

Projekt

UCHWAŁA NR .....  
RADY MIASTA MARKI

z dnia ..... 2019 r.

**w sprawie przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie działań edukacyjnych dla dzieci z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej zamieszkujących Gminę Miasto Marki na lata 2019 - 2021**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 5 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 dzieci z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej 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 Orczyk

  
SKARBNIK MIASTA

Beata Orczyk

  
RADCA PRAWNY

Dariusz Matejski

WA-8732



**Miasto  
Marki**

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

**w przedmiocie**

**działań edukacyjnych dla dzieci z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej  
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
1. Opis problemu zdrowotnego .....	5
Choroba lub problem zdrowotny .....	5
Epidemiologia .....	10
Obecne postępowanie .....	14
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności .....	17
Cel główny .....	17
Cele szczegółowe.....	17
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	17
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji .....	19
a. Populacja docelowa.....	19
b. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej.....	21
Kryteria włączenia .....	21
Kryteria wyłączenia .....	22
c. Planowane interwencje .....	22
d. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	23
e. Sposób udzielania świadczeń .....	24
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	26
Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	26
Ad 1. Akcja informacyjna.....	26
Ad 2. Rekrutacja do programu .....	26
Ad 4. Przeprowadzenie konkursu plastycznego promującego udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej .....	29
Ad 5. Monitoring działań.....	30

---

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	30
5. Monitorowanie i ewaluacja.....	32
Monitorowanie.....	32
Ewaluacja.....	32
6. Koszty .....	35
Planowane koszty całkowite .....	35
Koszty organizacyjne: .....	35
Koszty ogólne programu: .....	35
Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej: .....	35
b. Koszty jednostkowe.....	36
Koszty realizacji programu: .....	36
c. Źródła finansowania, partnerstwo .....	37
7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów .....	38
a. Zgoda na udział w programie .....	38

### Spis tabel:

Tabela 1. Przyczyny pozaszpitalnego NZK.....	11
Tabela 2. Standaryzowany współczynnik zgonów według przyczyn i województw w 2015 roku (na 100 tys. mieszkańców) .....	14
Tabela 3 Liczba ludności zamieszkująca Gminę Miasto Marki.....	19
Tabela 4. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki.....	20
Tabela 5. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki – dzieci w przedszkolach .....	20
Tabela 6. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki – dzieci w szkołach podstawowych.....	20
Tabela 7. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki – dzieci według grup edukacyjnych.....	21
Tabela 8. Planowany budżet całkowity .....	36

### Spis rycin:

Rycina 1. „łańcuch przeżycia”.....	7
Rycina 2. Ilustracje dla dzieci dotyczące postępowania w sytuacjach nagłych wypadków, zagrożeń lub urazów. ....	9
Rycina 3. Główne przyczyny zgonów w województwie mazowieckim – 2015 rok (w liczbach bezwzględnych).....	12
Rycina 5. Ludność według płci oraz wieku w 2016 roku w Gminie Miasto Marki .....	19

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### Choroba lub problem zdrowotny

Zdarzenia losowe przytrafić się mogą każdemu bez względu na miejsce lub czas. Często świadkami takich sytuacji są osoby zawodowo niezwiązane z medycyną ani ratownictwem medycznym. Z tego powodu umiejętność właściwego postępowania w sytuacjach wyjątkowych, powodujących konieczność udzielenia pierwszej pomocy osobom poszkodowanym przed przybyciem służb specjalistycznych, jest bardzo ważna. Osoba udzielająca pierwszej pomocy, zachowując spokój oraz szybko i zdecydowanie działając, może przyczynić się do uratowania człowiekowi życia.

Zgony z przyczyn nagłych, takich jak nagłe zatrzymanie krążenia (NZK), stanowią dużą liczbę wśród wszystkich przyczyn zgonów w społeczeństwie polskim. Szacuje się, że w wyniku NZK w Polsce umiera ok. 80 tys. osób rocznie. Nagłym zatrzymaniem krążenia określa się ustanie czynności mechanicznej serca, objawiające się brakiem reakcji chorego na bodźce, brakiem wyczuwalnego tętna oraz bezdechem lub oddechem agonalnym. Mechanizmami elektrofizjologicznymi bezpośrednio odpowiedzialnymi za nagłe zatrzymanie krążenia są: migotanie komór, częstoskurcz komorowy bez tętna, asystolia oraz zorganizowana czynność elektryczna bez reakcji mechanicznej. Liczne badania pokazują, że najczęstszą przyczyną NZK jest świeży zawał serca lub ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, a ponad połowa pacjentów z epizodem NZK ma w wywiadzie chorobę niedokrwienia serca<sup>1</sup>.

Zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym czas dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego dla miasta o liczbie mieszkańców poniżej 10 tys. to 8 minut, dla obszaru poza miastem poniżej 10 tys. mieszkańców – 15 minut, natomiast w miastach większych – powyżej 10 tys. mieszkańców – na obszarze miejskim karetka ma dotrzeć do poszkodowanego w ciągu 15 minut, a poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – 20 minut. Obecnie przyjmuje się, że śmierć mózgu w następstwie nieodwracalnych zmian następuje u człowieka w ciągu 3–4 minut od momentu zatrzymania krążenia. Powyższe wymienione

---

<sup>1</sup> Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 218/2017 z dnia 29 sierpnia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program szkoleń z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów szkół podstawowych na terenie miasta Chorzów na lata 2018–2020”.

parametry sugerują, że czas dotarcia karetki i udzielenie pomocy przez wykwalifikowaną kadrę to często dla osoby poszkodowanej oznacza pomoc otrzymaną za późno.

Przez nagłe zagrożenie życia rozumiemy sytuacje, w których nieoczekiwanie następuje zaburzenie czynności co najmniej jednego z trzech układów organizmu (układu krążenia krwi, układu oddychania i ośrodkowego układu nerwowego), decydujących bezpośrednio o życiu. Brak pomocy lub nieodpowiednie metody ratowania człowieka znajdującego się w sytuacji zagrażającej życiu często są przyczyną śmierci. Sytuacja nagłego zatrzymania krążenia wymaga natychmiastowej reakcji ze strony przypadkowych świadków zdarzenia, przeważnie niezwiązanych z medycyną i ratownictwem. Niezbędna w takim wypadku jest resuscytacja i jak najszybsza defibrylacja w celu przywrócenia prawidłowej czynności serca.

Dodatkowo poważnym zagrożeniem dla poszkodowanego jest utrata przytomności, spowodowana urazem głowy, padaczką, udarem mózgu, chorobami układu nerwowego, chorobami metabolicznymi czy układu krążenia, substancjami chemicznymi, takimi jak np. alkohol lub leki, itd. Sytuacje wymienione powyżej wymagają udzielenia pierwszej pomocy<sup>2</sup>.

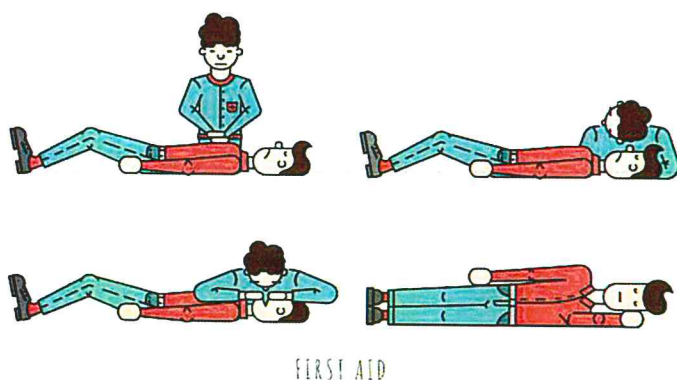
**Pierwsza pomoc** to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>3</sup>.

