



Projekt programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026

Autor programu:

Samorząd Województwa Opolskiego

Podstawa prawna realizacji programu

Art. 48 ust 1. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146).

Nazwa programu:

Projekt programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026

Okres realizacji programu: 2024–2026

Program został poddany konsultacjom społecznym z: Konsultantami Wojewódzkimi z dziedzin związanych z opieką nad matką i dzieckiem, przedstawicielami placówek medycznych świadczących opiekę nad kobietą w ciąży i noworodkiem, Starost Powiatowych oraz Urzędów Miast i Gmin Województwa Opolskiego

Program opracowany przy współpracy z ekspertami:

prof. dr. hab. n. med. n. o. zdr. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego

dr. n. med. Wojciech Guzikowski, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii

dr. n. med. Alina Kowalczykiewicz-Kuta Konsultant Wojewódzki w dziedzinie neonatologii

dr. n. med. Damian Ziętek, specjalista ginekologii i położnictwa

dr. n. med. Danuta Gmyrek Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pediatrii

lek. med. Marcin Pasternok, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie perinatologii

lek. med. Agnieszka Rzeszotarska-Sordoń Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej

mgr Iwona Łuczak Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

mgr Krystyna Gębuś-Dinter Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

Ewa Janiuk, położna, specjalista Pielęgniarstwa Rodzinnego dla Położnych

lek. med. Małgorzata Gawor, pediatra, neonatolog

mgr Wiktoria Kubiec, psycholog – specjalność kliniczna

Michał Kocik, Koordynator projektów zdrowotnych

Autorzy programu:

Samorząd Województwa Opolskiego:

Zuzanna Donath-Kasiura

Izabela Damboń-Kandziora

Paweł Polak

Joanna Wołek

Sylwia Hulbój

Dane kontaktowe:

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

ul. Piastowska 14, 45-082 Opole

Tel. 77 44 45 500

Fax. 77 44 45 524

e-mail: dzd@opolskie.pl

Data opracowania programu: sierpień 2024

Spis treści

Spis treści.....	3
Słowniczek	4
1. Opis problemu zdrowotnego	5
Problem zdrowotny	5
Epidemiologia.....	9
Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu.....	29
Obecne postępowanie	30
Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	38
2. Cele programu	46
Cel główny.....	46
Cele szczegółowe	46
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	46
Oczekiwane efekty programu	49
3. Adresaci programu.....	50
Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe	50
4. Organizacja programu	51
Części składowe, etapy i działania organizacyjne	51
Planowane interwencje.....	54
Tryb zapraszania do programu	75
Kryteria kwalifikacji do programu	75
Kryteria wykluczenia z programu	75
Zasady udzielania świadczeń w ramach programu	75
Sposób zakończenia udziału w programie.....	75
Bezpieczeństwo planowanych interwencji oraz kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu	76
Dowody skuteczności planowanych działań	77
5. Koszty.....	82
Koszty jednostkowe oraz planowane koszty całkowite.....	82
Źródła finansowania	83
6. Monitorowanie i ewaluacja	83
Ocena zgłaszalności do programu	83
Ocena jakości świadczeń w programie.....	84
Ocena efektywności programu	84
7. Okres realizacji programu	84
8. Piśmiennictwo	84
9. Załączniki	89
Załącznik nr 1 Metodologia wyliczania stawek jednostkowych dla programu pn. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.....	90
Załącznik nr 2 Ankieta satysfakcji uczestników Programu.....	130

Słowniczek

AOS – Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna.

CATI – wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny.

FEO – Program „Fundusze Europejskie dla Województwa Opolskiego na lata 2021–2027”.

GUS – Główny Urząd Statystyczny.

JGP – Jednorodne Grupy Pacjentów.

Kryteria włączenia – warunki, które musi spełnić osoba, aby wziąć udział w działaniach zaplanowanych w ramach Programu.

Kryteria wyłączenia – warunki, których zaistnienie wyklucza (trwały lub czasowy) udział w działaniach zaplanowanych w ramach Programu.

KOC – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia.

NIK – Najwyższa Izba Kontroli.

OPS – Ośrodek Pomocy Społecznej.

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna.

PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

Realizator – podmiot wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Rodzice po stracie – rodzice, którzy doświadczyli straty (z uwzględnieniem straty zaistniałej przed bieżącą ciążą).

Uczestnik – osoba spełniająca kryteria włączenia do Programu i bezpośrednio korzystająca z usług przewidzianych w Programie.

UNICEF – Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci.

Procedura – co najmniej dwie usługi wykonane uczestnikowi lub jedna usługa, po której nie można wykonać kolejnej ze względów medycznych, czasowych lub w wyniku rezygnacji uczestnika z Programu.

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia.

1. Opis problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny

Literatura przedmiotu dowodzi, że „prawidłowa opieka medyczna nad kobietą przed ciążą, nad matką i dzieckiem podczas ciąży, porodu i po porodzie mają znaczący wpływ na przebieg procesów prokreacji, zmniejszenie częstości jej niepowodzeń oraz na prawidłowy rozwój dziecka i jego zdrowie”.¹

Zatem nadrzędnym zagadnieniem w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży jest zapewnienie prawidłowego jej przebiegu oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiającą objęcie kobiety profilaktyczną opieką na każdym etapie, co potwierdzają zalecenia zawarte w Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1985 r. pt.: „*Poród nie jest chorobą*”. Zgodnie z zaleceniami zawartymi w w/w dokumencie, „każda kobieta posiada fundamentalne prawo do właściwej opieki okołoporodowej odgrywając we wszystkich aspektach tej opieki kluczową rolę, włączając w to udział w jej planowaniu, rozpowszechnianiu i ocenie. Czynniki społeczne, emocjonalne i psychologiczne są decydujące w zrozumieniu i wdrożeniu właściwej opieki okołoporodowej”.²

Zakres i kształt oferowanej opieki okołoporodowej, która „jest niezwykle istotnym elementem systemu ochrony zdrowia, a jej efektywna realizacja stanowi podstawę dla profilaktyki”³ wielu problemów zdrowotnych, może być zarówno czynnikiem motywującym, jak i demotywującym do podjęcia decyzji o macierzyństwie, a tym samym może pośrednio rzutować na panującą w danym regionie sytuację demograficzną.

„Kobiety planujące zajście w ciążę w wieku rozrodczym potrzebują szerokoprofilowego dostępu do różnych usług zdrowotnych”, zatem „dodatkowym celem staje się ochrona zdrowia noworodka”.⁴ „Wady wrodzone zaliczają się do najpoważniejszych problemów współczesnej perinatologii, będąc jedną z zasadniczych przyczyn umieralności okołoporodowej płodów i noworodków”⁵, przez co „stanowią istotny problem z zakresu m.in. zdrowia publicznego”.⁶ Zgodnie z wynikami światowych badań „2–3% dzieci rodzi się z co najmniej jedną poważną wadą rozwojową, a 0,4% z zespołem mnogich wad rozwojowych. Niewątpliwie „obrazowanie wewnątrzmaciczne płodu daje możliwość wczesnego wykrycia znacznej części wad rozwojowych”, ponieważ „jak najwcześniejsze wykrycie malformacji rozwojowej stwarza szansę leczenia śródmacicznego lub interwencji chirurgicznej bezpośrednio po urodzeniu. Matka z rozpoznaną ciążą ryzyka zostaje objęta opieką specjalistyczną w ośrodku o najwyższym stopniu referencyjności, a szanse na przeżycie, a nawet wyleczenie płodu wzrastają”.⁷

Równie ważnym elementem opieki medycznej nad kobietami w okresie ciąży, porodu i po porodzie powinno być zapewnienie kobiecie multikompleksowego wsparcia psychologicznego,

¹ Szymborski J., Zdrowie publiczne i polityka rozwojowa, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 35

² Fundacja Rodzic po Ludzku; <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/wiesci-ze-swiatea/fundacja-rodzic-po-ludzku-od-poczatku-istnienia-propaguje-zalecenia-swiatowej-organizacji-zdrowia-porod-nie-jest-choroba-z-1985-roku/>, dostęp w dniu 14.07.2023 r.

³ Program polityki zdrowotnej pn.: „Gminna Szkoła Rodzenia - program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszków”, Wyszków 2020, s. 9

⁴ Program polityki zdrowotnej pn.: „Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupska na lata 2022–2030”, Słupsk 2022, s. 4

⁵ Jw., s. 8

⁶ Rządowy 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 2018-2023, Warszawa 2021, s. 4

⁷ Wojtyłko-Gołównik A., Bağtaş M., Wojtyłko A., Diagnostyka prenatalna wad wrodzonych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, 2014, s. 2

szczególnie w przypadku kiedy podjęta szansa na macierzyństwo kończy się niepowodzeniem. Jak donosi Raport UNICEF „na świecie co 16 sekund rodzi się martwe dziecko”, przy czym „wciąż ok. 1700 Polek rocznie rodzi martwe dzieci”, a „około 10–15% wszystkich ciąż w Polsce kończy się poronieniem”.⁸

Niniejszy Program stanowi kontynuację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku *„Opolskie dla rodziny”*”, który na podstawie decyzji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 133/2016 z dnia 1 sierpnia 2016 r. był realizowany na terenie województwa opolskiego w latach 2017–2023 przez Samorząd Województwa Opolskiego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014–2020 działanie 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, Oś VIII Integracja społeczna.

