AKCEPTUJĘ
z upoważnienia Ministra Zdrowia

/dokument podpisany elektronicznie/

Katarzyna Kęcka

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”

na lata 2022–2026

Podstawa prawna: program polityki zdrowotnej opracowany, wdrożony, realizowany i finansowany na podstawie art. 48a ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Warszawa, 2026 r.

Ministerstwo Zdrowia

Spis treści

I. Streszczenie 3

Skrótowy opis celów ogólnych i szczegółowych programu 3

Określenie wysokości środków niezbędnych do realizacji programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji 4

Spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia Programu, w tym określenie głównych mierzalnych i niemierzalnych korzyści i kosztów ...5

II. Zdefiniowanie problemu 7

Opis problemu 7

Przyczyny istnienia problemu 10

Waga problemu dla społeczeństwa 11

Dotychczasowe próby rozwiązania problemu 12

Przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych 17

III. Uzasadnienie 18

Dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia 18

Zdefiniowanie potrzeby zdrowotnej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu 19

Efektywność ekonomiczna 19

Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń 21

IV. Opis programu 22

Plan działań – opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów 22

Źródła finansowania Programu 43

Szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej 43

Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów, w tym czasookres ich monitorowania. 46

V. Kosztorys 47

Sposób monitorowania i analizy celów ogólnych i szczegółowych programu ..50

VI. Kontynuacja działań podjętych w programie 50

I. Streszczenie

Skrótowy opis celów ogólnych i szczegółowych programu

Zgodnie z art. 48a ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach", minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", przyjęty na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2024 r. poz. 1829). Do programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 17 ustawy o świadczeniach, nie stosuje się przepisów ust. 1–16 tej ustawy.

Na mocy art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" Rada Ministrów została obowiązana do przyjęcia programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" w terminie do dnia 31 grudnia 2016 r. Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" został ustanowiony na mocy uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" (M.P. poz. 1250, z późn. zm.) i zmieniony uchwałą nr 189 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniającą uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" (M.P. z 2022 r. poz. 64). Opracowany na tej podstawie przez ministra właściwego do spraw zdrowia program polityki zdrowotnej ma zatem szczególny charakter, ponieważ jest przeznaczony wyłącznie wykonaniu ww. programu rządowego, w którym zostały określone jego podstawowe cele, założenia, finansowanie jak również zadania zmierzające do ich realizacji. Zarówno ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem", jak i uchwalony przez Radę Ministrów program, a przez to także – stanowiący ich wykonanie w zakresie zadań przewidzianych do realizacji przez ministra właściwego do spraw zdrowia – program polityki zdrowotnej, mają charakter priorytetowy. Celem głównym obu programów jest zapewnienie wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Głównym celem programu polityki zdrowotnej opracowanego, wdrożonego, realizowanego i finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia jest realizacja programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" w zakresie następujących działań wyszczególnionych w priorytecie II – Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny, ostatniego z ww. programów, którym jest „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny":

1) odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (pkt 2.2. załącznika nr 1 do uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem");
2) wczesna rehabilitacja dzieci (pkt 2.3. załącznika nr 1 uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem").

Program polityki zdrowotnej dotyczący kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", opracowany, wdrożony, realizowany i finansowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zwany dalej „Programem", w ramach ww. celów ogólnych określa następujące cele szczegółowe:

Ad 1. Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt

Celem tego zadania jest zapewnienie dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Ad 2. Wczesna rehabilitacja dzieci

Realizacja tego zadania jest ukierunkowana na zwiększenie efektywności i dostępności do rehabilitacji dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Określenie wysokości środków niezbędnych do realizacji programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji

Łączny planowany koszt realizacji Programu w latach 2022–2026 będzie wynosił – 17 116 334,97 zł. Są to środki publiczne budżetu państwa, które zostaną przeznaczone na:

1) zakup określonego w Programie:
   a) sprzętu stanowiącego wyposażenie banku mleka kobiecego,
   b) sprzętu rehabilitacyjnego dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dziecięcej opieki koordynowanej (DOK) zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), jak również podmiotów, które zapewniają świadczenia w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w ramach podwykonawstwa z podmiotem realizującym DOK;
2) działania wspierające rozwój współpracy banków mleka kobiecego z podmiotami leczniczymi, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności.

Spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia Programu, w tym określenie głównych mierzalnych i niemierzalnych korzyści i kosztów

Ustawa o świadczeniach w art. 48a ust. 17 stanowi, że minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu, zgodnie z przepisem art. 12 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem", programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", przyjętego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem". Program ten zatem wykazuje odrębność w zakresie opracowywania i finansowania w stosunku do pozostałych programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48a ustawy o świadczeniach.

W odniesieniu do efektów realizacji Programu polityki zdrowotnej służącego wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" w latach 2017–2025, w zakresie działania polegającego na zwiększeniu dostępu do żywienia mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, aktualnie na terenie kraju funkcjonuje 16 banków mleka kobiecego. Liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego, które powstały w ramach programu lub funkcjonujące, które korzystały z finansowania sprzętu stanowiącego wyposażenie banku mleka kobiecego, wynosi:

1) w 2017 r. – 46 dzieci;
2) w 2018 r. – 1551 dzieci;

3) w 2019 r. – 3301 dzieci;
4) w 2020 r. – 4035 dzieci;
5) w 2021 r. – 6492 dzieci;
6) w 2022 r. – 5390 dzieci;
7) w 2023 r. – 5241 dzieci;
8) w 2024 r. – 5480 dzieci;
9) w 2025 r. – 5464 dzieci.

Jednocześnie do 2025 r. banki mleka kobiecego korzystające z finansowania sprzętu nawiązały współpracę z 72 podmiotami leczniczymi, które wykorzystywały przekazane mleko kobiece w żywieniu dzieci.

Mając na uwadze powyższe, zaobserwowano znaczny wzrost liczby dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego, co świadczy o coraz większej świadomości kierujących podmiotami leczniczymi w zakresie korzyści z żywienia dzieci mlekiem z banku mleka kobiecego oraz poparcia środowiska medycznego dla wykorzystywania mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci.

W odniesieniu do wczesnej rehabilitacji dzieci, w ramach DOK realizowanej w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w ramach DOK - zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 178/2019/DSOZ z dnia 31 grudnia 2019 r., z późn. zm. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem". Poniżej liczba pacjentów objętych rehabilitacją w ramach DOK w latach 2017-2025:

1) w 2017 r. – z rehabilitacji skorzystało 20 dzieci;
2) w 2018 r. – z rehabilitacji skorzystało 555 dzieci;
3) w 2019 r. – z rehabilitacji skorzystało 188 dzieci;
4) w 2020 r. – z rehabilitacji skorzystało 214 dzieci;
5) w 2021 r. – z rehabilitacji skorzystało 187 dzieci;
6) w 2022 r. – z rehabilitacji skorzystało 179 dzieci;
7) w 2023 r. – z rehabilitacji skorzystało 179 dzieci;
8) w 2024 r. – z rehabilitacji skorzystało 153 dzieci;
9) w 2025 r. – z rehabilitacji skorzystało 134 dzieci.

Realizacja powyższego zadania miała miejsce w pierwszej edycji Programu w 2017 r. Jednocześnie, z uwagi na późne uruchomienia środków publicznych na realizację Programu (IV kwartał 2017 r.) z możliwości doposażenia w sprzęt rehabilitacyjny skorzystały tylko dwa podmioty. Wobec powyższego podjęto decyzję o jego kontynuacji i zapewnieniu możliwość skorzystania z doposażenia w sprzęt rehabilitacyjny również w roku 2022 i 2025.

Zgodnie z założeniami przyjętymi w Programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", należy spodziewać się:

1) kontynuacji zwiększenia dostępu do żywienia mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, które nie mogą być odżywiane mlekiem biologicznej matki, jak również promocji karmienia piersią;
2) dalszego zwiększenia efektywności i dostępności do rehabilitacji dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę, zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

II. Zdefiniowanie problemu

Opis problemu

Niepełnosprawność dzieci dotyka z każdym rokiem kolejne rodziny. Najczęstszą przyczynę niepełnosprawności, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, stanowią uszkodzenia i choroby narządu ruchu, układu krążenia oraz schorzenia neurologiczne. Relatywnie niższy, w zbiorowości osób niepełnosprawnych, jest udział procentowy osób z uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu, z chorobą psychiczną i upośledzeniem umysłowym. Jednak są to osoby o obniżonej sprawności w codziennym funkcjonowaniu, a zatem wymagające szczególnego wsparcia w edukacji, na rynku pracy i w życiu codziennym. W grupie osób niepełnosprawnych na wyszczególnienie zasługują dzieci, zwłaszcza te, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Grupa ta jest docelowym beneficjentem Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem".

Według Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia z 2019 r. 13% osób w Rzeczypospolitej Polskiej charakteryzowało się niepełnosprawnością, tj. wszystkie

osoby z niepełnosprawnością posiadające orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność (10%), jak i osoby, które nie miały orzeczenia o potwierdzającego niepełnosprawność, ale deklarowały występowanie poważnych ograniczeń w wykonywaniu zwykłych czynności (3%).

Na koniec 2019 r. odsetek dzieci z niepełnosprawnością w wieku poniżej 15 roku życia, według kryterium statystycznego, wyniósł ponad 4%. W grupie tej było mniej niż 1% dzieci z niepełnosprawnością potwierdzoną orzeczeniem.

Wady rozwojowe wrodzone oraz choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym są główną przyczyną zgonów niemowląt. Te pierwsze spowodowały w 2018 r. 567 zgony, czyli 38,0% ogółu zgonów niemowląt. Urodzenie dziecka z poważną wadą rozwojową lub zespołem wad często dramatycznie zaburza funkcjonowanie rodziny, tym bardziej, że osoby z poważnymi wadami rozwojowymi wymagają wieloletniej, wielokierunkowej i kosztownej opieki medycznej. Wiele zespołów wad należy do tak zwanych „rzadkich chorób", które stanowią szczególny problem.

Termin wrodzona wada rozwojowa obejmuje powstającą w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecną przy urodzeniu, wewnętrzną lub zewnętrzną nieprawidłowość morfologiczną. Termin ten jest stosowany niezależnie od etiologii wady, jej patogenezy, jak również momentu rozpoznania. Dotyczy to zatem także nieprawidłowości morfologicznych obecnych przy urodzeniu, nawet jeśli w tym okresie nie są one wykrywalne.

Zgodnie z danymi uzyskanymi z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych prowadzonego przez Katedrę i Zakład Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu częstość występowania w latach 2018–2021 (na 10 000 urodzeń) wrodzonych wad rozwojowych z podziałem na grupy wad obrazuje poniższa tabela.