Szczególne znaczenia nabiera wiedza i umiejętności z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach, w których reagować należy natychmiast. Taką okoliczność stanowi właśnie konieczność zastosowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO). W celu podkreślenia wagi szkoleń z pierwszej pomocy przedmedycznej należy przybliżyć pojęcie „**łańcucha przeżycia**”. Pojęcie to jest międzynarodowym symbolem oznaczającym działania ratownicze w sytuacjach zagrożenia życia. Poszczególne ogniwa tego łańcucha obrazują kluczowe dla ratowanego interwencje (ryc. 1):

<sup>2</sup> Art. 24 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku. Stan prawny aktualny na dzień: 13.08.2018 r., Dz.U.2017.0.2195 t.j.; Sych M.: „Reanimacja i postępowanie w stanach nagłego zagrożenia życia”, w: Janicki K. (red.), *Domowy poradnik medyczny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 103.

<sup>3</sup> Art. 24 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku, *op. cit.*

- 1) **pierwsze ogniwo:** umiejętność rozpoznania sytuacji zagrożenia i szybkie powiadomienie systemu ratowniczego;
- 2) **drugie ogniwo:** wprowadzenie uciskania klatki piersiowej i sztucznej wentylacji;
- 3) **trzecie ogniwo:** wykonanie defibrylacji, o ile jest wskazana;
- 4) **czwarte ogniwo:** specjalistyczne zabiegi resuscytacyjne, prowadzone przez wykwalifikowany personel.



Rycina 1. „łańcuch przeżycia”.

**Źródło:** Strona Internetowa „Istock”, <https://www.istockphoto.com/dk/illustrations/mens-grooming-kit?sort=mostpopular&mediatype=illustration&phrase=mens%20grooming%20kit> [dostęp: 15.08.2018].

Kwestia pierwszej pomocy to istotny i nadal niedoceniany temat tzw. edukacji społecznej. Brak świadomości obowiązku udzielania pomocy w razie nieszczęśliwych wypadków i ignorancja związana z podstawowymi nawet jej zasadami to tykająca bomba zegarowa, która w obliczu kryzysowej sytuacji staje się niebezpieczna. Pamiętać należy, że w codziennym życiu każdego z nas może mieć miejsce sytuacja wymagająca udzielenia pierwszej pomocy – w domu, szkole, podczas zajęć sportowych, w pracy, na ulicy. Do przyjazdu pomocy kwalifikowanej poszkodowany może jedynie liczyć na ratunek ze strony przypadkowych osób, dlatego znajomość postępowania w takich przypadkach jest obowiązkiem zarówno moralnym, jak i prawnym każdego człowieka.



Szansę poszkodowanego na przeżycie wzrastają kilkakrotnie, jeśli świadkowie zdarzenia wykonują odpowiednie czynności ratownicze, pamiętając o odpowiedniej kolejności (ryc. 2):

- a) dokonują zabezpieczenia miejsca wypadku;
- b) sprawdzają stan poszkodowanego (stan podstawowych funkcji życiowych – krążenia, oddechu i świadomości, zlokalizowanie odniesionych urazów);
- c) zapewniają sobie pomoc, powiadamiają pogotowie ratunkowe;
- d) rozpoczynają resuscytację krążeniowo-oddechową;
- e) wykonują pozostałe/inne czynności ratunkowe zależne od stanu poszkodowanego.

Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej stwierdza, że pierwsza pomoc udzielona przez przypadkowych świadków nagłego zdarzenia częstokroć decyduje o możliwości przeżycia osoby zagrożonej lub o rozległości ewentualnego przyszłego kalectwa. Każdy powinien być zatem wyposażony w podstawową wiedzę i umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji (European Resuscitation Council – ERC) potwierdzają, że resuscytacja krążeniowo-oddechowa wykonywana przez przypadkowych świadków i wczesna defibrylacja ratują życie<sup>4</sup>.

Edukacja zdrowotna jest częścią całego procesu wychowania. To nie tylko przekazywanie wiedzy o tym, co jest korzystne lub szkodliwe dla zdrowia, lecz przede wszystkim jak najpełniejsze wyposażenie dziecka w odpowiednie umiejętności i nawyki, które pomogą tę wiedzę skutecznie wykorzystać. Dzieciom należy więc umożliwić poznanie odpowiednich postaw i wartości, które ułatwią im dokonywanie właściwych wyborów w zakresie zachowań zdrowotnych. Ponadto, wiek dziecięcy jest zarazem najbardziej elastyczny, podatny na wpływy wychowawcze, kształtowanie się nawyków niezbędnych dla zdrowia, sprawności fizycznej i zdolności psychoruchowych. Wczesna edukacja zdrowotna ma przygotować dziecko do tego, aby stało się niezależną, zdrową i twórczą jednostką. Kształtuje w nim przekonanie o możliwości wpływania na własne zdrowie poprzez podejmowanie odpowiednich decyzji. Dzięki temu rozwijane są pożądane cechy osobowości, tj.: odpowiedzialność, stanowczość, siła woli, pracowitość, systematyczność, poczucie własnej wartości. Istotne jest, aby w pierwszych latach nauki podjąć efektywne wychowanie zdrowotne, gdyż jest to okres szybkiego rozwoju

<sup>4</sup> Medonet: „Pierwsza pomoc. Jak jej udzielić?”, <http://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,pierwsza-pomoc-przedmedyczna--resuscytacja--rko----zasady-udzielania,artykul,1721496.html> [dostęp: 16.08.2018]; Nolan J.P., Soar J., Zideman D.A. et al.: „Podsumowanie Komitetu Wykonawczego ERC”, <https://mxdoc.com/wytyczne-resuscytacja-1.html> [dostęp: 17.08.2018].

dziecka. Jego psychika jest wrażliwa na oddziaływania otoczenia. Nabyte w tym wieku umiejętności, nawyki i postawy zachowane zostaną na dalsze lata życia<sup>5</sup>.

Podniesienie poziomu świadomości w zakresie promowania zdrowia stanowi jeden z kluczowych warunków upowszechniania zdrowego stylu życia. Jest to możliwe dzięki edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci i młodzież w wiedzę, umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szansę na zdrowe życie oraz ich zdolność do działań na rzecz zdrowia społeczności<sup>6</sup>.



Rycina 2. Ilustracje dla dzieci dotyczące postępowania w sytuacjach nagłych wypadków, zagrożeń lub urazów.

Źródło: Strona Internetowa „ClipartXtras”,  
<https://clipartxtras.com/categories/view/ee04bda089ba87c71b50332262225ba74087e677/first-aid-clipart-for-kids.html> [dostęp: 17.08.2018].