Usługami zdrowotnymi w poprzedniej edycji Programu objęto łącznie blisko 60 tys. osób, w tym m.in. 38,1 tys. kobiet i 20,9 tys. noworodków oraz dzieci do 2 roku życia i 400 osób z personelu służb świadczących usługi zdrowotne. Podczas realizacji Programu wykonano łącznie 62,8 tys. badań prenatalnych, z czego 42,9 tys. badań USG genetycznych płodu i 24,3 tys. badań biochemicznych – test podwójny (PAPPA-A osoczowe białko ciążowe A oraz Beta-hCG wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta)). W przypadku 400 kobiet wykryto wady wrodzone i rozwojowe przed urodzeniem dziecka, natomiast 1,4 tys. kobiet skierowano do lekarza genetyka, celem dalszej diagnostyki wad rozwojowych. U 8,6 tys. dzieci do 2 roku życia wykryto wady rozwojowe, a u 7,0 tys. zlikwidowano lub skorygowano nieprawidłowości rozwojowe, natomiast 2,8 tys. dzieci do 2 roku życia skierowano na wczesną kompleksową profilaktykę niepełnosprawności⁹.

„Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku *„Opolskie dla rodziny”*” był również poddany ewaluacji przeprowadzonej przez Ewaluatora zewnętrznego, którym było konsorcjum - EU-Consult sp. z o. o. – oraz Polska Agencja Ewaluacji Sektora Publicznego S.A.¹⁰. Przedmiotem badania ewaluacyjnego była m.in. jakość wsparcia oferowanego uczestnikom w ramach niniejszego Programu. Wyniki wskazują, że udzielone formy wsparcia zostały pozytywnie ocenione przez jego uczestników („bardzo wysoko (66%) lub wysoko (34%)”). Respondenci zadeklarowali, że oferowane wsparcie „było dopasowane do ich potrzeb i zrealizowane zgodnie z założeniami” oraz „że bez udziału w projektach nie byłoby w stanie skorzystać z tego rodzaju usług”. „Zgodnie z wynikami zrealizowanego badania ankietowego – zarówno wszystkie kobiety, które skorzystały ze wsparcia, jak i wszyscy rodzice dzieci, które objęto wsparciem w ramach projektów z RPZ „Matka i dziecko” zadeklarowali, że udział w tych projektach całkowicie zaspokoił ich potrzeby oraz oczekiwania.”¹¹

Zgodnie z Raportem, uczestnicy Programu jako główne korzyści wynikające z udziału w niniejszym Programie wskazali:

⁸ Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli - Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462.vp,26188.pdf>, dostęp w dniu 20.07.2023 r.

⁹ Biuletyn Informacji Publicznej Samorządu Województwa Opolskiego, <https://bip.opolskie.pl/2024/01/raport-koncowy-z-realizacji-programu-polityki-zdrowotnej-pn-program-poprawy-opieki-nad-matka-i-dzieckiem-w-ramach-programu-ssd-w-wojewodztwie-opolskim-do-2020-roku-opolskie-dla-rod/>, dostęp w dniu 12.06.2024 r.

¹⁰ Jw.

¹¹ Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w województwie opolskim. Raport końcowy, EU-Consult sp. z o.o. – lider konsorcjum, Polska Agencja Ewaluacji Sektora Publicznego S.A. – partner konsorcjum, <https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/2015/05/Raport-ko%25%84cowy-ewaluacja-RPZ-wersja-dost%25%99na-cyfrowo-na-stron%25%99.pdf>, dostęp w dniu 12.06.2024 r.

- „wzrost poziomu wiedzy odbiorców nt. ciąży, porodu i połogu,
- skorzystanie z nieodpłatnych badań prenatalnych,
- diagnostykę wczesnego rozwoju dziecka,
- zaszczepienie dziecka przeciwko pneumokokom,
- skorzystanie ze specjalistycznego wsparcia,
- poszerzenie wiedzy w zakresie opieki nad dzieckiem,
- wzrost poziomu wiedzy nt. korzyści płynących z badań prenatalnych,
- poprawę stanu zdrowia oraz jakości życia uczestniczek Programu”¹².

Ewaluator poddał również analizie wpływ realizacji Programu na wzrost kompetencji i kwalifikacji personelu medycznego. Wyniki przedmiotowego Raportu wskazują, że „RPZ pozwolił na uzyskanie korzyści medycznych, ale też miał znaczący wpływ na rozwijanie umiejętności i doświadczenia personelu medycznego. Działania podejmowane w ramach tego Programu przyczyniły się do podniesienia kompetencji personelu medycznego w obszarze opieki nad dziećmi i kobietami w ciąży, co stanowi istotny atut w kontekście jakości opieki zdrowotnej świadczonej pacjentom. Z tego też względu warto kontynuować wsparcie skierowane do personelu medycznego, które umożliwiłoby zdobycie przez nich dodatkowej wiedzy i kwalifikacji, przydatnych z punktu wykonywania pracy zawodowej”¹³.

Podsumowując, wyniki Raportu końcowego z przeprowadzonej ewaluacji dowodzą, że „Program ten powinien być kontynuowany w perspektywie 2021–2027 – zdanie takie podzieliło 78% badanych, którzy wzięli udział w badaniu CATI, natomiast „aż 97% respondentów, którzy wypełnili ankiety satysfakcji potwierdziło z kolei, że wzięłoby udział w podobnym Programie zdrowotnym w przyszłości”. Uczestnicy Programu w szczególności wskazywali na „potrzebę kontynuacji m.in. następujących świadczeń/usług:

- wsparcie edukacyjne (np. dotyczące szczepień, pielęgnacji noworodków, ćwiczeń po porodzie i cięciu cesarskim, kurs wiązania chusty, edukacja z zakresu prawidłowego rozwoju dziecka oraz występowania powikłań w dzień po urodzeniu np. zapalenie płuc, zagaluszenie krwi, żółtaczki, itp., wykłady na temat zdrowego żywienia),
- wsparcie specjalistyczne dla kobiet w ciąży/połogu (np. wsparcie dietetyka, grupy wsparcia dla młodych mam, rehabilitacja blizny po cięciu cesarskim, poradnictwo laktacyjne, poradnictwo uroginekologiczne, wsparcie z zakresu zdrowia psychicznego),
- wsparcie specjalistyczne dla dzieci (np. kardiologiczne, rehabilitacja dzieci w zakresie korekty postawy ciała, zajęcia logopedyczne, darmowe szczepionki, np. rotawirus, meningokogi, USG dla dzieci),
- poradnictwo i badania dla kobiet w ciąży (w tym badania prenatalne, darmowe wizyty ginekologiczne podczas ciąży, USG brzucha dla kobiet w ciąży).”¹⁴

„Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026” w znacznym stopniu uwzględnia ww. postulaty, jak również postulaty zgłoszone podczas przeprowadzonych konsultacji społecznych przez Konsultantów Wojewódzkich z dziedzin związanych z opieką nad matką i dzieckiem, przedstawiciele placówek medycznych świadczących

¹² Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w województwie opolskim. Raport końcowy, EU-Consult sp. z o.o. – lider konsorcjum, Polska Agencja Ewaluacji Sektora Publicznego S.A. – partner konsorcjum, <https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/2015/05/Raport-ko%C5%84cowy-ewaluacja-RPZ-wersja-dost%C4%99pna-cyfrowo-na-stron%C4%99.pdf>, dostęp w dniu 12.06.2024 r.

¹³ Jw.

¹⁴ Jw.

opiekę nad kobietą w ciąży i noworodkiem, Starost Powiatowych oraz Urzędów Miast i Gmin Województwa Opolskiego.