Grupa wad	***2018-2021***	
	L. dzieci z WWR	***Częstość***
Q00-Q07 Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego	1063	7,33

Q10-Q18 Wrodzone wady rozwojowe oka, ucha, twarzy i szyi	734	5,06
Q20-Q28 Wrodzone wady rozwojowe układu sercowo-naczyniowego	8416	58,04
Q30-Q34 Wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego	227	1,57
Q35-Q37 Rozszczepy wargi i podniebienia	1314	9,06
Q38-Q45 Wrodzone wady rozwojowe przewodu pokarmowego	963	6,64
Q50-Q56 Wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych	2030	14,00
Q60-Q64 Wrodzone wady rozwojowe układu moczowego	2806	19,35
Q65-Q79 Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego	3702	25,53
Q80-Q85 Wrodzone wady rozwojowe powłok ciała	240	1,66
Q86-Q87 Inne zespoły wrodzonych wad rozwojowych (wady mnogie)	353	2,43
Q89 Inne lub niesklasyfikowane wrodzone wady rozwojowe	119	0,82
Q90-99 Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej	1854	12,79
Poza kategorią Q ICD 10	583	4,02

Źródło: Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych

Najczęstszymi wrodzonymi wadami rozwojowymi u dzieci urodzonych w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2018–2021 były: wady układu sercowo-naczyniowego (58,04/10 000 urodzeń), wady układu mięśniowo-szkieletowego (25,53/10 000 urodzeń) oraz wady układu moczowego (19,35/10 000 urodzeń).

Poza wrodzonymi wadami rozwojowymi, powstającymi w okresie życia

wewnątrzmacicznego, istotny wpływ na dalsze życie dziecka i jego rodziny mają również problemy zdrowotne powstałe w trakcie porodu, a także te związane z porodem przedwczesnym. Porodem przedwczesnym jest urodzenie dziecka między 22. a 37. tygodniem ciąży (tj. przed 259 dniem ciąży). Poród przed 32. tygodniem ciąży jest określany jako skrajne wcześniactwo. U noworodków urodzonych przed 32. tygodniem ciąży występuje wysokie ryzyko ciężkich i nieodwracalnych powikłań zdrowotnych wynikających z niedojrzałości narządowej przy urodzeniu. Wcześniactwo jest wywołane jednym bądź szeregiem zdarzeń patologicznych, które mają miejsce podczas ciąży. W Rzeczypospolitej Polskiej w 2023 r. noworodki o masie poniżej 1 kg stanowiły 0,42% wszystkich urodzeń żywych. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego[1)] liczba noworodków urodzonych przed ukończeniem 32. tygodnia ciąży z masą ciała 1500 g lub poniżej, w Rzeczypospolitej Polskiej w ostatnich latach nieznacznie wzrosła stanowi 1,2% wszystkich urodzeń żywych, a więc ok. 3300 dzieci rocznie.

Nie wszystkie ww. wady mają charakter ciężki i nieodwracalny, podobnie jak nie wszystkie z chorób powstałych w okresie prenatalnym lub w czasie porodu są nieuleczalne i zagrażają życiu. Jedynie pewien odsetek z nich może zostać w ten sposób scharakteryzowany. Powyższe dane obrazują generalną skalę problemu.

Przyczyny istnienia problemu

W etiologii wrodzonych wad rozwojowych wyróżnia się następujące czynniki:

1) czynniki genetyczne – aberracje chromosomowe, mutacje pojedynczych genów, uwarunkowania wielogenowe (trudne do jednoznacznego zróżnicowania z wadami o etiologii wieloczynnikowej);
2) czynniki środowiskowe (teratogeny) – biologiczne, fizyczne, chemiczne;
3) czynniki mieszane (genetyczno-środowiskowe).

Etiologia 60% poważnych wad rozwojowych pozostaje nieznana. W powstaniu 85% wrodzonych wad rozwojowych o poznanej etiologii czynniki genetyczne odgrywają istotną rolę. Poza wrodzonymi wadami rozwojowymi, powstającymi w okresie życia wewnątrzmacicznego, istotny wpływ na dalsze życie dziecka i jego rodziny mają również problemy zdrowotne powstałe w trakcie porodu, a także te związane z porodem przedwczesnym.

[1)] Baza Demograficzna Głównego Urzędu Statystycznego

Do czynników ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego zalicza się:

1) stwierdzenie w wyniku wywiadu wystąpienia porodu przedwczesnego lub poronienia po 16. tygodniu w poprzedniej ciąży lub ciążach;
2) ciążę wielopłodową;
3) przedwczesne skrócenie szyjki macicy;
4) przedwczesne odpływanie płynu owodniowego;
5) stwierdzenie łożyska przodującego;
6) choroby przewlekłe ogólnoustrojowe matki (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 1, choroby nerek, trombofilia, zespół antyfosfolipidowy).

W zależności od stopnia wcześniactwa zachodzi szereg nieprawidłowości, które ograniczają możliwości dziecka do życia bez pomocy współczesnej medycyny:

1) niedobór masy ciała;
2) niedobór wzrostu;
3) niedorozwój płuc (brak surfaktantu, uszkodzenie płuc, niewydolność oddechowa);
4) przedłużona żółtaczka noworodków (niedorozwój mechanizmów enzymatycznych wątroby);
5) retinopatia wcześniaków;
6) zaburzenia neurologiczne i rozwojowe (wskazana jest właściwa stymulacja dotykowa, m.in. przez karmienie piersią).

Waga problemu dla społeczeństwa

Urodzenie dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, często dramatycznie zaburza funkcjonowanie rodziny, tym bardziej, że osoby z poważnymi wadami rozwojowymi wymagają wieloletniej, wielokierunkowej i kosztownej opieki medycznej, a ich samodzielne funkcjonowanie w przyszłości jest niekiedy całkowicie wykluczone.

Współczesna medycyna pozwala na dokładne, wczesne i zarazem bezpieczne diagnozowanie stanu zdrowia płodu, w tym ewentualnych wad rozwojowych. Rozwój i postęp zachodzą nie tylko w diagnostyce prenatalnej, ale również w zakresie możliwości wdrożenia wewnątrzmacicznej terapii płodu czy też zastosowania

odpowiedniego leczenia bezpośrednio po urodzeniu dziecka. Wczesne wykrycie anomalii rozwojowych pozwala na lepsze przygotowanie się na przyjście dziecka, które z racji problemów zdrowotnych wymaga szczególnej opieki. Kwestia ta jest niezmiernie ważna nie tylko dla lekarza, który ma możliwość zaplanowania skutecznej formy leczenia, ale również dla rodziców dziecka.

Konieczność wdrożenia odpowiedniego postępowania medycznego ma miejsce nie tylko w przypadku nieprawidłowości powstałych w okresie prenatalnym, ale również tych, których powstanie miało miejsce w trakcie porodu, w tym m.in. związanych z porodem przedwczesnym. Zapobieżenie problemom zdrowotnym mogącym wynikać z wcześniactwa, w tym groźnym dla zdrowia i życia powikłaniom, jest celem postępowania wdrażanego w trakcie i tuż po porodzie, ale również dalszej zintegrowanej opieki rozwojowej. W związku z powyższym niezmiernie istotnym jest objęcie dziecka skoordynowaną opieką zdrowotną w możliwie najwcześniejszym okresie po urodzeniu i sukcesywne jej kontynuowanie (zwłaszcza w okresie do 3 roku życia).

Dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Ustawa o świadczeniach w art. 2 ust. 1 pkt 4 zapewnia prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w tej ustawie osobom posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:

1) posiadającym obywatelstwo polskie lub
2) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2025 r. poz. 1079, z późn. zm.) niezależnie od tego, czy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Analogicznie prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ww. ustawie mają również osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:

1) posiadające obywatelstwo polskie lub
2) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia

12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu regulują:

1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.);
2) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.);
3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.);
4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2026 r. poz. 1310);
5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 615);
6) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2026 r. poz. 1140).

Dostęp do diagnostyki prenatalnej, zarówno o charakterze nieinwazyjnym, jak i inwazyjnym zapewniają przede wszystkim przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

Standard organizacyjny opieki okołoporodowej przewiduje m.in. wykonanie badania ultrasonograficznego w następujących terminach: 11–14 tydzień ciąży, 18–22 tydzień ciąży oraz 27–32 tydzień ciąży, a także niezwłocznie po 40 tygodniu ciąży.

Natomiast zgodnie z programem badań prenatalnych określonym przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 767), każda kobieta, która jest w ciąży, może wykonać badania prenatalne bezpłatnie.

W celu ich wykonania potrzebne jest tylko skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę, które zawiera informację o zaawansowaniu ciąży.

Odpowiednia diagnostyka pozwala na dostosowanie opieki nad kobietą w ciąży, a następnie nad noworodkiem do indywidulanych potrzeb. W celu jej zapewnienia standard przewiduje, że kobieta w ciąży lub kobieta rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu.

Odpowiednia diagnostyka, w niektórych przypadkach, pozwala na podjęcie interwencji medycznej jeszcze w okresie prenatalnym. Zastosowanie diagnostyki i wewnątrzmacicznej terapii płodu jest jednym z głównych celów realizowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia programu polityki zdrowotnej pn.: „Program kompleksowej terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego – jako element poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków na lata 2018–2026".

W celu poprawy opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad nowo narodzonym dzieckiem, od 2016 r. funkcjonuje nowy rodzaj świadczeń – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), którą reguluje zarządzenie nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

KOC obejmujący zarówno świadczenia ambulatoryjne, jak i hospitalizację związaną z porodem. KOC stanowi alternatywę wobec dotychczasowej formy opieki, podzielonej pomiędzy poszczególne zakresy świadczeń, od podstawowej opieki zdrowotnej przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne, co często utrudnia zachowanie odpowiedniej dostępności i ciągłości świadczeń. Równolegle funkcjonuje dotychczasowy system opieki, wobec czego kobieta może zdecydować się na taki model opieki albo wybrać placówkę realizującą świadczenia w ramach opieki koordynowanej.

Mając na uwadze potrzebę otoczenia szczególną opieką kobiet w ciąży i ich rodzin, w tym przede wszystkim kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu) należy zapewnić im kompleksowe wsparcie i przyjęcie stosownych w tej mierze rozwiązań ustawowych. W tym celu została

uchwalona ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem", a następnie na jej podstawie przyjęty został program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". W związku z realizacją ww. programu poszerzona została opieka dla kobiet w ciąży patologicznej, z ciężkimi chorobami płodu. W grudniu 2016 r. została wprowadza koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III), której zasady są regulowane zarządzeniem nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem, w związku z przepisami ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem".

Wprowadzenie koordynacji opieki położniczo-ginekologicznej szpitalnej i ambulatoryjnej oraz opieki neonatologicznej szpitalnej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej miało przyczynić się do wzrostu dostępności i jakości świadczeń w opiece okołoporodowej. Szczególną pomoc medyczną (w zakresie diagnostyki i leczenia) finansowaną przez NFZ, powinny uzyskać kobiety w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, ciężkich chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego.