<sup>5</sup> Powiat Gliwicki: „Pierwsza pomoc– Program Polityki Zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów publicznych szkół średnich z terenu powiatu Gliwickiego na lata 2018–2010”.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

## Epidemiologia

Choroba niedokrwienna serca jest główną przyczyną zgonów na świecie. W Europie choroby układu sercowo-naczyniowego są odpowiedzialne za ok. 40% wszystkich zgonów w grupie osób poniżej 75. roku życia. Nagłe zatrzymanie krążenia stanowi przyczynę ponad 60% zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca u osób dorosłych. Dane zbiorcze pochodzące z analizy 37 populacji europejskich wskazują na to, że roczna częstość pozaszpitalnego zatrzymania krążenia, niezależnie od jego mechanizmu, u pacjentów leczonych przez pogotowie ratunkowe wynosi 38 na 100 tys. mieszkańców. Z danych tych wynika, że roczna częstość NZK w mechanizmie migotania komór (VF) leczonych przez pogotowie ratunkowe wynosi 17 na 100 tys., a przeżycie do wypisu ze szpitala sięga 10,7% dla wszystkich mechanizmów i 21,2% – dla NZK w mechanizmie VF. Istnieją dowody świadczące o wzroście przeżywalności długoterminowej po zatrzymaniu krążenia. Jeżeli przeanalizuje się pierwszy zarejestrowany rytm serca u osób z pozaszpitalnym zatrzymaniem krążenia, VF występowało u ok. 25–30%<sup>7</sup>. Z danych epidemiologicznych wynika również, że do NZK zwykle dochodzi w domu (ok. 2/3 przypadków) i w ciągu dnia – w ponad 70% przypadków występuje między godziną 8.00 a 17.00 oraz częściej u osób płci męskiej powyżej 50. roku życia, które stanowią 3/4 wszystkich ofiar NZK. Badania populacyjne przeprowadzone w państwach uprzemysłowionych wykazały, że czynniki ryzyka nagłego zgonu z przyczyn sercowych są w większości takie same, jak dla choroby niedokrwiennej serca. Ogólnoświatowe badania dowiodły, że pozaszpitalne zatrzymanie krążenia dotyczy w dużej mierze chorych z ostrym zawałem serca, spośród których 1/3 umiera przed dotarciem do szpitala – w większości przed upływem godziny od wystąpienia objawów. Badania wykazały, że spośród czynności i technik podejmowanych u osób z NZK na zwiększenie przeżycia znacząco wpływają tylko wczesne podjęcie resuscytacji przez świadków zdarzenia oraz wczesna defibrylacja.

Z klinicznego punktu widzenia NZK u osób dorosłych trzeba podzielić na dwie grupy: poza- i wewnątrz szpitalne. Pozaszpitalne NZK w większości przypadków związane są z etiologią sercową. Najczęstsze przyczyny nagłego zatrzymania krążenia przedstawiono w tabeli 1.

---

<sup>7</sup> Strona Internetowa „Istock”, <https://www.istockphoto.com/dk/illustrations/mens-grooming-kit?sort=mostpopular&mediatype=illustration&phrase=mens%20grooming%20kit> [dostęp: 15.08.2018].

Tabela 1. Przyczyny pozaszpitalnego NZK

<b>Etiologia</b>	<b>Procent (%)</b>
Pierwotne przyczyny sercowe	
Przyczyny pozasercowe	
Choroby płuc	
Choroby naczyniowo mózgowie	
Nowotwory	
Krwawienie z przewodu pokarmowego	
Zatorowość płucmna	
Cukrzyca	
Choroba nerek	
Przyczyny zewnętrzne	
Uraz	
Asfiksja	
Przedawkowanie leków	
Utopienia	
Porażenia prądem	
Inne	

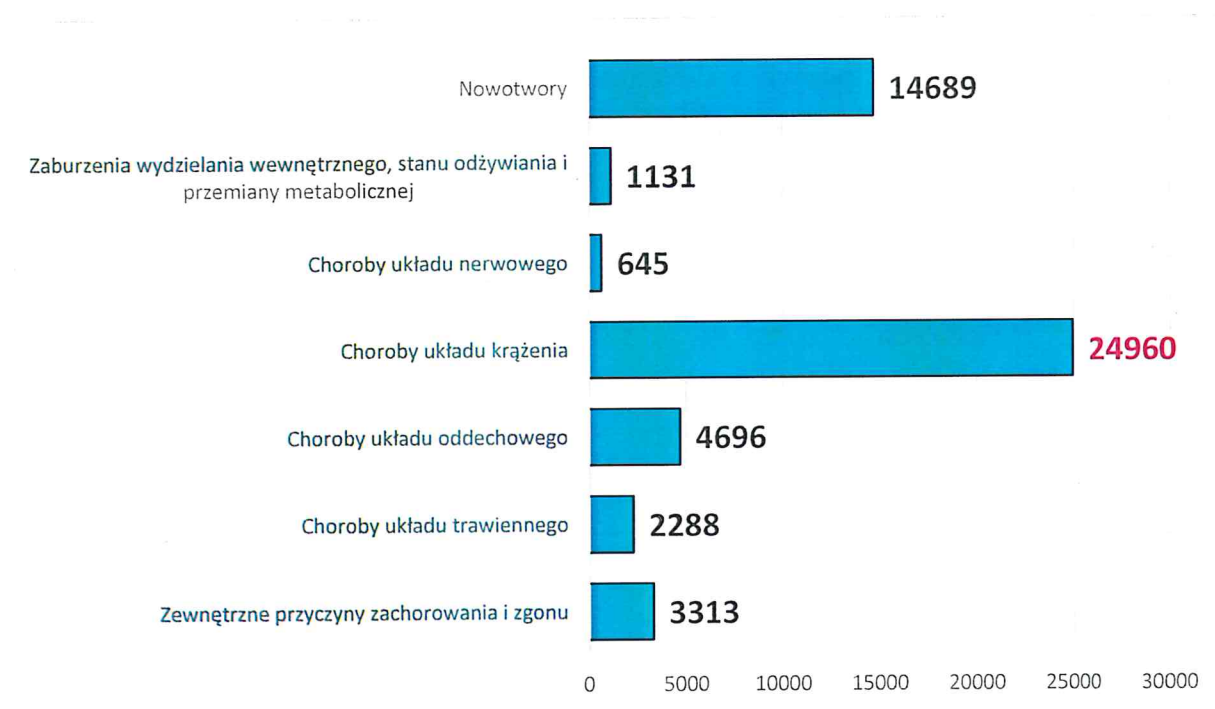
Źródło: K. Wrzosek, E. Szczepańczyk: „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa”, <https://czelej.com.pl/images/media/fragmenty%20ksiazek/Kardio%20w%20praktyce%20rozdz85.pdf>, [dostęp: 17.08.2018].

Wnioski z przeprowadzonej w 2014 roku analizy dostępności usług ratownictwa medycznego na terenie województwa mazowieckiego na podstawie przyjętych kryteriów są takie, że najmniejszą dostępność usług ratownictwa medycznego w formie przedszpitalnej stwierdzono na obszarze miasta stołecznego Warszawy i powiatu otwockiego oraz w powiecie mińskim. Na obszarach tych znajduje się najmniej zespołów wyjazdowych przypadających na 100 tys. mieszkańców oraz zanotowano tam najdłuższe czasy dojazdu karetek pogotowia do pacjentów. Obszary te zamieszkuje łącznie ponad 37% mieszkańców Mazowsza. Wynika z tego, że liczba oddziałów ratunkowych na tych terenach jest niewystarczająca. Dodatkowym argumentem jest fakt, że na obszarze miasta stołecznego Warszawy i powiatu otwockiego zanotowano najwyższy w województwie wskaźnik obciążenia dobowokaretek wyjazdami. Powyższe wnioski uwypuklają potrzebę podnoszenia świadomości na temat udzielania pierwszej pomocy, gdyż karetka może się spóźnić, warto więc wiedzieć, jak uratować komuś życie<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Kludasz M., Walczak R., Szustak A.: „Analiza dostępności usług ratownictwa medycznego na terenie Województwa Mazowieckiego”, Logistyka. 2014;6.

