu istotne jest zapobieganie chorobom występującym w tym okresie. Duże znaczenie ma ograniczenie ryzyka takich schorzeń, jak depresja poporodowa, zaburzenia laktacji, cukrzyca ciążowa, zaburzenia psychiczne

W trakcie pogadarek i wykładów uwaga zostanie zwrócona także na:

- właściwe odżywianie (suplementacja diety, cukrzyca ciężarnych);
- choroby zakaźne (czynniki TORCH);

- zmiany zachowań i nastroju (depresja poporodowa, zapobieganie negatywnym skutkom psychologicznym ciąży);
- aktywność fizyczna w czasie ciąży;
- używki (palenie tytoniu i picie alkoholu w ciąży);
- właściwa higiena jamy ustnej (choroby narządu żucia u kobiet ciężarnych oraz u nowo narodzonego dziecka: próchnica i choroby przyzębia, ich wpływ na płód i na rozwój dziecka).

Istotne jest to, aby podczas działań w ramach zajęć skupić się na możliwości posiadania przez uczestników edukacji kolejnego potomstwa. Zasadne jest, żeby na kilka miesięcy przed planowanym poczęciem każda kobieta podjęła odpowiednie przygotowania w tym zakresie. Zaliczyć do nich można m.in. kontrolę stanu zdrowia oraz analizę obecnego stylu życia. Należy w związku z tym zaplanować w ramach programu przekazanie informacji o tym, że zebranie dokładnego wywiadu rodzinnego może być bardzo istotne, zwłaszcza jeśli w rodzinie któregoś z partnerów występowały wady genetyczne i wrodzone, choroby przewlekłe lub inne choroby mogące utrudniać poczęcie. Do badań ogólnych, które warto wykonać, zaliczamy m.in.: morfologię, grupę krwi i czynnik Rh, stężenie glukozy we krwi na czczo, badanie ogólne moczu czy też ciśnienie krwi. Poza tym warto wykonać badanie ginekologiczne (palpacyjne, USG narządu rodniego, cytologię).

Kolejną grupę powinny stanowić badania przeciwciał oraz szczepienia. To schemat TORCH (akronim od angielskich nazw chorób infekcyjnych lub ich przyczyn), czyli badanie na obecność toksoplazmozy (*toxoplasmosis* – T), innych chorób (*others* – O), różyczki (*rubella* – R), cytomegalii (*cytomegalia* – C) oraz wirusa opryszczki (*Herpes* – H). Na podstawie wytycznych AAP z 2012 roku każda kobieta planująca ciążę powinna wykonać badanie na obecność specyficznych przeciwciał przeciw czynnikom zakaźnym z grupy TORCH. W przypadku kobiet z ujemnymi wynikami badań serologicznych należy unikać sytuacji zwiększających ryzyko zarażenia, jak np. spożywanie nieprawidłowo przetworzonego mięsa, zabawa ze zwierzętami lub kontakt z osobami z podejrzeniem infekcji wirusowej. Dodatkowo należy przeprowadzać badania kontrolne podczas ciąży.

Istotne aspekty, na które również powinno się zwrócić uwagę, planując ciążę oraz w trakcie jej przebiegu, to: szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, przeprowadzenie badania stomatologicznego, zachowanie odpowiedniej diety, unikanie alkoholu oraz palenia



papierosów, a także choroby przenoszone drogą płciową oraz aspekty psychologiczne współżycia seksualnego.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Zadanie przygotowania i przeprowadzenia testu leży po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez beneficjenta, o kwalifikacjach wymienionych w części czwartej programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej spełniającej kryteria włączenia. Zapewnienie sali odpowiedniej wielkości zależy od możliwości organizacyjnych beneficjenta.

Podczas działań edukacyjnych beneficjenci mogą wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i temu podobne podmioty.

Mając na uwadze konieczność właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Działania edukacyjne:

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera takie elementy, jak: przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w ramach tzw. szkoły rodzenia, prowadzenie poradnictwa psychologicznego, dietetycznego i laktacyjnego;
- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ.

**W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w przebiegu ciąży kobieta zostanie poinformowana o konieczności zgłoszenia się do poradni patologii ciąży, w ramach placówek udzielających świadczeń kontraktowanych przez NFZ.**

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora lub realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.)<sup>27</sup>.

Realizator winien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa<sup>28</sup>.

#### Ad 4. Monitoring działań

Będzie obejmował weryfikację zgłaszalności uczestników do programu i oszacowanie jakości świadczeń w nim realizowanych. Każdy uczestnik programu po odbyciu cyklu zajęć zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży opracowaniu przez beneficjenta raportu rocznego dla instytucji zarządzającej programem.

#### Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Miasto Marki przez beneficjenta wybranego w ramach konkursu.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, aby zapewnić dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.