W nawiązaniu do powyższych przesłanek, jak również mając na względzie zdiagnozowane oraz poddane analizie w części pn.: „*Epidemiologia*” problemy występujące w regionie, przygotowano niniejszy Program, którego istotą jest stworzenie kompleksowych rozwiązań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim ukierunkowanych na:

1. **Wsparcie rodziny w celu odwrócenia trendu depopulacji;**
2. **Poprawę dostępu do opieki okołoporodowej kobiet w ciąży i po porodzie oraz zwiększenie wiedzy i umiejętności przyszłych rodziców w zakresie:**
 - zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie,
 - niwelowania zaburzeń rozwojowych u dzieci;
3. **Rozszerzenie badań prenatalnych (nieinwazyjne badania prenatalne) na grupy nieobjęte finansowaniem w ramach NFZ;**
4. **Wdrożenie odpowiedniej diagnostyki i opieki medycznej wobec dzieci z wadami rozwojowymi oraz zwiększenie zaangażowania rodziny w proces leczenia i rehabilitacji;**
5. **Zwiększenie zakresu i dostępności udzielanego wsparcia psychologicznego rodzicom po stracie dziecka.**

Z uwagi zarówno na szeroką grupę odbiorców, jak i zachowanie przejrzystości, Program podzielono na następujące Podprogramy i zgodnie z tą strukturą będzie on opisywany w dalszej części dokumentu:

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia

Wsparcie rodziców po stracie dziecka

Dodatkowo w ramach niniejszego Programu zaplanowano następujące działania wspierające:

Szkolenia dla personelu

Działania edukacyjno-informacyjne

Działania promocyjno-informacyjne

Reasumując, wdrożenie niniejszego Programu przyczyni się do zwiększenia dostępu do wysokiej jakości usług w zakresie zdrowia, a pośrednio może mieć wpływ na zmniejszenie „częstości zachorowań i zgonów matek, odnoszących się do populacji dzieci wskaźników umieralności (okołoporodowej, noworodków i niemowląt), a także obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej”.¹⁵

¹⁵ Program polityki zdrowotnej pn.: „Gminna Szkoła Rodzenia - program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszków”, Wyszków 2020, s. 4

Epidemiologia

Z uwagi na fakt, iż niniejszy Program skierowany jest szerokiego grona odbiorców, jakimi są: kobiety w ciąży i do 6 miesięcy po porodzie, noworodki oraz dzieci do 3 roku życia oraz personel służb świadczących usługi zdrowotne, epidemiologia zostanie zaprezentowana oddzielnie dla każdego odbiorcy wsparcia zgodnie z wyodrębnionymi Podprogramami.

Ważną przesłanką silnie uargumentowaną potrzebę wdrożenia niniejszego Programu w województwie opolskim jest nasilanie się procesów depopulacyjnych obserwowanych w regionie. W związku z powyższym tytułem wstępu zostanie przeprowadzona krótka analiza sytuacji demograficznej województwa opolskiego, która bezpośrednio rzutuje zarówno na zaprojektowany wachlarz wsparcia jak również na grupę docelową, której to wsparcie zostanie udzielone podczas realizacji niniejszego Programu.

Województwo opolskie jest najszybciej wyludniającym się województwem w kraju, na co wskazuje „obecna sytuacja demograficzna województwa opolskiego, a także prognozy wieloletnie, które są wysoce niekorzystne”.¹⁶

W strukturze ludności według wieku obserwuje się niepokojące symptomy, które z roku na rok nasilają się. Systematycznie maleje liczba dzieci i młodzieży, a równocześnie wzrasta liczba ludności w starszych rocznikach. Pogłębia się proces starzenia się społeczeństwa, na co wskazują m.in.: rosnący poziom współczynnika starości demograficznej, indeksu starości oraz zwiększająca się wartość mediany wieku ludności.

Tabela 1. Ludność oraz wybrane wskaźniki charakteryzujące sytuację demograficzną w 2022 r.

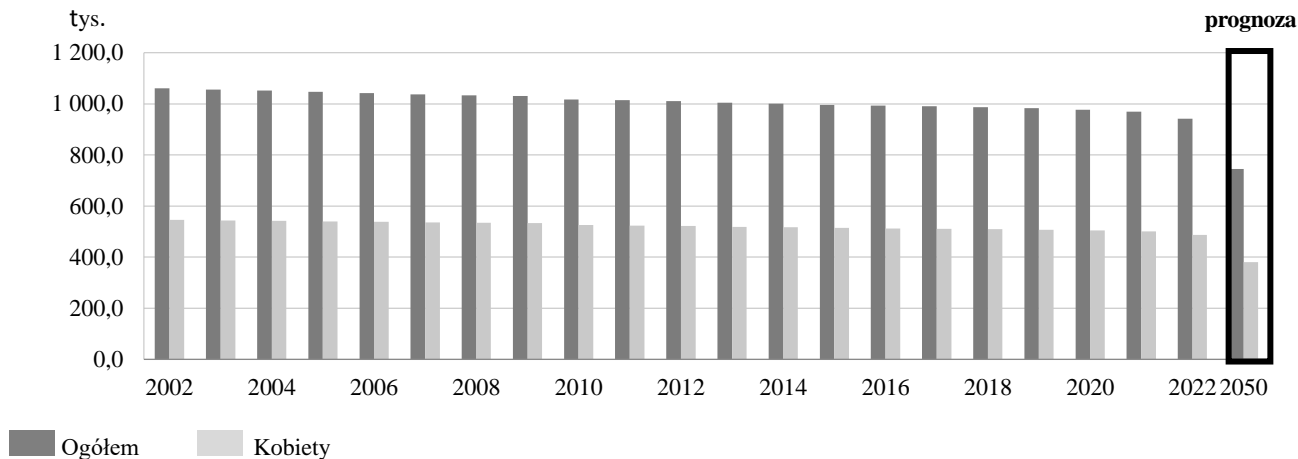
Wyszczególnienie	Województwo opolskie	Polska
Liczba ludności (stan w dniu 31 grudnia) w tys.	942,4	37 766,3
Prognozowana liczba ludności w 2050 r. w tys.	744,6	33 950,6
Współczynnik starości demograficznej w %	20,2	19,5
Urodzenia żywe na 1000 ludności	7,18	8,07
Prognozowana liczba urodzeń w 2050 r. w tys.	4,6	254,7
Przyrost naturalny na 1000 ludności	-5,24	-3,79
Współczynnik dzietności	1,20	1,26
Współczynnik płodności	32,0	35,1
Mediana wieku:		
Kobiet	45,7	44,0
Mężczyzn	42,6	40,7
Prognozowana mediana wieku w 2050 r.:		
Kobiet	58,3	54,8
Mężczyzn	53,8	50,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS: Bank Danych Lokalnych oraz „Prognoza ludności na lata 2014-2050 (opracowana 2014 r.).

¹⁶ Urząd Statystyczny w Opolu, Warunki życia ludności w województwie opolskim w latach 2015–2020, Opole 2021, s. 24

Na koniec grudnia 2022 r. w województwie opolskim mieszkało 942,4 tys. osób (z czego 51,7% stanowiły kobiety), natomiast zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego do 2050 r. liczba mieszkańców regionu zmniejszy się o ok. 21% (kobiet o ok. 22%).

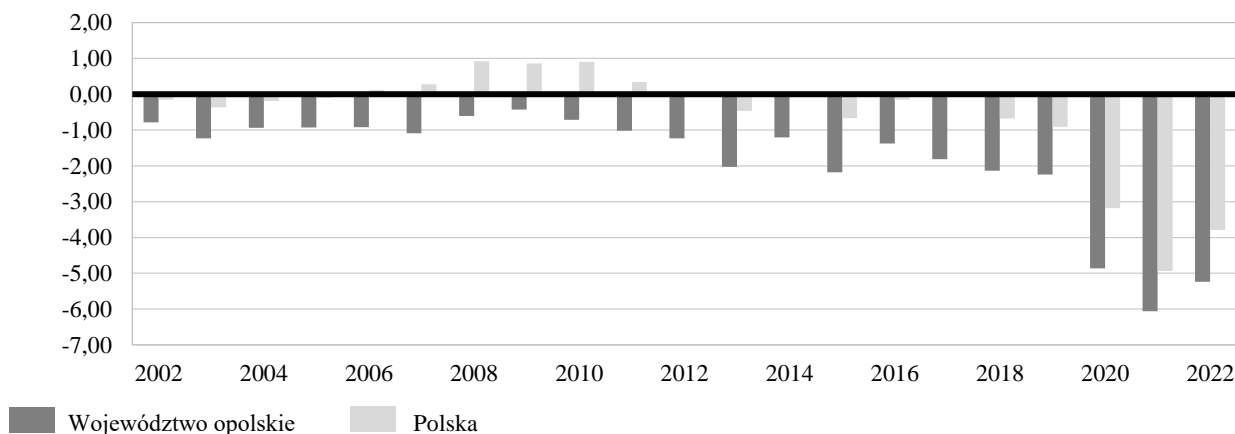
Wykres 1. Ludność w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Deficyt urodzeniowy notowany w województwie opolskim oraz wysoka umieralność nadal skutkują ujemnym przyrostem naturalnym w województwie opolskim w przeliczeniu na 1000 ludności. W 2022 r. współczynnik przyrostu naturalnego przyjął w regionie poziom (minus 5,24) przy średniej wartości w kraju wynoszącej (minus 3,79) i w relacji do notowanego blisko przed dwoma dekadami wyraźnie pogłębił się.