W celu wspierania lokalnych inicjatyw oraz tworzenia warunków ułatwiających dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, we współpracy z Warszawskim Uniwersytem Medycznym, opracował dokument „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata 2018–2021”.

Najważniejszymi przyczynami zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego, podobnie jak i Polski, a także pozostałych krajów Europy są choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe (ryc. 3). W 2015 roku były one przyczynami ponad 2/3 z ogółu przyczyn zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego. Pozostałe choroby stanowiły mniejsze zagrożenie życia dla mieszkańców<sup>9</sup>.



Rycina 3. Główne przyczyny zgonów w województwie mazowieckim – 2015 rok (w liczbach bezwzględnych).

Źródło: Samorząd Województwa Mazowieckiego: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018–2021”, <https://www.mazovia.pl/zdrowie/riorytetowedziaaniawojewodztwamazowieckiegowobszarzedro/ierunkidziaawzakresiepolitykizdrowotnejwojewodztwamazo> [dostęp: 17.08.2018].

<sup>9</sup>*Ibidem.*

---

Według danych GUS za 2015 rok poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia odnotowany w województwie mazowieckim wyniósł 436 zgonów/100 tys. ludności, w porównaniu z najwyższym w woj. świętokrzyskim, gdzie na 100 tys. osób zanotowano 573 zgony z powodu tych chorób. Śmiertelnym wypadkom najczęściej ulegali mieszkańcy województw łódzkiego, mazowieckiego i podlaskiego, gdzie na 100 tys. ludności. zmarły 60–63 osoby.

Choroby serca są pierwszym co do częstości powodem zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego (podobnie jak w przypadku wszystkich pozostałych województw). Najczęstszą przyczynę zgonów w województwie mazowieckim stanowiły niewydolność serca i kardiomiopatie (łącznie 45,3% ogółu zgonów z powodu chorób serca) (tab. 2). Wartość ta jest wyższa od ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 36,9%. Drugą najczęstszą przyczyną zgonów w województwie mazowieckim była choroba niedokrwienna serca, odpowiedzialna za 36,9% ogółu zgonów z powodu chorób serca. Wartość standaryzowanego współczynnika zgonów choroby niedokrwiennej serca jest wyższa o 2,8% od poziomu ogólnopolskiego, przy czym wartości te odnotowywane były w powiecie mławskim, grójeckim, makowskim, kozienickim i szydłowieckim<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Samorząd Województwa Mazowieckiego: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018–2021”, <https://www.mazovia.pl/zdrowie/riorytetowedziaaniawojewdztwamazowieckiegowobszarzezdrowia/ierunkidziaawzakresiepolitykizdrowotnejwojewdztwamazo> [dostęp: 17.08.2018].

Tabela 2. Standaryzowany współczynnik zgonów według przyczyn i województw w 2015 roku (na 100 tys. mieszkańców)

Województwo	Ogółem	Choroby układu krążenia	Nowotwory	Zewnętrzne przyczyny urazów i zatruc	Choroby układu oddechowego	Choroby układu trawiennego
Ogółem	1027	469	274	51	63	38
Dolnośląskie	1052	474	288	49	67	40
Kujawsko-Pomorskie	1026	497	279	40	52	24
Lubelskie	1013	474	247	50	55	31
Lubuskie	1066	474	269	50	41	27
Łódzkie	1139	468	288	63	83	54
Małopolskie	956	477	271	45	44	35
Mazowieckie	979	436	268	61	82	42
Opolskie	1017	494	244	37	76	33
Podkarpackie	949	505	226	39	39	19
Podlaskie	962	405	251	60	62	42
Pomorskie	989	412	291	59	84	45
Śląskie	1085	510	290	54	50	50
Świętokrzyskie	1043	573	258	45	38	20
Warmińsko-Mazurskie	1049	418	302	57	68	43
Wielkopolskie	1054	429	283	44	70	34
Zachodniopomorskie	1040	484	287	50	67	42

Źródło: Samorząd Województwa Mazowieckiego: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018–2021”, <https://www.mazovia.pl/zdrowie/riorytetowedziaaniawojewdztwamazowieckiegowobszarzedro/ierunkidziaawzakresiepolitykizdrowotnejwojewdztwamazo> [dostęp: 17.08.2018].

## Obecne postępowanie

### *Alternatywne świadczenia*

Kwestię nauczania pierwszej pomocy w szkołach regulują przepisy Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, wydane na podstawie delegacji zawartej w art. 22 ust. 2 pkt 2 lit. a i b Ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.). Wedle zapisów, uczeń szkoły podstawowej potrafi opisać zasady udzielania pierwszej pomocy w niektórych urazach (stłuczenia, zwichnięcia itp.) i umie wezwać pomoc w różnych sytuacjach. W gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wprowadzany jest osobny przedmiot – edukacja dla bezpieczeństwa, w ramach którego młodzież zdobywa szeroką wiedzę z zakresu pierwszej pomocy, obejmującą m.in.: wzywanie pomocy, zasady bezpieczeństwa udzielania pierwszej pomocy, rozpoznanie stanu przytomności, układanie w pozycji bezpiecznej, wykonywanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, postępowanie w przypadku krwotoku, porażenia prądem, wstrząsu, złamania, zwichnięcia, zatrucia, oparzenia, zadławienia itp. Odnalezione

wytyczne wskazują na istotność prowadzenia działań edukacyjnych z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej. Zgodnie z zaleceniami międzynarodowej organizacji ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) z 2010 roku wskazuje się na potrzebę cyklicznych szkoleń, które mogą być prowadzone w formie kursów komputerowych, jednak powinny również zawierać element ćwiczeń praktycznych. Wytyczne nakazują, by przygodni świadkowie niezwiązani z medycyną, jak i osoby z medycznym wykształceniem, najpierw uczeni byli prawidłowego prowadzenia uciśnień klatki piersiowej, a dopiero kiedy opanują tę umiejętność, powinni zapoznać się z zasadami sztucznego oddychania.

Wytyczne Australijsko-Nowozelandzkiego Towarzystwa Resuscytacyjnego (ANZ COR) z 2010r. odnoszą się zarówno do rekomendacji adresowanych do profesjonalistów, jaki i do osób bez wykształcenia medycznego, które mogą stać się świadkami zdarzenia zagrażającego życiu. Ta druga grupa powinna być objęta szczególną uwagą w zakresie nauczania pierwszej pomocy - resuscytacji krążeniowo-oddechowej, gdyż nabyte umiejętności zwiększają szanse poszkodowanego na przeżycie. Szkolenia z pierwszej pomocy powinny być dla społeczeństwa łatwo dostępne<sup>11</sup>.