Opieka koordynowana KOC II/III obejmuje specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród i opiekę nad noworodkiem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację. Prowadzenie ciąży przez położną, przedporodowa i poporodowa opieka położnej są finansowane odrębnie. Opieka jest realizowana zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC II/III, opracowanym przez podmiot koordynujący KOC II/III.

W celu obniżenia umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu chorób wrodzonych oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych chorób jest realizowany Rządowy program badań przesiewowych noworodków na lata 2019–2026. Program umożliwia wykrycie 30 chorób wrodzonych przed wystąpieniem objawów klinicznych. Polega na wykonywaniu badań przesiewowych noworodków (w formie testów z próbki krwi pobranej z pięty) umożliwiających wczesne wykrycie i rozpoczęcie leczenia chorób i wad wrodzonych w pierwszych dobach życia dziecka, które nieleczone powodują trwałą niepełnosprawność umysłową lub fizyczną. Wykonywanie badań w dłuższej perspektywie czasowej

umożliwia obniżenie kosztów leczenia i opieki nad dziećmi z chorobami wrodzonymi, obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu wad metabolizmu oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych wad. Szacuje się, że obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej rodzi się około 350 dzieci rocznie z chorobami wrodzonymi. Stałe poszerzanie zakresu badań przesiewowych o kolejne choroby umożliwia ratowanie coraz większej liczby noworodków. Z programu może skorzystać każde dziecko urodzone w Rzeczypospolitej Polskiej.

Ponadto, w związku z realizacją programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem", wprowadzono również nowy zakres świadczeń kierowanych do dzieci, tj. DOK, którą reguluje zarządzenie nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. Celem wprowadzenia przedmiotowego zakresu świadczeń jest sfinansowanie zintegrowanej opieki neonatologicznej, wielospecjalistycznej opieki pediatrycznej – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami oraz programów rehabilitacyjnych dla dzieci nim objętych. Dziecięca opieka koordynowana jest skierowana do dzieci do ukończenia 3 roku życia, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te są przeznaczone także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (z ang. very low birth weight).

Celem świadczenia jest zapewnienie ww. grupie dzieci skoordynowanej opieki poszpitalnej obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne. Opieka jest realizowana w różnych podmiotach organizacyjnych, zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji DOK, opracowanym przez podmiot koordynujący DOK, którym jest poradnia neonatologiczna, będąca w strukturze organizacyjnej szpitala posiadającego oddział neonatologiczny (III poziom referencyjny). Jednocześnie, w związku z niewystarczającą w latach 2017–2021 liczbą podmiotów realizujących świadczenia w ramach DOK, zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 211/2021/DSOZ z 21 grudnia 2021 r., zostały zmodyfikowane zasady realizacji i rozliczania tych świadczeń w celu zwiększenia liczby podmiotów zainteresowanych realizacją DOK.

W bezpośrednim związku z opieką udzielaną w ww. trybie pozostają również świadczenia udzielane na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 oraz z 2023 r. poz. 1954). Przedmiotowe rozporządzenie określa m.in. świadczenia z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego.

Zapewnienie właściwej opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, zwłaszcza tym, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu) oraz noworodkiem urodzonym przedwcześnie o niskiej masie urodzeniowej, wiąże się również z odpowiednim żywieniem.

Mleko kobiece jest optymalnym pokarmem dla każdego dziecka – zdrowego i chorego, stąd też jako pierwszą alternatywę w przypadku braku dostępu do mleka biologicznej matki zaleca się pokarm pochodzący z banku mleka kobiecego, które dla grupy najmniejszych pacjentów ma znaczenie terapeutyczne.

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 11/2019/DSOZ z dnia 31 stycznia 2019 r. oraz nr 3/2019/DSOZ z dnia 14 stycznia 2019 r. wartość produktu rozliczeniowego dla KOC – zarówno w KOC I jak również KOC II/III żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki wynosi 184,95 punktów za każdy dzień żywienia dojelitowego wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4 tygodnia życia.

Przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych

Biorąc pod uwagę dotychczasowy sposób organizacji opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, a następnie dzieckiem do 3. roku życia, zwłaszcza zaś tych, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu) należy wskazać na rozproszenie podmiotów udzielających świadczeń oraz brak koordynacji pomiędzy nimi. Częściowym rozwiązaniem płynących stąd trudności było wprowadzenie dwóch nowych zakresów

świadczeń w związku z realizacją programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem", tj. scharakteryzowanych powyżej KOC II/III oraz DOK.

Odnosząc się do zapewnienia odpowiedniego żywienia w sytuacjach związanych z leczeniem noworodków z grup wysokiego ryzyka, w tym o znacznej niedojrzałości, w przypadku, gdy nie jest możliwe karmienie mlekiem pochodzącym od ich matki należy wskazać na niewystarczającą liczbę podmiotów wykorzystujących do żywienia tych noworodków mleko z banku mleka kobiecego.

III. Uzasadnienie

Dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia

Zgodnie z art. 48a ust. 17 ustawy o świadczeniach minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" przyjęty na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem". Opracowywany na podstawie przywołanego przepisu program ma zatem szczególny charakter, jest bowiem przeznaczony wyłącznie wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", określającego jego podstawowe cele i założenia, jak również zadania zmierzające do ich realizacji. Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" determinuje działania niezbędne do podjęcia w różnych obszarach, w tym m.in. w obszarze ochrony zdrowia oraz wysokość środków finansowych, jakie zostaną przeznaczone na ich realizację. Wśród działań, które zgodnie z ww. programem mają zostać zrealizowane w obszarze ochrony zdrowia i sfinansowane ze środków budżetu państwa, są następujące zadania uwzględnione w priorytecie II programu, którym jest „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny":

1) 2.2. Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu;
2) 2.3. Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Zdefiniowanie potrzeby zdrowotnej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu

Zasadniczą potrzebą zdrowotną, do której zaspokojenia ma przyczynić się program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" i która jest tym samym przedmiotem działań realizowanych w ramach Programu służącego jego wykonaniu, jest wczesne wsparcie dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu), a także – w odniesieniu do zadania obejmującego odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt urodzonych przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 37 tygodni lub z masą urodzeniową ≤2500 g, donoszonym w stanie ciężkim ze szczególnym uwzględnieniem tych, u których zdiagnozowano ciężkie lub nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu lub wymagającym żywienia enteralnego.

Najczęstsze przyczyny zgonów niemowląt to stany chorobowe powstałe w okresie okołoporodowym — 53% oraz wady rozwojowe wrodzone — ponad 36%. Z ogólnej liczby zmarłych w 2023 r. niemowląt (1,0 tys. dzieci poniżej 1 roku życia) ponad 50% dzieci zmarło w ciągu pierwszego tygodnia życia, a kolejne prawie 17% — przed ukończeniem pierwszego miesiąca[2)]. Urodzenie dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu), wiąże się z koniecznością zapewnienia mu wielokierunkowej zintegrowanej opieki zdrowotnej, dostosowanej do specyficznych indywidualnych potrzeb.

Efektywność ekonomiczna

Z każdym rokiem niepełnosprawność dotyka nowe rodziny, w tym takie, w których rodzą się dzieci, o zdiagnozowanych ciężkich i nieodwracalnych upośledzeniach albo nieuleczalnych chorobach zagrażających życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Stąd też konieczne jest podjęcie kompleksowych działań skierowanych na wczesne wspomaganie rozwoju ww. grupy dzieci, które zapewni

[2)] Baza Demograficzna Głównego Urzędu Statystycznego

im odpowiednią opieką zdrowotną dostosowaną do indywidualnych potrzeb, a w przyszłości umożliwi rzeczywistą i pełną integrację społeczną. Zgodnie z założeniami programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem", w ramach Programu przewiduje się wyposażenie w urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń mowy podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie DOK zawartą z NFZ, jak również podmiotów, które zapewniają świadczenia w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym w ramach podwykonawstwa z podmiotem realizującym DOK.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość zapewnienia żywienia mlekiem z banku mleka kobiecego, które nie zostało wykorzystane na potrzeby żywienia noworodków i niemowląt, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, również:

1) dzieciom urodzonym o czasie, w przypadku których karmienie mlekiem biologicznej matki jest przeciwwskazane ze względu na stosowaną przez nią farmakoterapię;
2) dzieciom, których matka zmarła po porodzie;
3) dzieciom przeznaczonym do adopcji;

przez dofinansowanie powstania banków mleka kobiecego w województwach, w których banki mleka kobiecego nie funkcjonują, jak również kontynuację możliwości dofinansowania sprzętu stanowiącego wyposażenie wszystkich funkcjonujących banków mleka kobiecego.

Niemniej dla zwiększenia dostępności do żywienia mlekiem kobiecym niepochodzącym od biologicznej matki istotną kwestią jest również podejmowanie działań wspierających współpracę banków mleka kobiecego z podmiotami leczniczymi, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej II poziom opieki perinatalnej oprócz opieki nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opieką nad niespodziewanie występującą patologią ciąży obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży. To właśnie współpraca tych oddziałów z

bankami mleka kobiecego powinna stać się nieodłącznym elementem systemu opieki nad matką i dzieckiem, z uwagi na fakt, że zajmują się głównie noworodkami wymagającymi długotrwałego leczenia, gdy często karmienie piersią przez biologiczną matkę jest utrudnione. Dla tych dzieci mleko z banku jest nie tylko pożywieniem, ale ma wartość leku, którego nie zawsze mogą otrzymać od własnej mamy.

Zapewnienie odpowiedniego odżywiania dzieciom, którym z różnych względów nie może zostać podane mleko biologicznej matki, ma działanie terapeutyczne, mogące prowadzić do zapobiegania pojawianiu się wielu schorzeń. Karmienie wcześniaków mlekiem kobiecym w znaczący sposób zmniejsza odsetek występowania zarówno martwiczego zapalenia jelit, jak i sepsy. Podawanie pokarmu kobiecego wpływa korzystnie na zmniejszenie ogólnej zachorowalności w tej grupie dzieci, poprawia tolerancję żywienia, zapobiega niedoborom żywieniowym i zaburzeniom neurorozwojowym. U wcześniaków karmionych mlekiem kobiecym obserwuje się także mniejszy odsetek ponownych hospitalizacji[3)]. Jedynie pokarm kobiecy posiada udowodnione znaczenie w zmniejszaniu ryzyka wystąpienia martwiczego zapalenia jelit o 50%, a martwiczego zapalenia jelit wymagającego leczenia chirurgicznego o 90%[4)].

Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń

Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", wykonaniu którego służy realizacja Programu polityki zdrowotnej został przyjęty uchwałą nr 189 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniającą uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". Stanowi on kontynuację Programu realizowanego w latach 2017–2021. na podstawie uchwały Rady Ministrów nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem".