Wykres 2. Przyrost naturalny na 1000 ludności



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

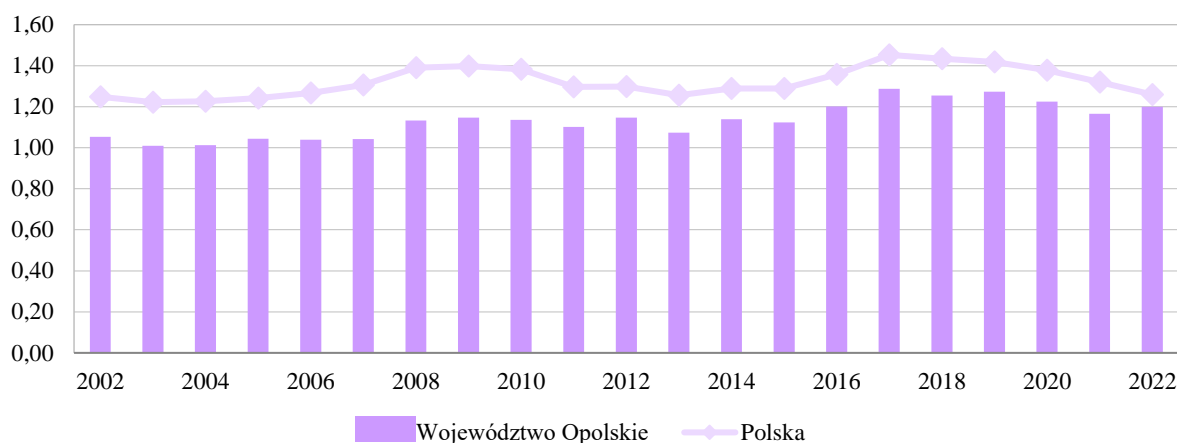
Reasumując, notowany jak i prognozowany spadek poziomu zaludnienia w województwie opolskim wymaga podjęcia działań na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców regionu. Przede wszystkim ma to kluczowe znaczenie w kontekście opieki nad kobietą w ciąży i małym dzieckiem.

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie

W województwie opolskim mamy do czynienia z silnymi procesami depopulacyjnymi, na które niewątpliwie istotny wpływ, mają m.in. dwa niepodważalne fakty: kobiety coraz później podejmują decyzję o macierzyństwie, o czym świadczy średni wiek rodzących matek oraz mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko, które uległy przesunięciu i kształtują się na poziomie ok. 30 lat.

Jednym z istotnych czynników generujących obserwowane w regionie zjawisko depopulacji są urodzenia, które znacząco determinują stan i strukturę ludności¹⁷, natomiast liczbę urodzeń warunkuje istniejący potencjał rozrodczy regionu, na który oddziałuje wiele czynników, m.in. współczynnik dzietności, który w województwie opolskim od lat kształtuje się na zdecydowanie niższym niż notowanym przeciętnie w kraju poziomie.

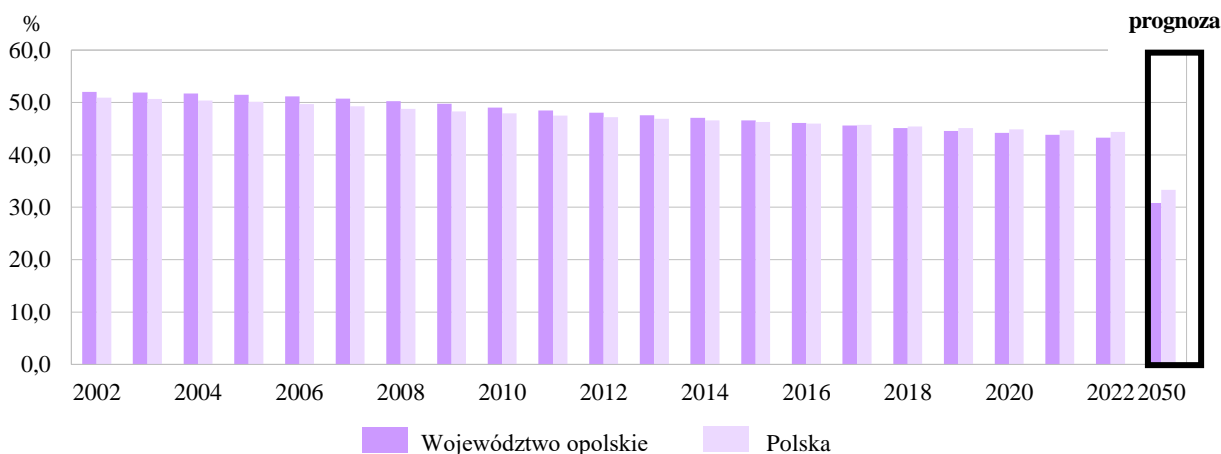
Wykres 3. Współczynnik dzietności



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

„Aby zapewnić stabilny rozwój demograficzny kraju, to w danym roku – na każde 100 kobiet w wieku 15–49 lat – powinno przypadać średnio co najmniej 210–215 urodzonych dzieci”¹⁸. W 2022 r. w województwie opolskim przypadało 120 podczas gdy średnio w kraju 126.

Wykres 4. Udział kobiet w wieku rozrodczym w wieku 15–49 lat w ogólnej populacji kobiet



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

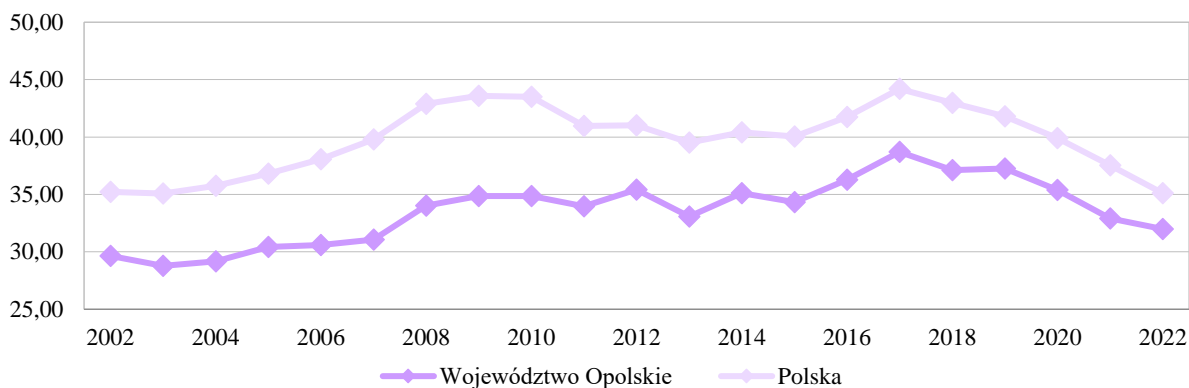
¹⁷ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2017 r. Urodzenia i dzietność, Warszawa 2018, s. 12

¹⁸ jw.

Jak już zasygnalizowano obserwowany w województwie opolskim zdecydowanie zbyt niski poziom dzietności będzie negatywnie rzutować „na przyszłą liczbę urodzeń, ze względu na zdecydowanie mniejszą w przyszłości liczbę kobiet w wieku rozrodczym”.¹⁹ Według danych GUS udział kobiet w wieku rozrodczym, tj. w wieku 15–49 lat w ogólnej liczbie kobiet w końcu grudnia 2022 r. ukształtował się w regionie na poziomie 43,3% wobec 51,1% w 1995 r. (w kraju analogicznie: 44,4% oraz 50,7%).

Prognozy demograficzne w tym zakresie również nie są optymistyczne dla opolskiego. Szacuje się, że w 2050 r. odsetek kobiet w wieku rozrodczym ukształtuje się w województwie opolskim na poziomie ok. 31% i będzie niższy niż prognozowany w kraju o ok. 2,5 p. proc. Liczbę notowanych w regionie urodzeń determinują również „postawy i zachowania prokreacyjne ludności”.²⁰

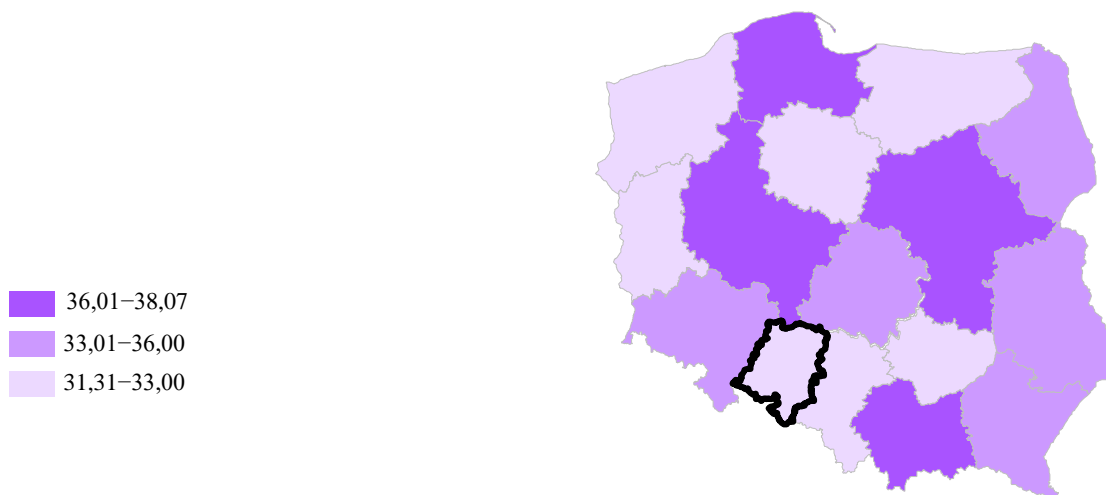
Wykres 5. Współczynnik płodności



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Wartość współczynnika płodności w województwie opolskim od lat odbiega od poziomu notowanego średnio w kraju. W 2022 r. w województwie opolskim na 1000 kobiet w wieku 15–49 lat przypadały, podobnie jak w województwach: lubuskim, świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim po 32 urodzenia żywe, natomiast przeciętnie w kraju – 35 urodzeń żywych.