Kursy z tego zakresu powinny być prowadzone przez certyfikowanych instruktorów Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Kurs jednodniowy powinien trwać ok. 10 godzin (5 godzin zajęć teoretycznych i 5 godzin zajęć praktycznych) i obejmować następujące zagadnienia: łańcuch przeżycia, przyczyny i mechanizmy nagłego zatrzymania krążenia u dorosłych, zasady prawidłowego nadawania sygnału „na ratunek” i wzywania ambulansu, zasada bezpieczeństwa ratującego i ratowanego, ocena poszkodowanego, postępowanie z nieprzytomnym prawidłowo oddychającym, metody bezprzrządowego udrażniania dróg oddechowych, sztucznego oddychania i ucisków klatki piersiowej, sekwencja czynności resuscytacyjnych u dorosłych, ciało obce w drogach oddechowych u osoby dorosłej, przyczyny nagłego zatrzymania krążenia u dzieci i niemowląt – odmienności łańcucha ratowania życia, resuscytacja krążeniowo-oddechowa dziecka, resuscytacja krążeniowo-oddechowa niemowlęcia, ciało obce w drogach oddechowych u dziecka i niemowlęcia, nagłe zachorowania, zatrucia, wstrząs, wypadek komunikacyjny – zachowanie się w miejscu zdarzenia, urazy i obrażenia, działanie wysokiej i niskiej temperatury na organizm człowieka,

---

<sup>11</sup> Styka L., Jakubaszko J., Witkowski A.: *Nauczanie pierwszej pomocy: zalecenia metodyczne*: SR-Poligrafia, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Wrocław 2004.



podtopienie, porażenie prądem i piorunem, poród, półautomatyczna defibrylacja zewnętrzna. Kurs powinien się zakończyć egzaminem<sup>12</sup>.

Wytyczne ERC potwierdzają, że resuscytacja krążeniowo-oddechowa wykonywana przez przypadkowych świadków i wczesna defibrylacja ratują życie. Co więcej, odległe wyniki zabiegów resuscytacyjnych zależą w dużej mierze od szybkości podjęcia akcji przez przygodnych świadków zdarzenia. W związku z tym byłoby idealnie, żeby wszyscy obywatele posiadali wiedzę z zakresu RKO. Sytuacja nagła, kiedy konieczna będzie natychmiastowa pomoc z naszej strony, może zdarzyć się każdemu, wszędzie, dlatego uczenie obywateli prowadzenia RKO powinno być szeroko promowane<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 218/2017..., *op. cit.*

<sup>13</sup> Andres J. (red.): „Zasady nauczania resuscytacji”, w: *Wytyczne resuscytacji 2010*. Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2010, <http://www.prc.krakow.pl/2010/09.pdf> [dostęp: 17.08.2018]; Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 57/2011 z dnia (...) o programie zdrowotnym Upowszechnianie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia wśród mieszkańców miasta, [http://aotm.gov.pl/assets/files/Opinie-sam\\_pr\\_zdr/2011/OP-57-2011.pdf](http://aotm.gov.pl/assets/files/Opinie-sam_pr_zdr/2011/OP-57-2011.pdf) [dostęp: 17.08.2018].

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

### **Cel główny**

Wzrost wiedzy i umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej u 25% dzieci zamieszkujących Gminę Miasto Marki, uczęszczających do publicznych przedszkoli i klas I-III publicznych szkół podstawowych, w latach 2019–2021.

### **Cele szczegółowe**

- przygotowanie 100% dzieci uczestniczących w programie na terenie Gminy Miasto Marki, w latach 2019–2021, do racjonalnych zachowań w przypadku wystąpienia zagrożenia życia i zdrowia, polegających na prawidłowym zaalarmowaniu pogotowia ratunkowego lub poinformowanie innych jednostek ratowniczych;
- zwiększenie o 25% liczby dzieci, zamieszkujących terenie Gminy Miasto Marki, w latach 2019-2021, deklarujących gotowość podjęcia interwencji z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dzięki nabytym umiejętnościom

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

- liczba dzieci uczęszczających do publicznych przedszkoli i klas I-III publicznych szkół podstawowych w Gminie Miasto Marki, które wzięły udział w programie;
- wyniki testu sprawdzającego wiedzę, u dzieci uczestniczących w programie, na temat zagrożeń oraz udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej– docelowo wzrost u minimum 25% populacji;
- wyniki praktycznego testu sprawdzającego opanowanie nowych umiejętności udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia - docelowo wzrost umiejętności u 25% uczniów biorących udział w programie;
- liczba osób posiadających wiedzę teoretyczną z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w okresie trwania programu i po jego zakończeniu;
- zwiększenie liczby osób mających umiejętności praktyczne w zakresie udzielania pierwszej pomocy w okresie trwania programu i po jego zakończeniu
- 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 60% tych, które wyraziły zgodę na udział w programie;

### 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

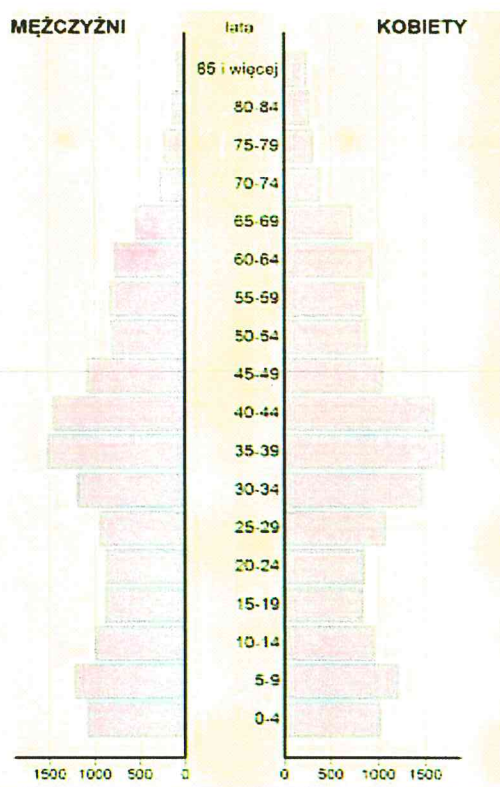
#### a. Populacja docelowa

Liczbę ludności zamieszkującej Gminę Miasto Marki, na podstawie danych ze „Statystycznego vademecum samorządowca” na przestrzeni lat 2014–2016, pokazuje tabela 3.

WYBRANE DANE STATYSTYCZNE	2014	2015	2016	Powiat 2016
Ludność	29722	30595	31687	238478
Ludność na 1 km <sup>2</sup>	1137	1170	1212	250
Kobiety na 100 mężczyzn	110	110	110	107
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	57,6	58,4	59,5	61,6

Tabela 3 Liczba ludności zamieszkująca Gminę Miasto Marki

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017, [http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum\\_mazowieckie/portrety\\_gmin/wolominski/1434021\\_marki.pdf](http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf) [dostęp: 12.07.2018].



Rycina 4. Ludność według płci oraz wieku w 2016 roku w Gminie Miasto Marki

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017,  
[http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum\\_mazowieckie/portrety\\_gmin/wolominski/1434021\\_marki.pdf](http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf) [dostęp: 12.07.2018].

	Powiat	Gmina	Powiat=100
Ludność	238478	31687	13,3
w tym kobiety	123511	16594	13,4
Urodzenia żywe	3207	462	14,4
Zgony	1977	207	10,5

Tabela 4. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017,  
[http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum\\_mazowieckie/portrety\\_gmin/wolominski/1434021\\_marki.pdf](http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf) [dostęp: 12.07.2018].

EDUKACJA	2014/15	2015/16	2016/17
Placówki wychowania przedszkolnego	33	34	38
w tym przedszkola	26	30	32
Miejsca w przedszkolach	1535	1798	2023
Dzieci w placówkach wychowania przedszkolnego	1517	1502	1824
w tym w przedszkolach	1204	1372	1614

Tabela 5. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki – dzieci w przedszkolach

Źródło: „Statystyczne vademecum Samorządowca”, 2017,  
[https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum\\_mazowieckie/portrety\\_gmin/wolominski/1434021\\_marki.pdf](https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf) [dostęp: 12.07.2018].