[3)] Vohr BR., Poindexter BB., Dusick AM i wsp. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age, Pediatrics, 2006;118 :115–123.

[4)] Sulivan S., Schanler RJ,\.,Kim JH i wsp., An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products, J Pediatr; 2010;156:562–567.

IV. Opis programu

Program stanowi kontynuację działań, wynikających z uchwalenia na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". Program ten został uchwalony na mocy uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" zmienionej uchwałą nr 189 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniającą uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". Zgodnie z art. 48a ust. 17 ustawy o świadczeniach minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" przyjętego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem". Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" jest zatem bezpośrednio związany z programem kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", który jest dla niego dokumentem nadrzędnym, wyznaczającym cele, założenia i rodzaje działań niezbędnych do podjęcia.

Plan działań – opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów

Program obejmuje realizację następujących działań w następujących obszarach:

1) odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt;
2) wczesna rehabilitacja dzieci.

Ad.1. Zgodnie z założeniami programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" zapewnienie większej dostępności do odżywiania mlekiem kobiecym zostało zapoczątkowane w pierwszej edycji programu, kiedy zwiększeniu uległa liczba banków mleka kobiecego w Rzeczypospolitej Polskiej i została stworzona sieć banków mleka kobiecego.

Z uwagi na potrzebę rozwijania funkcjonujących banków mleka kobiecego i zgłaszane zapotrzebowanie na dalsze doposażenie w sprzęt do jego pozyskiwania, przetwarzania i przechowywania oraz mając na uwadze fakt, że nadal na mapie Rzeczypospolitej Polskiej znajdują się województwa, w których nie funkcjonują banki mleka kobiecego (woj. świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie) istnieje dalsza konieczność dofinansowania podmiotów leczniczych przygotowanych do utworzenia banków mleka kobiecego

w województwach, w których banki mleka kobiecego nie funkcjonują, jak również kontynuacja możliwości dofinansowania sprzętu stanowiącego wyposażenie wszystkich funkcjonujących banków mleka kobiecego. Racjonalne rozszerzenie sieci banków mleka kobiecego, pozwoli zabezpieczyć potrzeby zdrowotne wszystkich najmłodszych pacjentów w każdym województwie. Aktualnie sieć banków mleka kobiecego tworzy (16 banków), które zabezpieczają potrzeby zdrowotne najmniejszych, wymagających leczenia i hospitalizacji pacjentów. Kolejnym krokiem jest również dążenie do zwiększenia współpracy podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne na II i III poziomie referencyjności z funkcjonującymi bankami mleka kobiecego w celu zwiększenia dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt.

Ad.2. W ramach wczesnej rehabilitacji dzieci przewidziano natomiast wyposażenie ośrodków rehabilitacji dla dzieci udzielających świadczeń w zakresie DOK w urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń mowy. W ramach DOK jest finansowana zintegrowana opieka neonatologiczna, wielospecjalistyczna opieka pediatryczna oraz rehabilitacja, w miarę możliwości w jednym miejscu, aby ułatwić rodzicom korzystanie ze świadczeń. W celu zwiększenia efektywności i dostępności do rehabilitacji dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu nieodzowne jest wsparcie tych podmiotów w urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń mowy dzieci. W ramach programu polityki zdrowotnej służącemu wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" na lata 2017–2021 przewidziano dofinansowanie w zakresie działania – wczesna rehabilitacja dzieci (działanie 2.3) wyłącznie w 2017 r. W ramach tego zadania wydatkowano środki publiczne w wysokości: 60 313,97 zł. Jednocześnie, z uwagi na późne uruchomienia środków publicznych na realizację Programu (IV kwartał 2017 r.), z możliwości doposażenia w sprzęt rehabilitacyjny skorzystały tylko dwa podmioty. Wobec powyższego podjęto decyzje o jego kontynuacji i zapewnieniu możliwość skorzystania z doposażenia w sprzęt rehabilitacyjny również w roku 2022 i 2025.

Sposób realizacji zadań

Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt

Zwiększenie dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym hospitalizowanych noworodków i niemowląt, które nie mogą być odżywiane mlekiem biologicznej matki tj.:

1) urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 37 tygodni lub z masą urodzeniową ≤2500 g;

2) donoszonym w stanie ciężkim ze szczególnym uwzględnieniem tych, u których zdiagnozowano ciężkie lub nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu lub wymagającym żywienia enteralnego zostało zapewnione przez stworzenie sieci banków mleka kobiecego.

Dopuszcza się możliwość przekazania mleka z banku mleka kobiecego, które nie zostało wykorzystane dzieciom urodzonym o czasie z przeciwwskazaniami do karmienia mlekiem biologicznej matki ze względu na stosowaną u niej farmakoterapię, dzieciom, których matki zmarły po porodzie oraz dzieciom przeznaczonym do adopcji.

Aktualnie funkcjonuje w Rzeczypospolitej Polskiej 16 banków mleka kobiecego (woj. dolnośląskie – 1, woj. kujawsko-pomorskie – 1, woj. lubelskie – 1, woj. lubuskie – 1, woj. łódzkie – 1, woj. małopolskie – 1, woj. mazowieckie – 1, woj. opolskie – 1, woj. podlaskie – 1, woj. podkarpackie – 2, woj. pomorskie – 2, woj. śląskie – 1, woj. wielkopolskie – 1, woj. zachodniopomorskie – 1).

Program przewiduje zapewnienie finansowania wyposażenia w sprzęt niezbędny dla powstania banków mleka kobiecego w województwach, w których banki mleka kobiecego nie funkcjonują (woj. świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie), jak również kontynuację finansowania doposażenia w sprzęt, o którym mowa w Programie dla wszystkich funkcjonujących już banków mleka kobiecego.

Od 2018 r. liczba podmiotów leczniczych, do których banki mleka kobiecego przekazywały mleko stopniowo zwiększała się (2018 r. – 7 podmiotów, 2019 r. – 20 podmiotów, 2020 r. – 42 podmioty, 2021 r. – 44 podmioty, 2022 – 44 podmioty, 2023 – 61 podmioty, 2024 - 72 podmioty, 2025 – 74 podmioty) jednakże podmioty te stanowią

około 54,41%[5)] wszystkich potencjalnych odbiorców mleka kobiecego. Niezbędne jest zatem promowanie idei żywienia noworodków mlekiem pochodzącym z banku mleka kobiecego, pozyskanie przychylności i poparcia środowiska medycznego dla wykorzystywania mleka kobiecego w żywieniu wcześniaków dla zwiększenia współpracy z bankami mleka kobiecego i zapewnienia dostępności do mleka kobiecego większej liczbie dzieci.

Realizatorami zadania pn. odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt będą:

1) podmioty lecznicze współpracujące z bankami mleka kobiecego;
2) banki mleka kobiecego;
3) podmioty lecznicze przygotowane do utworzenia banków mleka kobiecego w woj. świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim.

Ad. 1 Podmioty lecznicze współpracujące z bankami mleka kobiecego

Realizatorami zadania pn. odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt są również podmioty lecznicze, które:

1) posiadają zawartą z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:
    a) leczenie szpitalne w zakresie neonatologia – II lub III poziom referencyjny

lub

    b) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - koordynowana opieka nad kobietą w ciąży KOC II/III,

    które nie skorzystały z dofinansowania w ramach Programu w latach 2023 i 2024;
2) współpracują z bankami mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka kobiecego;
3) przedstawią pisemne uzasadnienie celowości zakupu w tym informacje o:
    a) aktualnie posiadanym sprzęcie do pozyskiwania i przechowywania mleka kobiecego,

[5)] Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie neonatologii (II poziom referencyjny – 82, III poziom referencyjny – 54) – źródło NFZ z dnia 20.01.2025 r.

b) zapotrzebowaniu na sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania z wyszczególnieniem jego liczby i rodzaju,
c) umowie z podmiotem leczniczym, w którym funkcjonuje bank mleka kobiecego w zakresie udostępniania biorcom mleka z banku mleka kobiecego.

Podmioty lecznicze, które spełnią powyższe warunki będą mogły ubiegać się o finansowanie następującego sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania:

1) laktatory elektryczne przeznaczone do użytku szpitalnego;
2) lodówki do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury;
3) termotorby;
4) przenośne lodówki,
5) boksy termiczne.

Sprzęt ten jest niezbędny do stymulacji i utrzymania laktacji u matek dzieci przedwcześnie urodzonych oraz jego dostępność w podmiocie leczniczym zwiększy prawdopodobieństwo karmienia piersią dzieci po okresie hospitalizacji, w czasie której były żywione mlekiem z banku mleka kobiecego.

Na szczególną rolę żywienia wcześniaków mlekiem kobiecym wskazuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, którego przepisy zalecają, aby noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, podawać mleko z banku mleka kobiecego, zgodnie z aktualnymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Równolegle rekomenduje prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka.

Ad. 2 Bank mleka kobiecego

Realizatorami zadania pn. odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt są również banki mleka kobiecego prowadzone przez podmiot leczniczy w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późn. zm.) prowadzący szpital, w strukturze którego funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności, który posiada komórkę

organizacyjną/jednostkę organizacyjną – bank mleka kobiecego w tej samej lokalizacji co ww. oddział oraz:

1) posiadający zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w rodzaju:
   a) leczenie szpitalne w zakresie neonatologia – II lub III poziom referencyjny lub
   b) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży KOC II/III;
2) zapewniający minimalne wymagania lokalowe określone w Programie, niezbędne do prowadzenia banku mleka kobiecego;
3) zapewnianiający odpowiedni personel fachowy do realizacji wszystkich etapów postępowania z mlekiem kobiecym, począwszy od kwalifikacji dawczyń, po udostępnienie mleka biorcom, w szczególności:
   a) pracownika laboratoryjnego zatrudnionego w podmiocie leczniczym w którym funkcjonuje bank mleka kobiecego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w zakresie obiegu mleka od dawczyni do biorcy oraz procesu pasteryzacji i badania mleka kobiecego,
   b) osoby odpowiedzialne za przeprowadzanie w banku mleka kobiecego kwalifikacji dawczyń (lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, położne),
   c) osoby odpowiedzialne za koordynację współpracy z oddziałem neonatologii o II lub III stopniu referencyjności funkcjonującym w strukturze tego szpitala oraz w strukturze innych pomiotów leczniczych prowadzących szpital w zakresie udostępniania im na podstawie odrębnych stosunków cywilnoprawnych (umów) mleka z banku mleka kobiecego,
   d) osobę odpowiedzialną za kierowanie bankiem mleka kobiecego;
4) zapewniający realizację wszystkich określonych w Programie etapów postępowania z mlekiem kobiecym od kwalifikacji dawczyni po udostępnienie mleka biorcy w tym dotyczące:
   a) przeprowadzenia kwalifikacji dawczyni,
   b) pobrania przez dawczynię lub odciągnięcie mleka,

c) przechowywania pobranego mleka w warunkach chłodniczych (również w trakcie ewentualnego transportu do podmiotu leczniczego) albo zamrożenie (również w trakcie ewentualnego transportu do podmiotu leczniczego),
d) odmrożenia w celu łączenia przygotowania partii mleka,
e) pobrania próbki do badań z danej partii mleka,
f) rozlania do butelek docelowych do pasteryzacji,
g) pasteryzacji,
h) ponownego zamrożenia,
i) ponownego rozmrożenia,
j) rozdzielenia na porcje przeznaczone dla biorcy zgodnie z jego indywidualnym zapotrzebowaniem,
k) udostępnienia biorcy (w tym również zwrócenia uwagi na odpowiednie warunki transportu do innego podmiotu leczniczego).