Mapa 1. Współczynnik płodności w 2022 r.



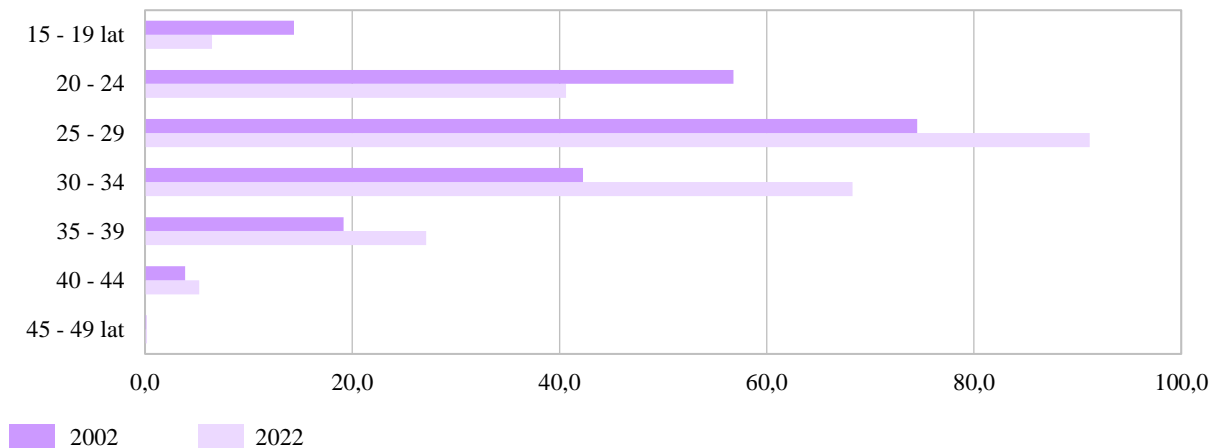
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Baza Demografia; <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/StartIntro.aspx>; dostęp w dniu 12.07.2023 r.

¹⁹ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2017 r. Urodzenia i dzietność, Warszawa 2018, s. 11

²⁰ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 18

„Wymiernym wskaźnikiem tych zachowań – wzorcem płodności – są wielkości cząstkowych współczynników płodności, tj. natężenie urodzeń w poszczególnych rocznikach wieku matek w danym roku.”²¹

Wykres 6. Współczynnik płodności według grup wieku kobiet w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Konsekwencją obserwowanych zmian w województwie opolskim jest m.in. wyraźne „przesunięcie najwyższej płodności kobiet do grupy 30–34 lata. Znaczący wzrost płodności ma miejsce także w najstarszych grupach wieku”.²² „Zmiany wzorca płodności kształtują średni wiek matek w chwili rodzenia”²³, czego odzwierciedleniem jest wzrost mediany wieku kobiet rodzących dziecko.

Tabela 2. Mediana wieku kobiet w momencie urodzenia dziecka

Wyszczególnienie	2002	2006	2010	2014	2018	2022
WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE						
Ogółem	26,7	27,6	28,1	29,1	29,7	30,2
pierwszego dziecka	24,0	25,2	26,2	27,1	b.d.	28,2
POLSKA						
Ogółem	26,6	27,6	28,6	29,5	30,2	30,7
pierwszego dziecka	24,3	26,6	26,6	27,4	b.d.	28,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

W 2002 r. średni wiek kobiety w momencie urodzenia dziecka w regionie wyniósł 26,7 lat, natomiast w 2022 r. przekroczył granicę 30 lat i ukształtował się na poziomie – 30,2 lat. Wyraźnie wydłużył się także wiek, w którym kobiety rodzą swoje pierwsze dziecko. W ciągu blisko dwóch dekad wzrósł w województwie opolskim o ponad 4 lata.

W województwie opolskim w latach 2011–2021 w średnio w ciągu roku przyjęto 8274 porody, co oznacza, że średnio rocznie ok. 8300 kobiet było w ciąży²⁴. Obserwuje się jednakże systematyczny spadek liczby notowanych porodów.

²¹ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 18

²² GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2017 r. Urodzenia i dzieciństwo, Warszawa 2018, s. 13

²³ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 19

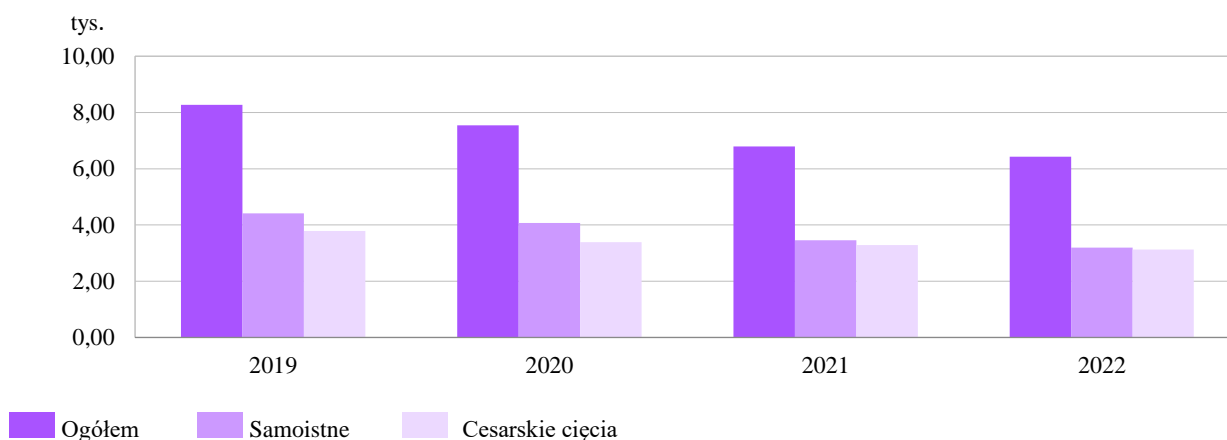
²⁴ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2021-roku,1,12.html> oraz publikacje archiwalne za lata 2011–2020, Warszawa; dostęp w dniu 05.07.2023 r.

W 2022 r. zgodnie z liczbą sprawozdanych przez NFZ hospitalizacji obejmujących następujące produkty według JGP²⁵:

- N01 Poród,
- N02 Poród mnogi lub przedwczesny,
- N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni,
- N09 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni,
- N11 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z powikłaniami,
- N13 Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni.

rozliczono w regionie 6424 porody (łącznie z porodami zarejestrowanymi w KOC) podczas gdy w 2019 r. – 8275²⁶.

Wykres 7. Porody w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, Porody i opieka okołoporodowa, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjU3Zjg1M2YtMDI4Yy00Njk4LTgwYjctMzczNDA0YTljYTM5IiwidCI6IjJINzcvYzE2LWwNzEtNDA1Mi04MzdjLTU0NWJlZTBiMzQwYyIsImMiOjI9>; dostęp w dniu 13.07.2023 r.

Niepokojącym symptomem jest postępujący w województwie wzrost liczby porodów przedwczesnych. „Za dzieci przedwcześnie urodzone uznaje się dzieci, które przyszły na świat przed 37 tygodniem ciąży, natomiast poród przed 28 tygodniem ciąży uznaje się za skrajnie przedwczesny”.²⁷ Według statystyk NFZ w KOC odsetek porodów przedwczesnych w 2022 r. ukształtował się w województwie opolskim na poziomie 8,7% i był wyższy niż notowany przeciętnie w kraju o 1 p. proc (7,7%). Względem 2019 r. jego wartość w regionie zwiększyła się niemal dwukrotnie (z poziomu 4,9%).²⁸ W wyniku porodów przedwczesnych w latach 2011–2021 urodziło się w województwie opolskim ponad 4 tys. dzieci.