Szkoły podstawowe	7	7	7
Uczniowie szkół podstawowych	2452	2735	2543

Tabela 6. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki – dzieci w szkołach podstawowych

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017,  
[https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum\\_mazowieckie/portrety\\_gmin/wolominski/1434021\\_marki.pdf](https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf) [dostęp: 12.07.2018].

Ludność gminy według edukacyjnych grup wieku w 2016 r.:		
0-2 lata	-	1268
3-6 lat	-	1798
7-12 lat	-	2755
13-15 lat	-	1092

Tabela 7. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki – dzieci według grup edukacyjnych.

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017, [https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum\\_mazowieckie/portrety\\_gmin/wolominski/1434021\\_marki.pdf](https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf) [dostęp: 12.07.2018].

Działania edukacyjne z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej zostaną skierowane do dzieci w wieku 3–10 lat uczęszczających do placówek oświatowych na terenie Gminy Miasto Marki.

Dane na temat liczebności populacji dzieci i młodzieży pozyskano ze zbioru Banku Danych Lokalnych, który jest w dyspozycji Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), oraz ze „Statystycznego vademecum samorządowca”<sup>14</sup>. Najnowsze opublikowane dane uwzględniające podział na pojedyncze roczniki przedstawia stan na 31.12.2017 roku (data aktualizacji 13.04.2018). Liczba dzieci w wieku 0–15 wynosi 6913.

Populacja ta będzie stanowić grupę docelową dla działań w ramach programu w latach 2019–2021.

## **b. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej**

### **Kryteria włączenia**

Podstawowe kryteria formalne udziału dziecka w programie to wiek 3–10 lat, uczęszczanie do publicznej placówki oświatowej na terenie Gminy Miasto Marki oraz wyrażenie chęci uczestnictwa w programie, które polegało będzie na podpisaniu przez rodzica (opiekuna) zgody na udział w działaniach edukacyjnych. Druki te zostaną przekazane rodzicom przez nauczycieli w trakcie np. wywiadówek. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w siedzibie beneficjenta, realizującego program, z zachowaniem przepisów o ochronie danych

<sup>14</sup> „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017, [https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum\\_mazowieckie/portrety\\_gmin/wolominski/1434021\\_marki.pdf](https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf). [dostęp: 12.07.2018].

osobowych<sup>15</sup>.

W celu nadzoru nad realizacją programu beneficjent winien wyznaczyć ze swego zespołu koordynatora, odpowiedzialnego za przygotowywanie raportów okresowych, które będą sprawozdawane Wydziałowi Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miasta Marki.

**Kryteria wyłączenia z programu to:**

- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak statusu ucznia/podopiecznego publicznej placówki oświatowej na terenie Gminy Miasto Marki.

O przystąpieniu do programu zdecyduje kolejność zgłoszeń, uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych ofertach. Program obejmie wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji. Planowany termin realizacji całości interwencji winien się zamknąć w terminie od 2019 do 2021 roku.

**c. Planowane interwencje**

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu. Podmioty muszą spełnić określone dla niego wymagania. Są to: kryteria wyboru, spełnienie wymogów oraz zapisów wniosku o finansowanie działań edukacyjnych, które muszą być zgodne z programem polityki zdrowotnej.

Ze względu na fakt, że program polityki zdrowotnej będzie uzupełniał i wspierał świadczenia edukacyjne w placówkach szkolnych, konieczne jest wdrożenie systemu unikania powielania zakresów tematycznych. W tym celu realizator programu w ramach działań informacyjno-edukacyjnych powinien wskazywać rodzicom/opiekunom dzieci oraz nauczycielom/opiekunom planowaną tematykę zajęć.

Nauczanie szkolne z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej regulują przepisy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2012 r., poz. 977), wydane na podstawie delegacji

---

<sup>15</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

zawartej w art. 22 ust. 2 pkt 2 lit. a i b Ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.). W świetle tych przepisów uczeń zdobywa wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, zasad bezpieczeństwa oraz postępowania w niektórych stanach zagrożenia życia. Zdobywane kompetencje w ramach zajęć przedmiotowych realizowanych w szkołach mogą okazać się niewystarczające do podjęcia działań ratunkowych w obliczu realnego zagrożenia. Dlatego zasadne wydają się przeprowadzenie dodatkowych szkoleń przez wyspecjalizowany w tym zakresie podmiot.

Program będzie się składał z następujących etapów organizacyjnych:

- 1) akcja informacyjna;
- 2) rekrutacja uczestników;
- 3) działania edukacyjne dla poszczególnych grup adresatów objętych programem;
- 4) przeprowadzenie konkursu plastycznego promującego pierwszą pomoc przedmedyczną;
- 5) monitoring działań w ramach programu.

#### **d. 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, w zależności od konkretnej grupy adresatów.

Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji uczestnika. Dobrowolne odstąpienie od udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie. Może to nastąpić na życzenie rodzica/opiekuna uczestnika – na podstawie jego pisemnej deklaracji.

Realizator winien dysponować kadrą i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów koniecznych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739; Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679; 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.



### e. Sposób udzielania świadczeń

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie skorzystać z edukacji dotyczącej pierwszej pomocy przedmedycznej zaplanowanych w ramach programu, to znaczy uczniowie poddani zostaną edukacji w trakcie godzin lekcyjnych. Szczegółowo opisano to zagadnienie w rozdziale 4a niniejszego dokumentu. Zgłoszenia do uczestnictwa następować będą za pośrednictwem placówek realizujących program w okresie jego trwania. Udział jest dobrowolny.

Program ma charakter ciągły, sprawozdanie z jego realizacji przez beneficjenta będzie się odbywało w roku szkolnym.

Udzielanie świadczeń w ramach programu w żaden sposób nie wpłynie na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

Kompleksowe, całościowe działania objęte programem znajdują się częściowo poza grupą świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych.

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

Ponadto świadczenia w ramach programu będą realizowane według następujących kryteriów:

- realizator programu wyłoniony zostanie w drodze procedury konkursowej;
- rodzaj działalności beneficjenta winien odpowiadać rodzajowi działań zaplanowanych w ramach programu – sugeruje się, aby były to placówki edukacyjne, placówki medyczne lub osoby wykonujące zawody medyczne (ratownicy, lekarze, pielęgniarki);
- działania w ramach programu przeprowadzi kadra mająca odpowiednie kwalifikacje, określone szczegółowo w postępowaniu konkursowym<sup>17</sup>;
- dokumentacja powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych<sup>18</sup>.

Działania zaplanowane w programie i mające charakter grupowy mogą być realizowane w trakcie trwania godzin lekcyjnych, po wcześniejszym uzgodnieniu z wychowawcami klas/nauczycielami. W celu uzyskania jak największej frekwencji dokładne dni i czas trwania

<sup>17</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku, *op. cit.*

<sup>18</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku, *op. cit.*

---

zajęć będą konsultowane przez realizatora z gronem pedagogicznym danej placówki oświatowej.

Dzieci na miejsce realizacji działań edukacyjnych mogą być przyprowadzane grupami/ klasami. Zajęcia mogą odbywać się np. na sali gimnastycznej, świetlicy itp. Beneficjenci mają wolną rękę co do organizacji zajęć w szkole, niemniej muszą zapewnić jak największe bezpieczeństwo i komfort dzieciom oraz odpowiednie warunki pracy osób zatrudnionych przy realizacji programu. O wyżej wymienionych kwestiach organizacyjnych zostaną również poinformowani rodzice, którzy za pomocą pisemnego oświadczenia wyrażą zgodę na uczestnictwo dzieci w programie.