---

<sup>27</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm

<sup>28</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r., *op. cit.*

Beneficjent zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych<sup>29</sup>. Beneficjenci zapewnią kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń<sup>30</sup>.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe<sup>31</sup>. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych<sup>32</sup>.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń. Będą to osoby, które odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie albo uzyskały specjalizację w dziedzinie, w której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę z zakresu działań edukacyjnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>33</sup>. Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji<sup>34</sup>.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu przeprowadzą osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia ww. działań. Wymagane jest, aby edukatorami były osoby z przygotowaniem merytorycznym – np. lekarze medycyny, pielęgniarki, położne, specjaliści zdrowia publicznego. Tematyka powinna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grup odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do wieku i stanu psycho-fizycznego uczestników.

Beneficjent jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego odpowiadającego potrzebom realizowanego zadania.

---

<sup>29</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., *op. cit.*

<sup>30</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r., *op. cit.*; Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679.

<sup>31</sup> Ustawa z dnia 20 maja 2010 r., *op. cit.*

<sup>32</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., *op. cit.*

<sup>33</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r., *op. cit.*

<sup>34</sup> Ustawa z dnia 20 maja 2010 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., *op. cit.*



## 5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

### Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Monitorowaniu poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto, szczególna uwaga będzie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu. Wnioski zostaną wykorzystane do możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Jakość świadczeń może zostać oszacowana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie położnictwa – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać będzie całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez beneficjenta programu oraz na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom akcji, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.



## Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

Ewaluacja jest zatem procesem doskonalenia programu (systemu zarządzania nim i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom i uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki przyczyniające się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, nasuwają wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana instytucja zarządzająca.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem:

- liczba osób w Gminie Miasto Marki, które wzięły udział w Programie;
- liczba wykonanych cięć cesarskich u kobiet rodzących z Gminy Miasto Marki w latach 2019-2021 – oczekiwany spadek o co najmniej 15%;
- stopień opanowania treści zawartych w programie oceniany przez wyliczenie wskaźnika przyrostu wiedzy dla każdego uczestnika na podstawie wyników testów – docelowo minimum 10%;
- oceną jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników;
- liczbą zgód na udział w programie i ich ewentualne zmiany w porównaniu z liczebnością populacji docelowej oraz w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany wzrost o 10% w roku 2021;
- liczbą osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie – minimum 50% osób, które wyraziły zgodę na udział w programie;

- wzrost wiedzy minimum 10% uczestników programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej;
- liczba interwencji zespołów ratownictwa medycznego z powodu stanów nagłych u dzieci w pierwszym roku życia w latach 2019-2021 wśród mieszkańców Gminy Miasto Marki, również w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany spadek o 10%;
- liczba wizyt ambulatoryjnych z powodu zachorowań na infekcje u dzieci w pierwszym roku życia, a także wartości w odniesieniu do lat poprzednich – spadek o minimum 20%;
- zwiększenie o 30 % liczby kobiet zgłaszających się na badania profilaktyczne w czasie ciąży i wizyty kontrolne u ginekologa życia w latach 2019-2021 wśród mieszkańców miasta Marki;

Powyżej wskazane zagadnienia analizowane będą poprzez odpowiednie narzędzia tj. kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów.

## 6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji Zarządzającej dotyczącymi finansowania na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców zamieszkujących Gminę Miasto Marki na lata 2019–2021” została przeznaczona kwota ok. 25 000 zł rocznie, co daje 75 000 zł na cały okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji uzyskanych z Urzędu Miasta Marki wybrano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji interwencji, a także zakupu niezbędnych sprzętów i materiałów.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się pod względem kosztów. W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych kwot dostępne środki finansowe będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada 3-letni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu instytucja zarządzająca zmieni poziom finansowania, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

### Planowane koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

#### Koszty roczne organizacyjne po stronie Instytucji Zarządzającej:

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek oraz plakatów w ramach kampanii informacyjnej;
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji realizatorów;



- koszty monitoringu i ewaluacji;
- koszty administracyjno-biurowe.

**Całkowite roczne koszty organizacyjne przewidziane na czas trwania programu według założeń nie powinny przekroczyć 1000 zł.**

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie beneficjenta:

- działania edukacyjne;
- koszty zarządzania programem.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej. Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń (min 8 w cyklu 2 godzinnych spotkań) oraz maksymalne stawki za realizację poszczególnych elementów wchodzących w skład programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru realizatora. Maksymalne stawki wyceny wynagrodzenia prowadzącego wykłady, koszty warsztatów w ramach szkoły rodzenia przedstawione przez realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

**Zakłada się roczne koszty realizacji interwencji po stronie beneficjenta na poziomie ok. 23 000 zł.**

Powyższa kwota obejmuje koszt:

- działań edukacyjnych

-maksymalna kwota przeznaczona na przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań nie powinna przekroczyć **1500 zł;**

- koszty realizacji spotkań, wykładów i warsztatów zakłada się na poziomie **20 000 zł;**

Jeden cykl zajęć składać się powinien co najmniej z 16 godzin zajęć grupowych. Minimum osiem modułów po dwie godziny zegarowe, raz w tygodniu, w ustalony dzień. Ze względu na możliwości swobodnej pracy edukatorów każdorazowo udział w cyklu może wziąć maksymalnie 20 osób/10 par.