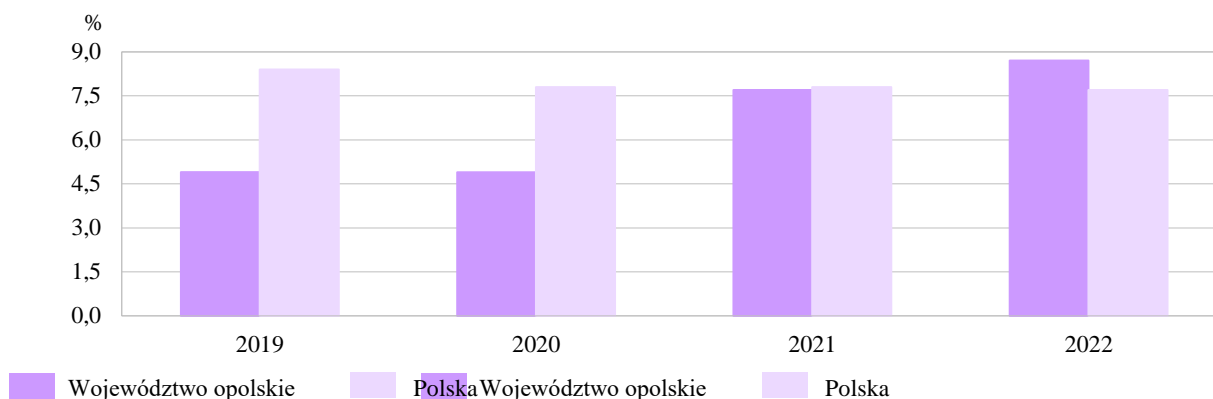
²⁵ https://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-1234-PO_KL_Jednorodne_Grupy_Pacjentow_przewodnik_po_systemie.html, dostęp w dniu 13.07.2023 r.

²⁶ Narodowy Fundusz Zdrowia, Porody i opieka okołoporodowa, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjU3Zjg1M2YtMDI4Yy00Njk4LTgwYjctMzczNDA0YTljYTM5IiwidCI6IjJINzcvYzE2LWwNzEtNDA1Mi04MzdjLTU0NWJlZTBiMzQwYyIsImMiOjI9>; dostęp w dniu 13.07.2023 r.

²⁷ Szredzińska R. – Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Zdrowie dzieci i młodzieży, <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-8fecbaa9-b1b8-4ef7-b9f4-61fc89f3b3aa>; dostęp w dniu 13.07.2023 r.

²⁸ Narodowy Fundusz Zdrowia, Porody i opieka okołoporodowa, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjU3Zjg1M2YtMDI4Yy00Njk4LTgwYjctMzczNDA0YTljYTM5IiwidCI6IjJINzcvYzE2LWwNzEtNDA1Mi04MzdjLTU0NWJlZTBiMzQwYyIsImMiOjI9>; dostęp w dniu 13.07.2023 r.

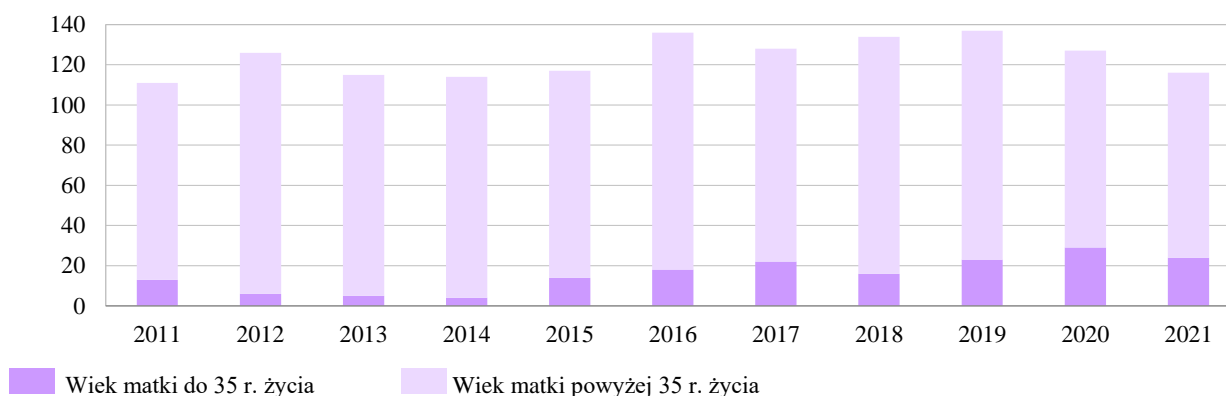
Wykres 8. Odsetek porodów przedwczesnych w KOC



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, *Porody i opieka okołoporodowa*, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjU3Zjg1M2YtMDI4Yy00Njk4LTgwYjctMzczNDA0YTljYTM5IiwidCI6IjJlNzcvYzE2LWMwNzEtNDA1Mi04MzdjLTU0NWJlZTBiMzQwYyIsImMiOiI9>; dostęp w dniu 13.07.2023 r.

W województwie opolskim w latach 2011–2021 średnio corocznie notowano 108 porodów z ciąż mnogich, jednakże w przeciągu dekady liczba porodów z ciąż mnogich zmniejszyła się o 6,1%.

Wykres 9. Porody ciąż mnogich w województwie opolskim (porody w województwie i poza) według wieku matki



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

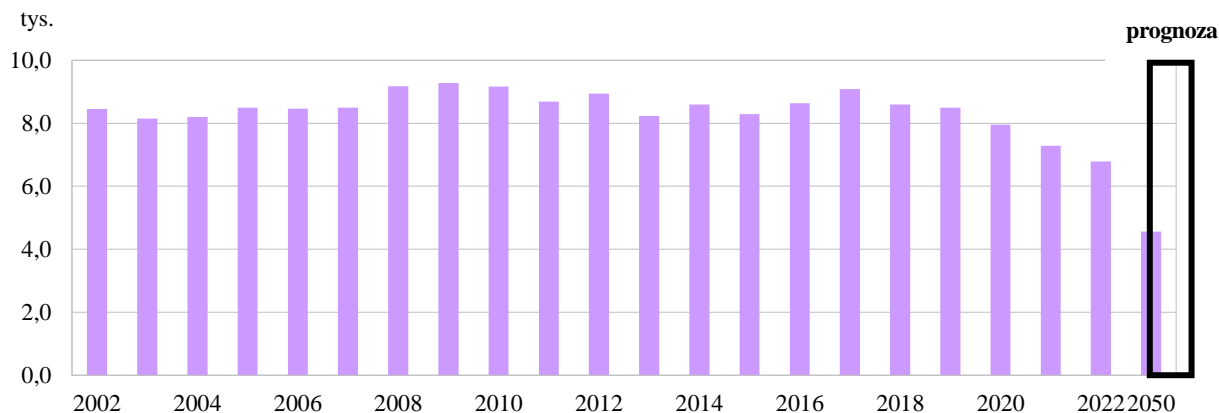
W grupie wiekowej do 35 r. życia matki w omawianym okresie liczba porodów z ciąż mnogich również uległa zmniejszeniu (o 20,0%), natomiast wyraźnie wzrosła w regionie liczba porodów z ciąż mnogich z matek w wieku powyżej 35 r. życia (o 84,6%).

Mając na względzie powyższe dane, priorytetem dla ochrony zdrowia powinno być w szczególności tworzenie sprzyjających warunków dla kobiet w ciąży, które pozwolą m.in. na zminimalizowanie występowania niepożądanych zjawisk (jak m.in. porodów przedwczesnych) oraz objęcie opieką kobiet planujących ciążę.

Na przestrzeni blisko 20-tu ostatnich lat liczba urodzeń żywych w województwie opolskim z niewielkimi wahaniami oscylowała poniżej 9 tys. rocznie. W analizowanym okresie tzw. „boom urodzeniowy” przypadał na lata 2008–2010, a następnie na 2017 rok, po czym zaczął gwałtownie spadać osiągając w 2022 r. poziom 6,8 tys. urodzeń. Zgodnie z prognozami GUS malejący trend

będzie postępował i w 2050 r. liczbę urodzeń w regionie szacuje się na ok. 4,6 tys., co względem 2022 r. oznacza spadek o ok. 32% przy prognozowanym spadku dla kraju wynoszącym ok. 17%.