## **4. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

W ramach programu beneficjent obligatoryjnie musi przeprowadzić:

- 1) akcję informacyjną;
- 2) rekrutację uczestników;
- 3) działania edukacyjne dla adresatów objętych programem;
- 4) konkurs plastyczny promujący pierwszą pomoc przedmedyczną;
- 5) monitoring działań podejmowanych w ramach programu.

#### **Ad 1. Akcja informacyjna**

Skierowana jest do mieszkańców Gminy Miasto Marki. Ze względów praktycznych ten element programu zostanie skierowany przede wszystkim do rodziców (oraz opiekunów) dzieci z grupy docelowej. Rodzice/opiekunowie – mieszkańcy Gminy Miasto Marki – będą informowani o zaplanowanych działaniach edukacyjnych adresowanych do dzieci. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów, jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego oraz poszczególnych placówek oświatowych, poprzez np. plakaty i ulotki informacyjne w przedszkolach, szkołach i Urzędzie Miasta. Ponadto szczegółowe informacje organizacyjne mogą zostać przekazane rodzicom w trakcie wywiadówek i wszelkich innych spotkań z gronem pedagogicznym. Rodzice oraz dzieci otrzymają kompleksowe dane organizacyjne i materiały dotyczące programu, a także planowanych działań. Dzieci z grupy docelowej oraz ich rodzice/opiekunowie zostaną poinformowani o uwarunkowaniach organizacyjnych programu. Będą też wyjaśnione wszystkie kwestie problematyczne z nim związane.

#### **Ad 2. Rekrutacja do programu**

Beneficjenci wybrani w procedurze konkursowej i realizujący program będą zobowiązani do przeprowadzenia rekrutacji uczestników, polegającej na zebraniu podpisanych druków zgody. Dokumenty te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

### **Ad 3. Działania edukacyjne**

Przeprowadzone będą na terenie np. przedszkoli, szkół, placówek opieki zdrowotnej, w formie spotkań informacyjno-edukacyjnych z dziećmi/uczniami w wieku 3–10 lat dotyczącymi celów i sposobu realizacji programu.

Działania edukacyjne będą realizowane w formie pogadanki/zabawy w przedszkolach i zajęć informacyjno-edukacyjnych wraz z nauką umiejętności praktycznych dla uczniów szkół podstawowych.

Zakres tematyczny zajęć powinien zawierać:

- podstawowe metody udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej,
- elementy anatomii człowieka,
- rozpoznawanie podstawowych stanów zagrożenia życia,
- zasady dbania o bezpieczeństwo własnego życia i zdrowia podczas udzielania pierwszej pomocy
- poprawne wzywanie służb ratowniczych.

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.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji oraz zabaw i pokazów, itp. Formę tę należy dostosować do wieku uczestników, mając na uwadze maksymalne uaktywnienie i wzbudzenie zainteresowania grupy docelowej.

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

Do osiągnięcia wszystkich zakładanych celów edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Aby uatrakcyjnić i wzmocnić pozytywnie przekaz edukacji w świadomości dzieci, beneficjent powinien zaplanować na koniec kursu sprawdzenie wiedzy i umiejętności, a także rozdanie dyplomów ukończenia szkolenia dla wszystkich uczestników zajęć.

### **Działania edukacyjne wspólne dla wszystkich uczniów – zasady ogólne:**

- działania edukacyjne dla dzieci będą składały się z 1,5 godziny zegarowej zajęć dla podopiecznych przedszkoli, 2 razy w trakcie semestru;
- działania edukacyjne dla uczniów będą składały się z 2 godzin lekcyjnych zajęć dla klasy I–III w szkole podstawowej, 2 razy w trakcie semestru;
- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla osób w wieku 3–10 lat;
- w zajęciach edukacyjnych mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
- zajęcia odbywają się na terenie poszczególnych placówek oświatowych;
- liczebność grup uczestniczących w zajęciach edukacyjnych jest tożsama z ilością dzieci w danej grupie przedszkolnej lub klasie szkolnej.

### **Działania edukacyjne podzielone zostaną na dwie grupy wiekowe:**

#### **a) Działania edukacyjne dla dzieci w przedszkolach:**

- będą się składały z 1,5 godziny zajęć prowadzonych w formie aktywizacji/zabawy i pogadanki;
- w zajęciach dzieci mogą brać udział opiekunki przedszkolne/nauczyciele uczący daną grupę/klasę;
- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć, m.in. rejestr uczestników;
- zajęcia edukacyjne dla dzieci uczestniczących w programie obejmują m.in. przekazanie informacji o podstawowych metodach udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej i elementach anatomii człowieka; dzieci nauczą się rozpoznawania podstawowych stanów zagrożenia życia, zasad ochrony własnego życia i zdrowia podczas udzielania pierwszej pomocy oraz nauczą się poprawnego wzywania służb ratowniczych, a także dokonania na miejscu zdarzenia oceny bezpieczeństwa swojego i osoby poszkodowanej oraz ułożenia jej w pozycji bezpiecznej.

#### **b) Działania edukacyjne (teoretyczno-praktyczne) dla uczniów:**

- będą się składały z 2 godzin lekcyjnych zajęć prowadzonych w formie pogadanki/wykładu, wraz z nauką umiejętności praktycznych;
- w zajęciach edukacyjnych i praktycznych mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- zajęcia edukacyjne dla dzieci uczestniczących w programie obejmują m.in. przekazanie informacji o podstawowych metodach niesienia pierwszej pomocy przedmedycznej, jej podstawach prawnych i moralnych i o elementach anatomii człowieka; uczniowie nauczą się rozpoznawania podstawowych stanów zagrożenia życia (zawał, udar, urazy wielonarządowe, podtopienia, zatrucia, padaczka, oparzenia, porażenie prądem, wstrząs), zasad ochrony własnego życia i zdrowia podczas udzielania pierwszej pomocy, podstawy mechanizmów, w których przebiega nagłe zatrzymanie krążenia u osób dorosłych, poznają „łańcuch przeżycia”;
- w ramach zajęć praktycznych nauczą się podstaw prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, również z użyciem automatycznego elektrycznego defibrylatora (*automated external defibrillator* – AED) u dorosłych i u dzieci, ułożenia w pozycji bezpiecznej, poprawnego wzywania służb ratowniczych, a także zaopatrzenie ran w złamaniach, oparzeniach, urazach, wypadkach komunikacyjnych;

#### **Ad 4. Przeprowadzenie konkursu plastycznego promującego udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej**

##### **Celem konkursu jest:**

- Popularyzowanie wiedzy o zasadach udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.
- Zachęcanie dzieci, rodziców, nauczycieli i pracowników szkół do czynnego zainteresowania się tematyką pierwszej pomocy przedmedycznej.
- Rozwijanie samodzielności i kreatywności uczniów oraz ich umiejętności artystycznych.
- Uatrakcyjnienie zajęć szkolnych.

##### **Założenia organizacyjne:**

- Konkurs skierowany jest do podopiecznych placówek przedszkolnych oraz uczniów klas I–III szkół podstawowych.
- Konkurs obejmuje dwie kategorie konkursowe:

- prace plastyczne promujące udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej – konkurs dla podopiecznych placówek przedszkolnych,
- prace plastyczne promujące udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej – konkurs dla uczniów klas I–III szkół podstawowych.

Laureaci konkursu winni otrzymać dyplomy oraz nagrody rzeczowe.