Zakładając godzinowy koszt pracy prowadzącego zajęcia na poziomie 125 zł/h, jeden 16 godzinny kurs to koszt 2000 zł.

Biorąc pod uwagę całkowite koszty przeznaczone na realizację zadania można objąć działaniami maksymalnie do 10 grup w roku.

- koszty zarządzania programem

(maksymalna kwota przeznaczona na koszty administracyjne, wydruki ankiet, przygotowanie raportów i sprawozdań, usług kurierskich, transport materiałów, koszty marketingu, nie powinna przekroczyć **1500 zł**).

#### Koszty roczne ogólne programu

Składowe – **rezerwa budżetowa**, zakłada się ją na poziomie do **1000 zł**.

Rezerwę będzie można wykorzystać na rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

Tabela 3. Planowany roczny budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
1 Koszty organizacyjne	1 000 zł
2. Koszty interwencji	23 000 zł
3. Koszty ogólne programu	1 000 zł
<b>Razem</b>	<b>25 000 zł</b>

Źródło: opracowanie własne.

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez instytucję zarządzającą programem na lata 2019–2023. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programów.

Całkowite koszty realizacji zadania planuje się zamknąć kwotą 25 000 zł w roku 2019; docelowo kwota będzie odnawiana corocznie przez cały okres trwania programu, co daje 75 000 zł przez cały 3-letni okres trwania programu.

#### Źródła finansowania, partnerstwo

Program zdrowotny dla mieszkańców Gminy Miasto Marki sfinansowany zostanie w całości ze środków budżetu Gminy Miasto Marki w ramach Funduszu Programy Polityki Zdrowotnej

(Dz. 851, rozdz.85149). Miasto zabezpieczy uchwałą Rady Miasta kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji projektu.



## 7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów

### a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

#### ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie rekrutacji do „szkoły rodzenia”?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z realizatorem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troska o pacjentkę w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan(i) poziom opieki medycznej w trakcie wizyt w trakcie zajęć i warsztatów w ramach „szkoły rodzenia”?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do uczestników (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Jako ocenia Pan(i) poziom wsparcia merytorycznego w trakcie zajęć i warsztatów w ramach „szkoły rodzenia”?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do uczestniczki/uczestnika (życzliwość, zaangażowanie, troska o uczestnika)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>wiedza ogólna i szczegółowa dotycząca opieki nad dzieckiem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie całość wsparcia i uczestnictwo w „szkole rodzenia” ?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Inne uwagi**

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.  
 Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
 i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.  
 Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

## b. Zgoda na udział w programie

### ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej odpisany(-a).....oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części Programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.).

Uczestnik programu:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
data i podpis uczestnika

Oświadczam, że omówiłem(-am) ww. Program z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(-am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
Podpis i data złożenia podpisu

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez XXXXXXXXXXXX jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

Uczestnik biorący udział w badaniu:

.....  
Imię i nazwisko uczestnika  
(drukowanymi literami)

.....  
data i podpis uczestnika

ORYGINAŁ/KOPIA



### Uzasadnienie

Uchwała dotyczy programu polityki zdrowotnej w zakresie działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców zamieszkujących Gminę Miasto Marki

na lata 2019 – 2021.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) umożliwia gminom tworzenie programów i realizowanie ich z własnych środków budżetowych.

Program ma na celu wzrost o 10% liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych dotyczących opieki rodzicielskiej nad nowo narodzonym dzieckiem na terenie Gminy Miasto Marki, w latach 2019–2021.

Celem szczegółowym programu jest wzrost o 10% poziomu świadomości populacji w wieku rozrodczym na terenie Gminy Miasto Marki w latach 2019–2021, w kwestii czynników ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych u nowo narodzonych dzieci oraz wzrost o 10% poziomu świadomości kobiet i mężczyzn na terenie Gminy Miasto Marki w latach 2019–2021, w zakresie profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową oraz edukacji seksualnej.

Program zakłada także wzrost kompetencji z zakresu zagadnień dotyczących ciąży, porodu, położu i opieki nad niemowlęciem, poprzez uczestnictwo w działaniach edukacyjnych u 10% rodziców poprzez wzrost nabytych umiejętności oraz podniesienie poziomu wiedzy z zakresu prawidłowej opieki nad dzieckiem, a także pierwszej pomocy przedmedycznej na terenie Gminy Miasto Marki w latach 2019–2021.

Środki na realizację programu zostały zabezpieczone w Wieloletniej Prognozie Finansowej Gminy Miasto Marki w dziale 851, rozdziale 85149, §2360 w wysokości:

- na rok 2019 - 25.000,00 zł.,
- na rok 2020 - 25.000,00 zł.,
- na rok 2021 - 25.000,00 zł.

Program zyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.

  
BURMISTRZ  
Jacek Orych