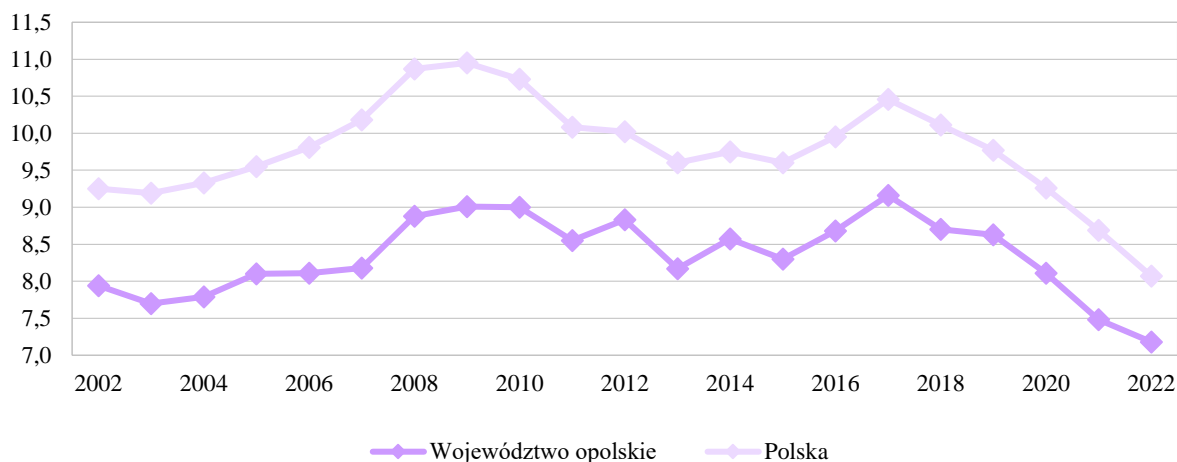
Wykres 10. Urodzenia żywe w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Deficyt urodzeniowy notowany w województwie opolskim jeszcze dobitniej obrazuje współczynnik urodzeń żywych (liczba urodzeń żywych w przeliczeniu na 1000 ludności), który od lat kształtuje się na wyraźnie niższym poziomie niż przeciętnie w kraju.

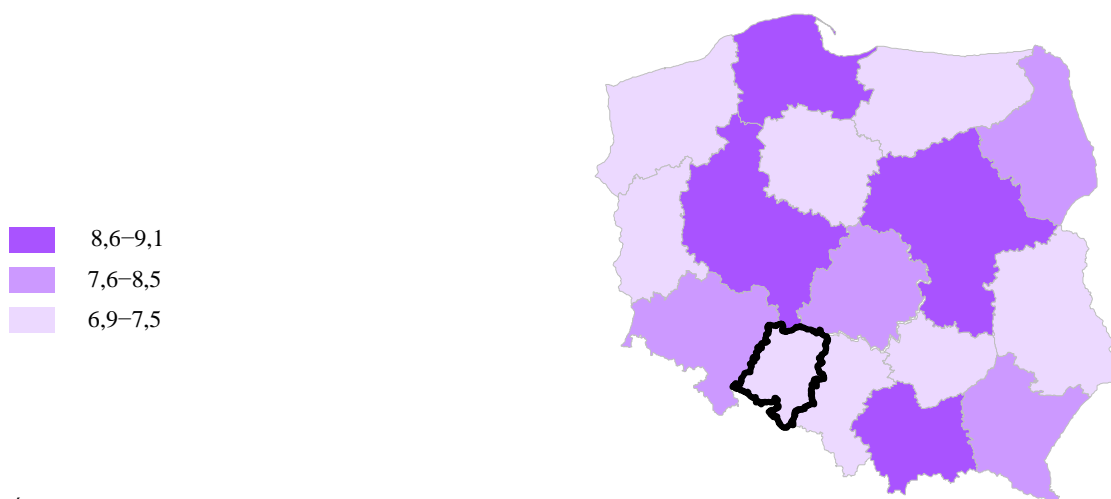
Wykres 11. Współczynnik urodzeń żywych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

W 2022 r. województwo opolskie z wynikiem 7,2 znajdowało się w czołówce regionów o najniższej liczbie urodzeń przypadających na 1000 ludności przy średniej dla kraju wynoszącej 8,1.

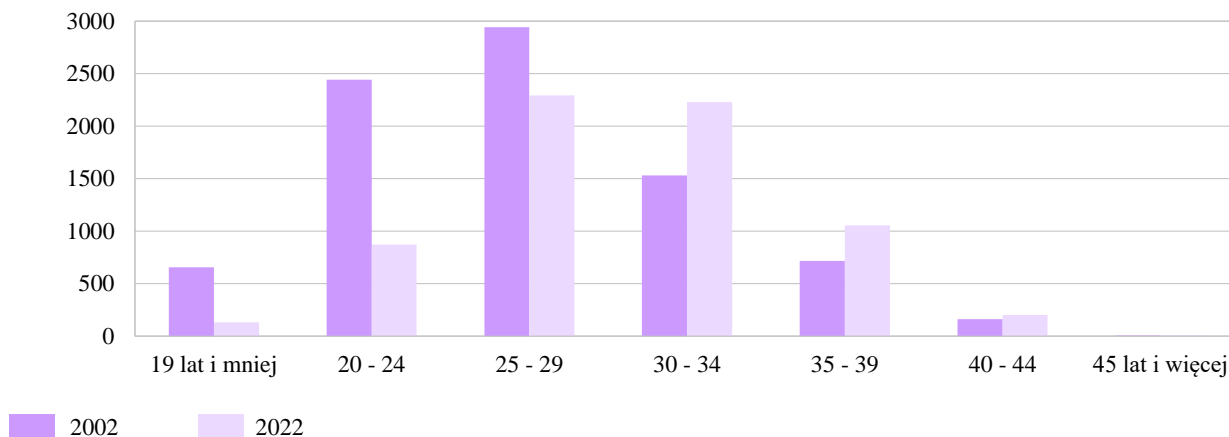
Mapa 2. Współczynnik urodzeń żywych w 2022 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Jak już zasygnalizowano, z uwagi na „zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku przemiany demograficzne” będące „efektem wyborów, jakich dokonywali młodzi ludzie, decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem na założenie rodziny”²⁹ znacznie wydłużył się wiek środkowy rodzających, czego bezpośrednią konsekwencją jest wyraźny wzrost liczby urodzeń żywych wśród matek po 30 roku życia.

Wykres 12. Urodzenia żywe według wieku matki w województwie opolskim



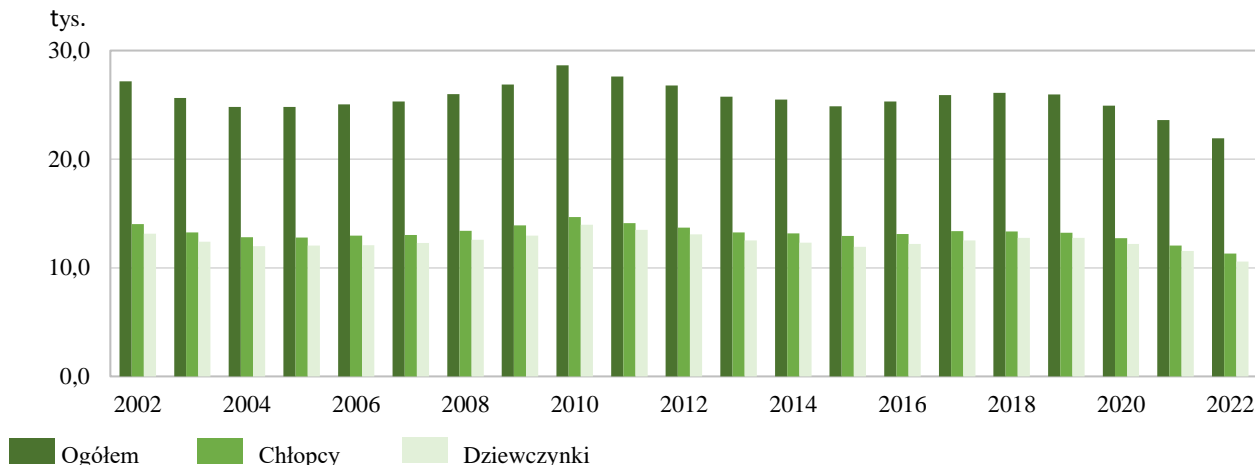
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Baza Demografia.

²⁹ GUS, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015, s. 5.

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia

Według danych GUS w 2022 r. populacja dzieci do 3 roku życia w województwie opolskim liczyła 21,9 tys. osób, z czego 51,7% stanowili chłopcy a 48,3% dziewczynki. W ciągu dwóch dekad liczba dzieci w omawianym wieku zmniejszyła się w regionie o 19,4%.

Wykres 13. Ludność w wieku do 3 roku życia w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Sytuację zdrowotną najmłodszych warunkuje szereg czynników. „Światowa Organizacja Zdrowia opracowała grupę wskaźników podstawowych i rekomendowanych, których monitorowanie pozwoli na analizę sytuacji zdrowotnej najmłodszej populacji. W Polsce monitorowane są w całości wskaźniki z grupy podstawowych”³⁰, należą do nich m.in.: współczynnik zgonów płodów, umieralność noworodków oraz umieralność niemowląt.