### **Ad 5. Monitoring działań**

Ostatnim elementem w ramach programu będzie **monitoring działań**, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy rodzic/opiekun dziecka, ewentualnie uczniowie klas II-III samodzielnie, po zakończeniu edukacji będą proszeni 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 lub beneficjentów wybranych w konkursie.

Od realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres prowadzonych zadań w ramach niniejszego programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń podczas jego wdrażania.

Szkolenia będą przeprowadzone przez odpowiednio wykształcony personel, posiadający kwalifikacje z zakresu edukacji dotyczącej pierwszej pomocy przedmedycznej, tzn. ratowników medycznych oraz/lub pielęgniarek systemu ratownictwa medycznego. Realizator powinien mieć doświadczenie w zakresie podobnych szkoleń oraz zapewnić odpowiedni rodzaj i liczbę sprzętu, a także wykwalifikowanych osób do przeprowadzenia szkolenia, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej.

Szkolenia zostaną przeprowadzone przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej będącej w posiadaniu realizatora, spełniającej wszystkie kryteria dopuszczające do użytku oraz niezbędnej do przeprowadzenia szkoleń objętych programem. Realizator powinien zapewnić profesjonalne fantomy medyczne do ćwiczeń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (osoba dorosła oraz dziecko), maseczki do zajęć praktycznych, płyn dezynfekcyjny, materiały

opatrunkowe, prezentację multimedialną do części teoretycznej oraz inne materiały pomocnicze niezbędne w realizacji programu. Beneficjent zapewni sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń<sup>19</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>20</sup>. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych<sup>21</sup>.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń. Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji<sup>22</sup>.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu prowadzone będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie prowadzenia ww. działań. Wymagane jest, aby zajęcia edukacyjne prowadziły osoby z przygotowaniem merytorycznym – np. lekarze medycyny, pielęgniarki, ratownicy medyczni. Tematyka i zakres działań winny być dostosowane do potrzeb i składu grup odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do wieku i stanu psychicznego odbiorców.

Beneficjent jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

---

<sup>19</sup> Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych, *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku, *op. cit.*

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

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

<sup>22</sup> Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku, *op. cit.*



## 5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring 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 element to 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 monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji polega na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Monitoringowi poddana zostanie m.in. liczba zgód na udział w programie. Jej wartość w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana zostanie z liczebnością populacji docelowej.

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie anestezjologii lub ratownictwa medycznego – 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. Jakość świadczeń będzie 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. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania

programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Ewaluacja jest zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom i uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują 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 rezultatów. 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 ich realizacji:

- liczba dzieci uczęszczających do publicznych przedszkoli i klas I-III publicznych szkół podstawowych w Gminie Miasto Marki, które wzięły udział w programie;
- wyniki testu sprawdzającego wiedzę, u dzieci uczestniczących w programie, na temat zagrożeń oraz udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej – docelowo wzrost u minimum 25% populacji;
- wyniki praktycznego testu sprawdzającego opanowanie nowych umiejętności udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia - docelowo wzrost umiejętności u 25% uczniów biorących udział w programie;
- liczba osób posiadających wiedzę teoretyczną z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w okresie trwania programu i po jego zakończeniu;
- zwiększenie liczby osób mających umiejętności praktyczne w zakresie udzielania pierwszej pomocy w okresie trwania programu i po jego zakończeniu
- 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 60% tych, które wyraziły zgodę na udział w programie;

## 6. Koszty

Zgodnie z założeniami instytucji zarządzającej dotyczącymi finansowania na realizację „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie działań edukacyjnych z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla dzieci mieszkańców Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021” została przeznaczona kwota ok. 100 000 tys. zł rocznie, co daje 300 000 zł na cały okres trwania programu.

### Planowane koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

#### Koszty organizacyjne:

- opracowanie organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- wystandaryzowane protokoły postępowania pracy poszczególnych uczestników programu – edukatorów/ratowników;
- materiały biurowe;
- opracowanie schematów realizacji badania.

#### Koszty ogólne programu:

- koszty obsługi administracyjnej programu;
- koszty monitorowania zewnętrznego;
- koszty ewaluacji przez ekspertów;
- koszt zakupu nagród i upominków w ramach konkursu plastycznego.

#### Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej:

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie, utrzymanie i aktualizacja zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, aktualizacja informacji w serwisie);
- zaprojektowanie i zamieszczenie bannerów reklamowych w lokalnych serwisach informacyjnych on-line.

Maksymalne koszty całkowite, niezbędne do realizacji programu, szacowane są na ok. 100 000 zł rocznie.

Tabela 8. Planowany budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
Koszty organizacyjne	1500 zł
Koszty ogólne programu, w tym monitoring i ewaluacja	3000 zł
Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej	500 zł
koszty działań edukacyjnych	92 000 zł
koszty nagród w konkursie	3 000 zł
<b>Razem</b>	<b>100 000 zł</b>

Źródło: opracowanie własne.

## b. Koszty jednostkowe

### Koszty realizacji programu:

- koszty działań edukacyjnych;
- koszty nagród w konkursie.

**Działania edukacyjne dla dzieci/uczniów** powinny odbywać się będą z częstotliwością dwa razy w ciągu semestru.

Koszty szkolenia (wynagrodzenie osoby prowadzącej, koszty materiałów, zużycia sprzętu itp.) szacowane są na ok. 40 zł/osobę/szkolenie.

Zakładając tę kwotę, określono liczebność populacji możliwej do objęcia działaniami w ramach programu na ok. 2300 osób rocznie, co stanowi ok. 48% całej populacji docelowej programu w ciągu 3 lat jego trwania.

**Koszty konkursu** – zakup nagród i dyplomów szacowane są do kwoty 3000 zł rocznie.

Koszt całkowity realizacji programu jest zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej.

**Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.**

**Powyższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne koszty będą zależały od wniosków, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne wnioski mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.**

---

### **c. Źródła finansowania, partnerstwo**

Program polityki zdrowotnej 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. 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 dziecka (drukowanymi literami)

.....  
Podpis i data złożenia podpisu rodzica

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.

Dziecko biorące udział w programie:

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

.....  
podpis rodzica

ORYGINAŁ/KOPIA

### Uzasadnienie

Uchwała dotyczy przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie działań edukacyjnych dla dzieci z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej zamieszkujących Gminę Miasto Marki na lata 2019 – 2021.

Wzrost wiedzy i umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej u 25% dzieci zamieszkujących Gminę Miasto Marki, uczęszczających do publicznych przedszkoli i klas I-III publicznych szkół podstawowych, w latach 2019–2021.

Program ma na celu przygotowanie 100% dzieci uczestniczących w programie na terenie Gminy Miasto Marki, w latach 2019–2021, do racjonalnych zachowań w przypadku wystąpienia zagrożenia życia i zdrowia, polegających na prawidłowym zaalarmowaniu pogotowia ratunkowego lub poinformowanie innych jednostek ratowniczych. Ponadto zwiększenie o 25% liczby dzieci, zamieszkujących terenie Gminy Miasto Marki, w latach 2019-2021, deklarujących gotowość podjęcia interwencji z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dzięki nabytym umiejętnościom.

Środki na realizację programu zostały zabezpieczone w Wieloletniej Prognozie Finansowej Gminy Miasto Marki w dziale 851, rozdziale 85149, §4300 w wysokości:

- na rok 2019 - 100.000,00 zł.,
- na rok 2020 - 100.000,00 zł.,
- na rok 2021 - 100.000,00 zł.

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

**BURMISTRZ**

*Jacek Drych*  
**Jacek Drych**