Bank mleka kobiecego ponosi odpowiedzialność za dzielenie się mlekiem i powinien być gwarantem bezpieczeństwa dla biorcy.
Dawczyni mleka kobiecego musi przejść procedurę kwalifikacji, a mleko od niej pobrane musi zostać poddane badaniom mikrobiologicznym i nie może zawierać niebezpiecznych metabolitów, leków, narkotyków, czy też innych substancji psychoaktywnych.

Bank mleka kobiecego zapewnia możliwość kwalifikacji do przyjęcia, przyjmowania, przetwarzania (w tym badania), przechowywania i udostępniania (w tym dystrybucji do innego podmiotu leczniczego) mleka kobiecego. Bank mleka kobiecego posiada system zapewnienia jakości obejmujący wewnętrzne standardowe procedury operacyjne opisujące wszystkie czynności realizowane na poszczególnych etapach postępowania z mlekiem kobiecym, począwszy od kwalifikacji dawczyni po udostępnienie mleka biorcy. Standardowe procedury operacyjne są opracowywane przez bank mleka kobiecego na podstawie zaleceń i wytycznych polskich i światowych organizacji i towarzystw naukowych. Schemat obiegu mleka od dawczyni do biorcy stanowi dokument specyficzny dla każdego banku mleka kobiecego i musi być dostosowany do możliwości lokalowo-organizacyjnych podmiotu leczniczego, w

strukturze którego ten bank funkcjonuje. Przed podaniem biorcy mleka z banku mleka kobiecego jest konieczne:

1) przeprowadzenie kwalifikacji dawczyni;
2) pobranie przez dawczynię lub odciągnięcie mleka;
3) przechowywanie pobranego mleka w warunkach chłodniczych (również w trakcie ewentualnego transportu do podmiotu leczniczego) albo zamrożenie (również w trakcie ewentualnego transportu do podmiotu leczniczego);
4) odmrożenie w celu łączenia przygotowania partii mleka;
5) pobranie próbki do badań z danej partii mleka;
6) rozlanie do butelek docelowych do pasteryzacji;
7) pasteryzacja;
8) ponowne zamrożenie;
9) ponowne rozmrożenie;
10) rozdzielenie na porcje przeznaczone dla biorcy zgodnie z jego indywidualnym zapotrzebowaniem;
11) udostępnienie biorcy (w tym również zapewnienie transportu w odpowiednich warunkach do innego podmiotu leczniczego)[6)].

Kwalifikacja dawczyni:

Dawczynią mleka kobiecego może zostać zdrowa kobieta w okresie laktacji, prowadząca tryb życia wolny od zachowań ryzykownych mogących przyczynić się do przenoszenia zakażeń, a także pojawienia się substancji szkodliwych w mleku kobiecym, u której produkcja mleka jest większa niż bieżące potrzeby żywieniowe biologicznego dziecka. Dawczynią może zostać zarówno kobieta hospitalizowana jeszcze po porodzie w podmiocie leczniczym, w strukturze którego funkcjonuje bank mleka kobiecego, jak i kobieta, która urodziła dziecko w innym podmiocie leczniczym i przebywa w tym podmiocie lub poza nim.

Przyjęcie mleka do banku mleka kobiecego wymaga spełnienia przez kobietę określonych kryteriów, obejmujących:

1) ukończenie 18 roku życia;

[6)] Monografia, będąca efektem prac Zespołu do spraw funkcjonowania laktariów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – powołanego zarządzeniem nr 71 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 12 marca 2014 r.

2) karmienie piersią biologicznego dziecka;
3) świadome wyrażenie pisemnej zgody na przekazanie nadmiaru mleka do banku mleka kobiecego poprzedzonej uzyskaniem szczegółowych informacji na temat zasad postępowania przy odciąganiu mleka, zaleceń dotyczących jego przechowywania (w tym również w trakcie transportu) oraz wymaganych zachowań zdrowotnych niezbędnych do zachowania możliwości przekazywania mleka do banku mleka kobiecego;
4) potwierdzone oświadczeniem zapoznanie się i przestrzeganie instrukcji postępowania ze sprzętem laktacyjnym, zasadami pobierania i przechowywania mleka, a także z zasadami zdrowego stylu życia koniecznymi do zachowania w przypadku karmienia piersią;
5) pozytywną weryfikację pod względem stanu zdrowia i prowadzonego stylu życia, potwierdzoną w przeprowadzonym w banku mleka kobiecego wywiadzie medycznym (ukierunkowanym w szczególności na identyfikację narażenia na substancje toksyczne i psychoaktywne, zachowanie odpowiedniej diety, przebyte choroby, zabiegi medyczne, przyjmowane leki) oraz aktualnymi wynikami przeprowadzonych badań serologicznych w kierunku zakażenia: kiłą, HIV, HBV, HCV, CMV (z uwzględnieniem okienka serologicznego i okienka diagnostycznego).

Kryteria bezwzględnie wykluczające możliwość przyjęcia od kobiety mleka do banku mleka kobiecego to:

1) pozytywny wyniki badań serologicznych w kierunku zakażenia: kiłą, HIV, HBV, HCV, CMV;
2) stwierdzone w wywiadzie medycznym lub potwierdzone badaniami:
   a) narażenie na substancje toksyczne i psychoaktywne wynikające ze spożywania alkoholu, palenia tytoniu, przyjmowania narkotyków, dopalaczy oraz stosowania innych środków odurzających i środków psychoaktywnych,
   b) przebyte choroby wykluczające bezpieczne karmienie piersią (gruźlica, choroby weneryczne) lub zachowania ryzykowne pod względem zachorowania na infekcje przenoszone drogą płciową,
   c) przebyte transplantacje narządów,
   d) stosowanie leków cytotoksycznych, chemioterapeutyków, radioizotopów, immunosupresantów.

Kryteria czasowego wykluczenia możliwości przyjęcia od kobiety mleka do banku mleka kobiecego to:

1) aktywna choroba infekcyjna – wykluczenie do czasu zakończeniu leczenia i ustąpienia objawów choroby;
2) okazjonalne spożycie alkoholu – wykluczenie przez 24 godziny od spożycia (podobnie jak to jest wskazane w sytuacji karmienia własnego dziecka);
3) przebyta transfuzja krwi – do upływu 12 miesięcy od dnia transfuzji.

Kandydatka na dawczynię nie ponosi żadnych kosztów związanych z procedurą kwalifikacji[7)].

Przy rekrutacji dawczyni jest wykonywane badanie mikrobiologiczne mleka oraz analiza jego składu i powtarza się je co 3 miesiące w celu potwierdzenia utrzymania wysokiego standardu higieny. Mleko jest poddawane badaniom mikrobiologicznym oraz analizie składu, pod kątem zawartości białka, tłuszczu i laktozy oraz kaloryczności.

Pobranie i przyjęcie mleka do banku mleka kobiecego

Po zakwalifikowaniu kobiety jako dawczyni bank mleka kobiecego przyjmuje pobrane lub odciągnięte przez kobietę w banku lub dostarczone do niego mleko dokonując odpowiedniej jego identyfikacji (oznaczenia). Oddanie mleka do banku mleka kobiecego jest dobrowolne i nieodpłatne.

Mleko oddane do banku mleka powinno być pobrane zgodnie z zasadami, które dotyczą higieny postępowania ze sprzętem laktacyjnym i akcesoriami (zarówno, jeżeli stanowią własność banku mleka kobiecego, jak i dawczyni) używanymi do odciągania mleka dla własnego dziecka. Sprzęt do pobierania mleka powinien być użytkowany zgodnie z zaleceniami producenta, ze szczególnym uwzględnieniem zasad sterylizacji w przypadku sprzętu ogólnego użytku i dezynfekcji laktatorów osobistych.

Mleko kobiece przyjęte do banku jest znakowane za pomocą kodu kreskowego w sposób umożliwiający identyfikację dawczyni i mleka (imię i nazwisko dawczyni, nr PESEL, stan zdrowia, objętość porcji mleka, data i godzina przyjęcia do banku/odciągnięcia mleka) oraz śledzenie obiegu mleka od dawczyni do biorcy. W dalszej kolejności oznakowanie powinno zostać uzupełnione również o informacje

[7)] Monografia, będąca efektem prac Zespołu do spraw funkcjonowania laktariów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – powołanego zarządzeniem nr 71 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 12 marca 2014 r.

na temat zawartości podstawowych składników odżywczych mleka. Oznakowanie identyfikujące porcje mleka znajduje się na każdej butelce przekazanej do banku, w dokumentacji potwierdzającej badanie i pasteryzację mleka, a także w indywidualnej karcie karmienia biorcy. Sposób znakowania i szczegółowe postępowanie w tym zakresie stanowi element systemu zapewnienia jakości i podobnie jak pozostałe etapy postępowania z mlekiem w banku mleka kobiecego wymaga opracowania stosownej procedury operacyjnej.

Przechowywanie w warunkach chłodniczych

Po przyjęciu mleka do banku mleka kobiecego następuje pobranie jego próbki do badania mikrobiologicznego. W celu zapewnienia bezpieczeństwa biorcy mleko przyjęte do banku mleka kobiecego jest zawsze badane w kierunku obecności mikroorganizmów. Szczególnie ważne jest wykluczenie obecności w mleku bakterii potencjalnie patogennych oraz świadczących o niezachowaniu zasad higieny podczas odciągania mleka. Wśród bakterii potencjalnie patogennych szczególną uwagą zwraca się na mikroorganizmy mogące przetrwać proces pasteryzacji. Kryteria oceny jakości mikrobiologicznej mleka kobiecego powinny obejmować ogólną liczbę bakterii tlenowych mezofilnych, liczbę koagulazododatnich gronkowców (Staphylococcus aureus) oraz bakterie z grupy coli.

Przyjęte do banku mleka kobiecego mleko jest przechowywane w warunkach chłodniczych w temperaturze 4°C (przy stałej kontroli temperatury) przez okres od 24 godz. do 48 godz.[8)].

Pierwsze zamrożenie i magazynowanie

Odebrane i krótko przechowywane w warunkach chłodniczych mleko kobiece w celu dalszego jego magazynowania wymaga zamrożenia do temperatury od -18°C do -20°C. W takich warunkach może być ono przechowywane do 3 miesięcy.

Pierwsze rozmrożenie

[8)] Monografia, będąca efektem prac Zespołu do spraw funkcjonowania laktariów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – powołanego zarządzeniem nr 71 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 12 marca 2014 r.

Przed upływem 3 miesięcy od pierwszego zamrożenia mleko musi zostać rozmrożone. Rozmrażanie odbywa się za pomocą termoobiegu w temperaturze 37°C i trwa 40 min. Dopuszczalnym sposobem rozmrażania byłoby użycie bieżącej wody w miejsce termoobiegu, co – biorąc pod uwagę wpływ na zawartości składników odżywczych i immunologicznych (IgA, laktoferyna) oraz czystość mikrobiologiczną – nie różni się znacząco od zastosowania kontrolowanego przepływu powietrza. Jednakże za użyciem sprzętu zapewniającego kontrolowany przepływ powietrza o znanej temperaturze przemawia pewne ryzyko zanieczyszczenia przetwarzanego mleka wodą oraz jej zmienna temperatura.

Pasteryzacja

W celu zminimalizowania ryzyka zakażenia biorcy mleko jest poddawane procesowi pasteryzacji. Najpopularniejszym sposobem utrwalania mleka jest metoda termiczna, przeprowadzana wg metody termicznej Holdera. Zakłada ona szybkie podgrzanie mleka do temperatury 62,5˚C, inkubację przez 30 minut, a następnie szybkie schłodzenie mleka do temperatury 2-4˚C. Badania wykazały, że te warunki są skuteczne dla uzyskania odpowiedniej czystości mikrobiologicznej mleka, gwarantując eliminację wirusów, które mogą być przekazane biorcy przez mleko kobiece. Pasteryzacja jest prowadzona w urządzeniach do tego przeznaczonych, umożliwiających kontrolę czasu i temperatury procesu oraz jego dokumentację.

Przeprowadzenie ponownych badań mikrobiologicznych i ponowne zamrożenie

Badanie mikrobiologiczne po pasteryzacji powinno być wykonywane okresowo (raz na miesiąc lub co 10 cykl). Jeśli w jednym cyklu pasteryzowane jest mleko od kilku dawczyń powinna być wykonana analiza mikrobiologiczna mleka każdej z dawczyń, której mleko jest pasteryzowane w danym cyklu. Poddane pasteryzacji mleko jest chłodzone w temperaturze poniżej 5˚C przez 35–45 min., a następnie – w przypadku uzyskania prawidłowego wyniku badań mikrobiologicznych – ponownie mrożone i magazynowane w stanie zamrożenia albo przekazane zgodnie z zapotrzebowaniem w celu udostępnienia biorcy.

Wymagania mikrobiologiczne dla mleka kobiecego przyjmowanego do banku mleka kobiecego oraz po procesie pasteryzacji:

Kryterium oceny	Maksymalna dopuszczalna liczba bakterii w surowym mleku (jtk/ml)	Maksymalna dopuszczalna liczba bakterii w mleku po procesie pasteryzacji (jtk/ml)
Ogólna liczba bakterii	$< 10^5$	<10*
Liczba gronkowców koagulazododatnich	$< 10^4$	Nieobecne w 1 ml
Liczba bakterii z grupy coli	$< 10^3$	Nieobecne w 1 ml

* - termoodporne enterokokki

Ponowne rozmrożenie i podział na porcje

Zamrożone po pasteryzacji mleko w przypadku jego udostępniania pacjentowi przebywającemu w szpitalu, w strukturze którego znajduje się bank, jest rozmrażane (tak jak poprzednio w temperaturze 37˚C przez ok. 40 min.), dzielone na porcje zgodnie z indywidualnym zapotrzebowaniem biorcy, a następnie udostępniane oddziałowi neonatologii o II lub III stopniu referencyjności.

W przypadku konieczności transportu mleka do innego szpitala, transport ten odbywa się w temperaturze –18˚C. Konieczne w tym przypadku jest zachowanie odpowiednich warunków transportu, zapewniających jakość i bezpieczeństwo transportowanych porcji mleka nie tylko przez zachowanie ww. temperatury, ale również właściwe zapakowanie oraz oznakowanie w sposób umożliwiający monitorowanie przekazanych porcji mleka.

W szpitalu, który odebrał przekazane z banku mleko, jest ono rozmrażane w sposób wskazany powyżej i udostępniane biorcy zgodnie z zapotrzebowaniem. Dopiero na tym etapie, tj. po kolejnym rozmrożeniu, mleko jest rozdzielane na porcje do karmienia dziecka zgodnie z jego indywidualnym zapotrzebowaniem.

Udostępnianie biorcy

Udostępnianie mleka z banku mleka kobiecego odbywa się wyłącznie w ramach hospitalizacji i hospitalizacji planowej. Mleko z banku mleka kobiecego jest podawane biorcy przebywającemu na oddziale neonatologicznym o II lub III stopniu referencyjności wyłącznie na zlecenie lekarza. Zgodę na podanie dziecku mleka z banku mleka kobiecego muszą wyrazić jego rodzice lub przedstawiciele ustawowi. Udostępnianie mleka z banku mleka kobiecego jest nieodpłatne.

Bank mleka kobiecego zapewnia również możliwość przekazywania przechowywanego w nim mleka innym podmiotom leczniczym niż podmiot leczniczy, w strukturze którego funkcjonuje ten bank. Przekazywanie odbywa się na podstawie umów zawartych między ww. podmiotami, zgodnie z określonymi w nich zasadami współpracy. Przekazanie mleka innemu podmiotowi leczniczemu jest co do zasady nieodpłatne, z zastrzeżeniem możliwości dokonania refundacji kosztów (w tym jego pozyskania, przetwarzania i przekazania). Nie jest dopuszczalne pobieranie z tego tytułu pożytków przekraczających koszty realizacji czynności wynikających z realizacji umowy. Umowa dotycząca współpracy w zakresie udostępniania mleka kobiecego powinna określać w szczególności wysokość refundacji kosztów pozyskania mleka kobiecego, warunki i zasady transportu przekazywanego mleka kobiecego oraz podmiot odpowiedzialny za ich zachowanie, zasady i warunki odbioru mleka przez podmiot leczniczy przyjmujący oraz wymogi w zakresie odpowiedniego dalszego postępowania przez ten podmiot leczniczy z dostarczonym mlekiem kobiecym w celu zapewnienia jego bezpieczeństwa oraz bezpieczeństwa biorców. Jednym z warunków umowy powinno być również wyznaczenie przez podmiot leczniczy współpracujący z bankiem mleka kobiecego osoby odpowiedzialnej w nim za tę współpracę.

Wymagania lokalowo-sprzętowe banku mleka kobiecego

W celu zapewnienia optymalnej działalności banku konieczne jest przeznaczenie na jego potrzeby co najmniej następujących pomieszczeń:

1) biurowo-administracyjnego;
2) pokoju laktacyjnego;
3) laboratorium.

Pomieszczenie biurowo-administracyjne:

Pomieszczenie biurowo-administracyjne jest przeznaczone do przechowywania dokumentacji związanej z funkcjonowaniem banku mleka kobiecego oraz prowadzenia bieżących prac administracyjnych. Może również służyć do prowadzenia wywiadu medycznego z kandydatkami na dawczynie mleka kobiecego.

Pokój laktacyjny:

Pokój laktacyjny stanowi wyodrębnione pomieszczenie przeznaczone dla dawczyń mleka kobiecego. Jest to pomieszczenie przeznaczone zarówno dla dawczyń, których dzieci są aktualnie hospitalizowane w oddziale podmiotu leczniczego, w strukturze którego funkcjonuje bank mleka kobiecego, jak i dla dawczyń spoza tego szpitala, w którym mogą one odciągnąć pokarm w celu oddania go do banku. Pokój laktacyjny stanowi jednocześnie punkt odbioru mleka od matek dzieci hospitalizowanych w szpitalu (pobranego przez nie w warunkach domowych i dostarczonego do banku).

Minimalne wyposażenie pokoju laktacyjnego obejmuje:

1) laktatory elektryczne przeznaczone do użytku szpitalnego;
2) zlew dwukomorowy z blatem roboczym (do mycia akcesoriów laktacyjnych);
3) suszarkę do naczyń lub ociekacz ścienny;
4) lodówkę do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających stałą kontrolę temperatury, do czasu przekazania go do laboratorium.

W pokoju laktacyjnym jest także zapewnione wygodne miejsce do karmienia dziecka piersią i odciągania mleka (fotel, kanapa).

<u>Laboratorium banku mleka kobiecego:</u>

Laboratorium banku mleka kobiecego jest pomieszczeniem, w którym przetwarza się, w tym testuje, oraz przechowuje otrzymane od dawczyń mleko kobiece. W każdym laboratorium banku mleka kobiecego powinien obowiązywać schemat technologiczny obejmujący zakres czynności wykonywanych w banku w zależności od warunków lokalowo-sprzętowych.

Czynności wykonywane w laboratorium obejmują:

1) pobranie próbki mleka do badania mikrobiologicznego;
2) przechowywanie porcji mleka kobiecego otrzymanych od dawczyń do czasu pasteryzacji w szafach mroźnych (-20°C) ze stałym monitoringiem temperatury;
3) rozmrażanie mleka przed pasteryzacją i łączenie porcji otrzymanych od dawczyń;
4) pobranie próbki do analizy składu mleka i wykonanie badania;
5) porcjowanie mleka kobiecego przed procesem pasteryzacji do jednokrotnego lub wielokrotnego użytku butelek używanych do pasteryzacji; oznaczanie butelek oznakowaniem niezbędnym do rejestracji obiegu mleka kobiecego w banku;
6) pasteryzację mleka kobiecego;

7) przechowywanie mleka po pasteryzacji w szafach mroźnych (-20°C) ze stałą kontrolą temperatury;
8) mycie szkła laboratoryjnego i pojemników wielokrotnego użytku i przygotowanie do procesu sterylizacji lub utylizację sprzętu jednorazowego użytku.

W skład wyposażenia laboratorium banku mleka kobiecego wchodzą:

1) pasteryzator mleka kobiecego z systemem rejestracji temperatury przez cały cykl;
2) wózek transportowy;
3) loża/komora laminarna z lampą UV umożliwiająca porcjowanie mleka w warunkach aseptycznych;
4) analizator składu mleka wraz z sonikatorem, umożlwiający analizę składu mleka kobiecego metodą spektroskopii w paśmie podczerwieni;
5) chłodziarko-zamrażarki laboratoryjne i szafy mroźne z czujnikiem temperatury przeznaczone do przechowywania i schładzania preparatów laboratoryjnych;
6) zamrażarka szokowa;
7) podgrzewacz do butelek lub strzykawek, przeznaczony do podgrzewania prób w suchej atmosferze przy zachowaniu wymaganych reżimów temperaturowych;
8) stanowisko porcjowania pokarmu i badania składu;
9) stanowisko do zmywania kolb i butelek;
10) system do znakowania próbek;
11) zmywarka z funkcją wyparzania.

Pomieszczenie laboratoryjne, ze względu na prowadzony w nim proces pasteryzacji, powinno posiadać wydajną klimatyzację z uwagi na rekomendowane utrzymanie stałej temperatury pracy pasteryzatora na poziomie 25˚C (co w przypadku braku klimatyzacji może być utrudnione z uwagi na dużą ilość ciepła wytwarzanego w wyniku pracy sprzętu chłodniczego). Pasteryzator wymaga podłączania do sieci, wody oraz spustu wody po zakończonym procesie, oraz do komputera, który może być oddalony od urządzenia. W ramach laboratorium banku mleka kobiecego jest konieczne rozdzielenie przestrzenne przechowywania pokarmu w kolejnych etapach jego obróbki, odrębnego przechowywania wymaga mleko kobiece przed pasteryzacją oczekujące na badania serologiczne dawczyń oraz mleko po pasteryzacji. Optymalnym rozwiązaniem jest w tym zakresie przechowywanie w osobnych zamrażarkach, rozwiązaniem minimalnym – w osobnych szufladach tej samej zamrażarki.

Konieczne jest również stworzenie możliwości pracy z mlekiem po pasteryzacji w warunkach aseptycznych (laminar).

Konieczne jest zapewnienie nieprzerwanego źródła zasilania w szczególności dla urządzeń zapewniających utrzymanie temperatury, jak i jakości mleka kobiecego, stąd też niezbędne jest zabezpieczenie rezerwowego źródła zaopatrzenia w energię elektryczną.

Wymagania w zakresie fachowego personelu:

Prowadzenie banku mleka kobiecego wymaga zapewnienia odpowiedniego personelu fachowego, zapewniającego możliwość realizacji wszystkich etapów postępowania z mlekiem kobiecym, począwszy od kwalifikacji dawczyń, po udostępnienie mleka biorcom, w szczególności:

1) pracownika laboratoryjnego zatrudnionego w podmiocie leczniczym, w którym funkcjonuje bank mleka kobiecego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w zakresie obiegu mleka od dawczyni do biorcy oraz procesu pasteryzacji i badania mleka kobiecego;
2) osoby odpowiedzialne za przeprowadzanie w banku mleka kobiecego kwalifikacji dawczyń (lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, położne);
3) osób odpowiedzialnych za koordynację współpracy z oddziałem neonatologii o II lub III stopniu referencyjności funkcjonującym w strukturze tego szpitala oraz w strukturze innych pomiotów leczniczych prowadzących szpital w zakresie udostępniania im na podstawie odrębnych stosunków cywilnoprawnych (umów) mleka z banku mleka kobiecego;
4) osoby odpowiedzialnej za kierowanie bankiem mleka kobiecego.

Wymagania w zakresie sprzętu, stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego

Program przewiduje możliwość dofinansowania doposażenia w sprzęt podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje bank mleka kobiecego. Program przewiduje możliwość finansowania następującego sprzętu:

1) do pokoju laktacyjnego:

a) laktatorów elektrycznych przeznaczonych do użytku szpitalnego,
b) lodówki do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury;

2) do laboratorium:
a) pasteryzatora mleka kobiecego z systemem rejestracji temperatury przez cały cykl,
b) wózka transportowego,
c) loży/komory laminarnej,
d) analizatora składu mleka wraz sonikatorem,
e) chłodziarko-zamrażarek laboratoryjnych i szaf mroźnych z czujnikiem temperatury przeznaczone do przechowywania i schładzania preparatów laboratoryjnych,
f) zamrażarki szokowej,
g) podgrzewacza do butelek lub strzykawek przeznaczonego do podgrzewania prób w suchej atmosferze przy zachowaniu wymaganych reżimów temperaturowych,
h) systemu do znakowania próbek,
i) zmywarki z funkcją wyparzania.

Ad. 3. Podmioty lecznicze przygotowane do utworzenia banków mleka kobiecego w woj. świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim

Program przewiduje możliwość dofinansowania zakupu sprzętu, stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego dla podmiotów leczniczych przygotowanych do utworzenia banków mleka kobiecego w województwach, w których takie banki nie funkcjonują.

Mając powyższe na uwadze, realizatorami zadania pn. odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt są również podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej prowadzące szpital oraz:

1) posiadające zawartą z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:
a) leczenie szpitalne w zakresie neonatologia – II lub III poziom referencyjny

lub

b) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III);

2) przygotowane do utworzenia banku mleka kobiecego i jego prowadzenia w tej samej lokalizacji co ww. oddział oraz spełniające wymogi scharakteryzowane dla banków mleka kobiecego, w tym w szczególności w zakresie:
   a) zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych,
   b) zapewnienia fachowego personelu,
   c) przestrzegania zasad postępowania z mlekiem kobiecym na każdym etapie od kwalifikacji dawczyni po udostępnienie mleka biorcy oraz opracowania i wdrożenia systemu zapewnienia jakości obejmującego wewnętrzne procedury operacyjne.

Podmioty lecznicze, które otrzymają dofinansowanie zakupu sprzętu stanowiącego wyposażenie banku mleka kobiecego w ramach Programu rozszerzą sieć banków mleka kobiecego. W związku z tym, każdy ubiegający się o wsparcie finansowe podmiot powinien zadeklarować współpracę z co najmniej jednym podmiotem leczniczym prowadzącym szpital posiadający oddział neonatologiczny o II i III stopniu referencyjności, w zakresie udostępniania ich pacjentom mleka z planowanego do utworzenia banku mleka kobiecego.

Każdy z banków mleka kobiecego powinien tym samym zapewnić możliwość jak najszerszego dostępu noworodkom i niemowlętom (zgodnie z przyjętymi w tym zakresie założeniami) do żywienia mlekiem kobiecym w regionie swojego funkcjonowania (przy czym region ten nie musi pokrywać się z granicami podziału terytorialnego na województwa). Niezbędne jest bowiem zapewnienie – w miarę możliwości – zabezpieczenia dostępu do mleka z banku mleka kobiecego na jak najszerszym obszarze kraju, stąd też preferencje we wsparciu uzyskają podmioty zapewniające współpracę z jak największą liczbą podmiotów leczniczych o szerokim zasięgu terytorialnym.

Wczesna rehabilitacja dzieci

Zgodnie z programem kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" poza koordynacją opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu,

niezbędne jest również zwiększenie efektywności i dostępności do rehabilitacji przeznaczonej dla tej grupy dzieci. Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" wskazał na potrzebę przyjęcia niezbędnych w tym obszarze rozwiązań prawnych. Zadanie to jest realizowane na podstawie zarządzenia nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r., które umożliwiło DOK. Celem wprowadzenia przedmiotowego zakresu świadczeń było sfinansowanie zintegrowanej opieki neonatologicznej, wielospecjalistycznej opieki pediatrycznej – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami oraz programów rehabilitacyjnych dla dzieci nim objętych. Świadczenia udzielane w ramach DOK zapewniają pełnoprofilową opiekę nad dzieckiem, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Ma ona na celu (w zależności od stanu klinicznego przy objęciu opieką):

1) całkowite wyeliminowanie zaburzeń i dalszy normalny rozwój lub
2) zapobieganie utrwaleniu się niepełnosprawności i dalszy, względnie prawidłowy rozwój z koniecznością tylko niewielkiej pomocy terapeutycznej, lub
3) uruchomienie wszystkich potencjalnych rezerw procesu rozwojowego u dzieci, których niepełnosprawność jest nieodwracalna – przez co ulega poprawie ich ogólny stan zdrowia oraz funkcjonowanie osobiste i społeczne pozwalające w przyszłości na uczęszczanie do placówek edukacyjnych i dające szanse przygotowania zawodowego, pracy i bardziej samodzielnego i niezależnego życia, lub
4) zidentyfikowanie mocnych stron u dzieci wielorako, głęboko niepełnosprawnych, budowanie w miarę możliwości satysfakcjonującego kontaktu i aktywności oraz zapobieganie pogłębianiu się deficytów, które uniemożliwiają rozwój, utrudniają opiekę i dramatycznie obniżają jakość życia tych dzieci.

Zgodnie z założeniami DOK harmonijny rozwój dziecka w pierwszych latach jego życia powoduje, że późniejsza nauka w szkole i kontakty rówieśnicze mogą przebiegać na wyższym poziomie i dawać lepsze efekty.

Jednym z obszarów działań podejmowanych w ramach DOK są działania z zakresu wczesnej rehabilitacji, w ramach której istotne znaczenie zajmuje rozwój funkcji poznawczych. Jest on każdorazowo uwarunkowany poziomem rozwoju funkcji motorycznych i nierozerwalnie z nim związany. Stąd też w przypadku noworodka, niemowlęcia i małego dziecka (opieką w ramach DOK są objęte dzieci do 3 roku życia)

mówimy o rozwoju psychomotorycznym. W przypadku zaburzeń rozwoju psychomotorycznego jest konieczna jednoczesna stymulacja zaburzeń motorycznych i poznawczych. Jest ona możliwa dzięki zastosowaniu różnorodnych metod rehabilitacji, przy użyciu stosownych narzędzi.

W ramach Programu będzie możliwe pozyskanie środków finansowych na zakup poniższych urządzeń dostosowanych do pracy z dziećmi do 3 roku życia.

Urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych:

1) sprzęt rehabilitacyjny do kinezyterapii:
    a) stoły rehabilitacyjne do ćwiczeń z dziećmi,
    b) zestaw do ćwiczeń w odciążeniu,
    c) materace rehabilitacyjne,
    d) drabinki,
    e) lustra korekcyjne,
    f) schody,
    g) tory do nauki chodzenia;
2) sprzęt do terapii metodami integracji sensorycznej:
    a) wałki,
    b) kliny,
    c) kształtki,
    d) dyski sensomotoryczne,
    e) maty stymulujące,
    f) piłki rehabilitacyjne dla dzieci,
    g) przyrządy wibrujące,
    h) bańki przyssawkowe.

Urządzenia do rehabilitacji zaburzeń mowy:

1) szpatułki do wibratorów logopedycznych;
2) płytki przedsionkowe;
3) szpatułki logopedyczne;
4) narzędzia do pionizacji i lateralizacji języka;
5) tubka żuchwowa;

6) tubki apraksyjne;
7) szczoteczki do masażu;
8) łyżki do karmienia terapeutycznego;
9) oprogramowanie wspomagające komunikację;
10) sprzęt i oprogramowanie ułatwiające pracę z komputerem, w tym wspierające używanie przycisków;
11) lustro kontrolne;
12) testy praksji i gnozji oraz inne testy językowe;
13) gry dydaktyczne;
14) próby grafomotoryczne.

Realizatorami Zadania są

1) podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej prowadzące szpital, posiadające zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ Z w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: dziecięca opieka koordynowana albo

2) ośrodek/oddział dzienny rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego posiadający zawartą umowę na realizację świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci w ramach podwykonawstwa zawartego z podmiotami, o których mowa w pkt 1.

Źródła finansowania Programu

Program zostanie sfinansowany z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej. Środki finansowe na realizację tego programu polityki zdrowotnej pochodzą z budżetu państwa.

Szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej

W latach 2025–2026 zaplanowano:

1) finansowanie zakupu sprzętu stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego dla podmiotów przygotowanych do jego prowadzenia w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (do czasu powstania w każdym województwie co najmniej jednego banku mleka kobiecego);

2) dalszy rozwój sieci banków mleka kobiecego, przez finansowanie doposażenia w sprzęt, o którym mowa w Programie, funkcjonujących banków mleka kobiecego;
3) finansowanie zakupu sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności (podmioty lecznicze, które nie skorzystały z dofinansowania w ramach Programu w roku 2023 i 2024), współpracujących z bankami mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka kobiecego;
4) finansowanie doposażenia podmiotów posiadających zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: dziecięca opieka koordynowana, jak również podmiotów, które zapewniają świadczenia w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w ramach podwykonawstwa z podmiotem realizującym DOK w urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń mowy (zadanie realizowane w 2025 r.);
5) monitorowanie liczby dzieci żywionych mlekiem z banków mleka kobiecego utworzonych w ramach Programu oraz liczby podmiotów leczniczych, do których przekazano mleko z banków mleka kobiecego;
6) monitorowanie liczby dzieci objętych rehabilitacją w podmiotach biorących udział w Programie, w ramach zadania – wczesna rehabilitacja dzieci.

Zgodnie z art. 48b. ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach, w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia wybór realizatora programu może nastąpić bez przeprowadzania konkursu ofert, jeżeli zachodzi co najmniej jedna z następujących okoliczności:

1) program polityki zdrowotnej może być realizowany tylko przez ograniczoną liczbę realizatorów z przyczyn o obiektywnym charakterze i nie jest to wynikiem celowego zawężenia kryteriów lub warunków realizacji programu oraz nie istnieje rozsądne rozwiązanie alternatywne lub rozwiązanie zastępcze;
2) konieczna jest natychmiastowa realizacja programu polityki zdrowotnej ze względu na wyjątkową sytuację niewynikającą z przyczyn leżących po stronie ministra właściwego do spraw zdrowia, której nie mógł on przewidzieć, a nie można zachować terminów określonych dla przeprowadzenia konkursu ofert;

3) w przeprowadzonym uprzednio konkursie ofert nie wpłynęła żadna oferta lub wpłynęła oferta, która ze względu na braki lub niespełnienie wymagań określonych w ogłoszeniu, a nie można zachować terminów określonych dla przeprowadzenia kolejnego konkursu ofert.

Powierzenie realizacji programu polityki zdrowotnej realizatorowi innemu niż wybrany w drodze konkursu ofert, następuje na podstawie upoważnienia, w którym minister właściwy do spraw zdrowia określa zakres powierzanych zadań oraz okres ich realizacji. Niezależnie od upoważnienia minister właściwy do spraw zdrowia może zawrzeć z realizatorem programu polityki zdrowotnej umowę określającą warunki realizacji powierzonych zadań, z wyłączeniem programów polityki zdrowotnej zleconych NFZ.

W przypadku zadania odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt w odniesieniu do doposażenia w sprzęt już funkcjonujących banków mleka kobiecego warunek określony w art. 48b ust. 1a pkt 1 ustawy o świadczeniach należy uznać za spełniony. Realizacja programu w zakresie zadania odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt w odniesieniu do doposażenia w sprzęt stanowiący wyposażenie banku mleka kobiecego może być powierzona następującym podmiotom leczniczym:

1) Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
2) Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
3) Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.;
4) Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.;
5) Szpital Specjalistyczny Pro-Familia Tomasz Łoziński Sp. K. w Rzeszowie;
6) Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu;
7) Centrum Medyczne Ujastek Sp. z o.o. w Krakowie;
8) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
9) Uniwersytecki Szpital Kliniczny Wojewódzki im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie;
10) Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
11) Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie;
12) Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o. o.;
13) Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie;
14) Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ w Warszawie;

15) Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu;
16) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

W 2026 planowano rozszerzenie sieci banków mleka kobiecego wybierając w drodze konkursu ofert nowe banki mleka kobiecego, które spełnią warunki określone dla realizacji zadania w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. Procedury konkursowe będą realizowane zgodnie z przepisami zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej oraz wyłaniania realizatorów innych programów realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 30, z późn. zm.). Systematycznie od 2022 r. do 2026 r. (do czasu powstania w każdym województwie co najmniej jednego banku mleka kobiecego) ogłaszano konkursy w ramach zadania – odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, na nowe banki mleka kobiecego, które spełnią warunki określone dla realizacji zadania w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim, zawarcia umów z realizatorami oraz ich wykonania i rozliczenia. Analogicznie konkursy będą ogłaszane do 2026 r. na dofinansowanie zakupu sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności, współpracujących z bankami mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka kobiecego.
W 2025 r. ogłoszono konkurs w ramach zadania – wczesna rehabilitacja dzieci.

Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów, w tym czasookres ich monitorowania.

W ramach programu przyjęto wskaźniki określone w poniższej tabeli.

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Termin osiągnięcia
Liczba banków mleka kobiecego	16 (2022 r.)	19 (co najmniej po 1 w każdym województwie)	do 2026 r.
Liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego w czasie trwania programu	4035 (2020 r.)	co najmniej100 dzieci w każdym	rocznie

		banku mleka kobiecego	
Liczba podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne o II i III stopniu referencyjności, współpracujących z bankami mleka kobiecego	42 (2020 r.)	63 (wzrost o 50%)	do 2026 r.
Liczba doposażonych w (urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń mowy) podmiotów posiadających zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: DOK, jak również podmiotów, które zapewniają świadczenia w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w ramach podwykonawstwa z podmiotem realizującym DOK	2 (2022 r.)	co najmniej 5	do 2026 r.

V. Kosztorys

Kosztorys realizacji poszczególnych interwencji programu został określony w załączniku do programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". W związku z powyższym na realizację programu w poszczególnych latach powinny zostać przeznaczone następujące środki finansowe:

Koszt realizacji programu w 2022 r.			
Nazwa zadania	**Koszty majątkowe**	**Koszty bieżące**	**Koszt realizacji zadań w 2022 r.**
Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (w tym: zakup sprzętu stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego dla podmiotów przygotowanych do jego prowadzenia w województwach	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł

świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim)			
Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	100 000,00 zł	100 000,00 zł	200 000,00 zł
Łączny koszt realizacji w 2022 r.	**100 000,00 zł**	**100 000,00 zł**	**200 000,00 zł**

Koszt realizacji programu w 2023 r.			
Nazwa zadania	**Koszty majątkowe**	**Koszty bieżące**	**Koszt realizacji zadań w 2023 r.**
Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (w tym: 1) zakup sprzętu stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego dla podmiotów przygotowanych do jego prowadzenia w województwach świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim; 2) zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o III stopniu referencyjności, współpracujących z bankami mleka kobiecego	1 530 098,56 zł	2 690 546,42 zł	4 220 644,98 zł
Łączny koszt realizacji w 2023 r.	**1 530 098,56 zł**	**2 690 546,42 zł**	**4 220 644,98 zł**

Koszt realizacji programu w 2024 r.			
Nazwa zadania	**Koszty majątkowe**	**Koszty bieżące**	**Koszt realizacji zadań w 2024 r.**
Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (w tym: 1) zakup sprzętu stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego dla podmiotów przygotowanych do jego prowadzenia w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim;	153 472,11 zł	2 303 941,49 zł	2 457 413, 60 zł

2) zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności, współpracujących z bankami mleka kobiecego, które w 2023 r. nie skorzystały z dofinansowania			
Łączny koszt realizacji w 2024 r.	**153 472,11zł**	**2 303 941,49 zł**	**2 457 413,60 zł**

Koszt realizacji programu w 2025 r.			
Nazwa zadania	**Koszty majątkowe**	**Koszty bieżące**	**Koszt realizacji zadań w 2025 r.**
Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt: doposażenie w sprzęt, o którym mowa w Programie, funkcjonujących banków mleka kobiecego	4 457 350,56 zł	481 071,53 zł	4 938 422,09 zł
Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	42 166,90 zł	57 687,40 zł	99 854,30 zł
Łączny koszt realizacji w 2025 r.	**4 499 517,46 zł**	**538 758,93 zł**	**5 038 276,39 zł**

Koszt realizacji programu w 2026 r.			
Nazwa zadania	**Koszty majątkowe**	**Koszty bieżące**	**Koszt realizacji zadań w 2026 r.**
Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (w tym: 1) zakup sprzętu stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego dla podmiotów przygotowanych do jego prowadzenia w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim; 2) zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III	3 500 000,00 zł	1 700 000,00 zł	5 200 000, 00 zł

stopniu referencyjności, współpracujących z bankami mleka kobiecego; 3) doposażenie w sprzęt, o którym mowa w Programie, funkcjonujących banków mleka kobiecego			
Łączny koszt realizacji w 2026 r.	**3 500 000,00 zł**	**1 700 000,00 zł**	**5 200 000,00 zł**

Koszt realizacji programu w latach 2022–2026 będzie wynosił: 17 116 334,97 zł.

Sposób monitorowania i analizy celów ogólnych i szczegółowych programu

Zgodnie z przepisami zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej oraz wyłaniania realizatorów innych programów realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, realizatorzy, z którymi będą zawarte umowy na realizację programu, określające m.in. sposób jego wykonywania oraz zasady sprawozdawczości, pozwalające na monitorowanie stopnia wykonania zadań przewidzianych w Programie. Zgodnie z ww. zarządzeniem zostanie sporządzany protokół z realizacji programu, w którym podsumowane zostaną osiągnięte zaplanowane cele główne i szczegółowe. Monitorowanie Programu odbywać się będzie w okresie realizacji Programu oraz przez okres 5 lat od wygaśnięcia albo rozwiązania umowy, przez realizatorów, którzy zostaną zobligowani do przedłożenia do Ministerstwa Zdrowia stosownego sprawozdania.

VI. Kontynuacja działań podjętych w programie

Realizacja działań określonych w programie ze względu na jego szczególny, wykonawczy charakter jest bezpośrednio uzależniona od dalszego harmonogramu wykonywania programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". Obecny harmonogram obejmuje realizację zadań w nim przewidzianych w latach 2022–2026.