Jak wskazuje *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, „ważnymi wskaźnikami analizowanymi w kontekście organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu i połogu są wskaźniki okołoporodowe”.³¹ Wyrażają one „stosunek liczby urodzeń martwych i zgonów niemowląt w wieku 0–6 dni do liczby urodzeń żywych i martwych w danym okresie”.³² W literaturze przedmiotu terminem „martwe urodzenie” określa się „całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22 tygodnia ciąży, który po takim wydalaniu lub wydobywaniu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli”.³³

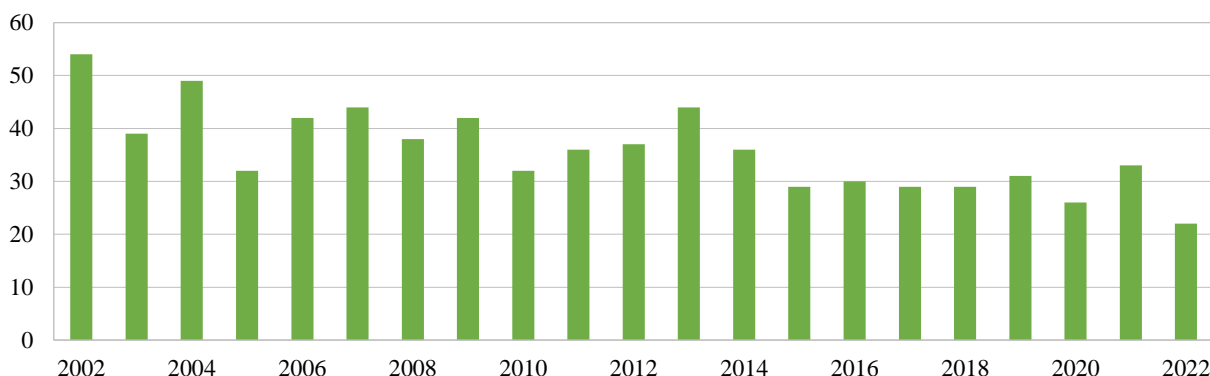
³⁰ Szredzińska R. – Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Zdrowie dzieci i młodzieży, <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-8fecbaa9-b1b8-4ef7-b9f4-61fc89f3b3aa>; dostęp w dniu 13.07.2023 r.

³¹ Ministerstwo Zdrowia, *Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, Warszawa, s.38

³² GUS, <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4271,pojecie.html>, dostęp w dniu 17.07.2023 r.

³³ GUS, <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3944,pojecie.html>, dostęp w dniu 17.07.2023 r.

Wykres 14. Urodzenia martwe w województwie opolskim

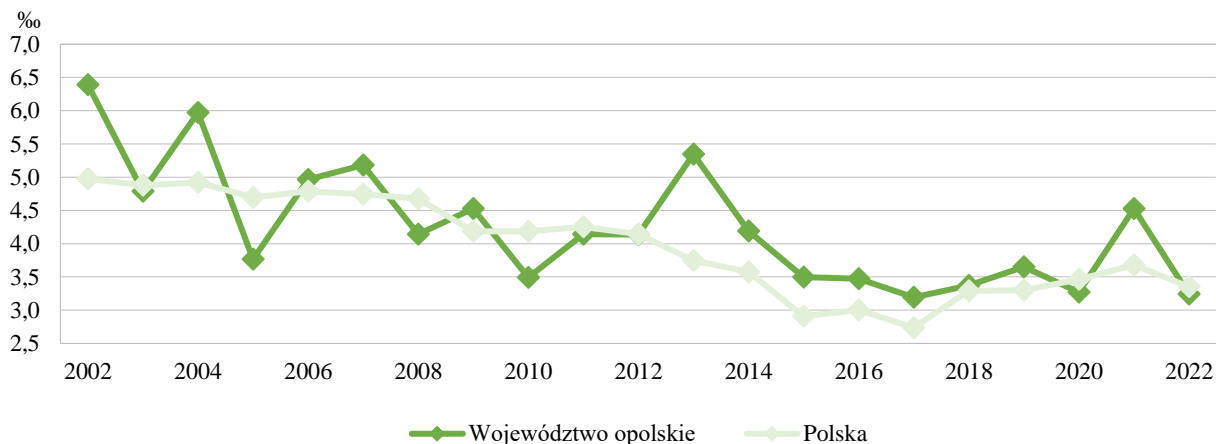


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych oraz Roczniki demograficzne GUS.

W województwie opolskim w 2022 r. odnotowano 22 urodzenia martwe (po 12 urodzeń w miastach i na wsi) wobec 54 (analogicznie: 22 oraz 32) przed dwoma dekadami.

Bardziej miarodajnym miernikiem jest wskaźnik urodzeń martwych (wyrażany liczbą urodzeń martwych w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych), który w 2022 r. ukształtował się w województwie opolskim wraz z województwem lubelskim na poziomie 3,2 ‰ wobec notowanego w 2002 r. – 6,4 ‰.

Wykres 15. Wskaźnik urodzeń martwych

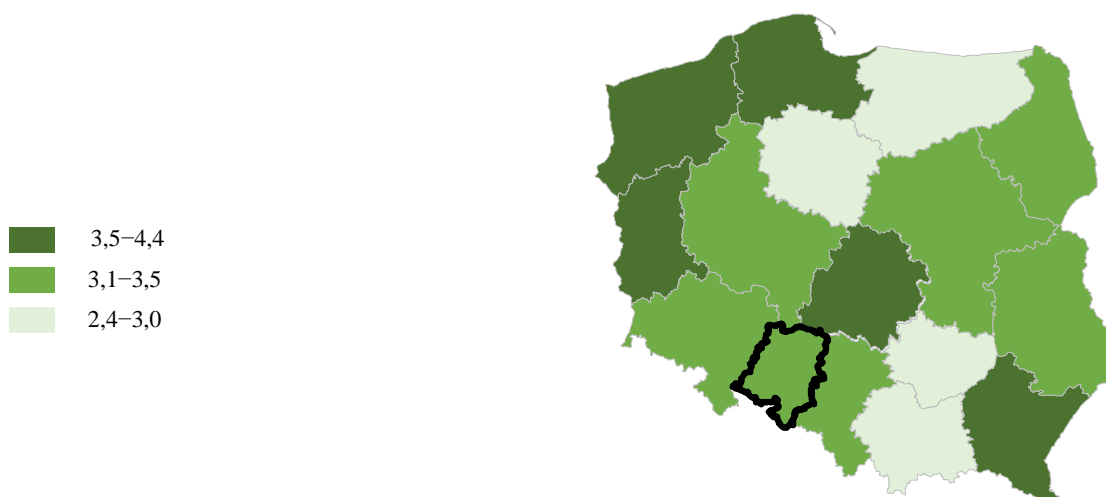


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych oraz Roczniki demograficzne GUS.

Średnio w kraju w analizowanych latach wynosił odpowiednio: 3,4 ‰ oraz 5,0 ‰, co oznacza, że w ciągu 20-tu lat tendencja się odwróciła i w 2022 r. bardziej korzystny wynik obserwuje się aktualnie w województwie opolskim. Zmiana trendu może być efektem podejmowanych w poprzednich latach w regionie działań na rzecz poprawy jakości opieki nad dziećmi.

W 2022 r. w rankingu województw, województwo opolskie z uwagi na liczbę urodzeń martwych przypadających na 1000 urodzeń żywych plasowało się w środkowej części kraju.

Mapa 3. Urodzenia martwe na 1000 urodzeń żywych w 2022 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Terminem „umieralność okołoporodowa” określa się nie tylko urodzenia martwe, ale także „zgony noworodków zmarłych w pierwszym tygodniu życia, których waga urodzeniowa wynosiła co najmniej 500 g lub (gdy nie jest znany ciężar urodzeniowy) urodzonych po 22 tygodniu trwania ciąży lub osiągających długość ciała co najmniej 25 cm (od szczytu czaszki do pięty)”.³⁴

Zgodnie ze statystykami GUS w 2021 r. w województwie opolskim odnotowano 15 zgonów dzieci w pierwszym tygodniu życia, tj. w okresie 0–6 dni, z czego 8 nie przeżyło jednej doby. Miarodajnym wskaźnikiem pozwalającym na dokonywanie porównań rozmiaru omawianego zjawiska jest liczba zgonów noworodków w wieku 0–6 dni na 100 tys. urodzeń żywych. Jak wskazują poniższe dane w województwie opolskim odnotowano wyraźną poprawę analizowanego zjawiska.

Tabela 3. Zgony noworodków w wieku 0–6 dni na 1000 urodzeń żywych

Grupy wieku	2010			2015		
	Ogółem	Miasta	Wieś	Ogółem	Miasta	Wieś
WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE						
W wieku 0 dni	207	189	227	133	116	151
W wieku 1–6 dni	55	63	45	72	46	101
POLSKA						
W wieku 0 dni	164	163	166	116	113	121
W wieku 1–6 dni	99	102	94	90	94	84

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-województw-2022,4,17.html>, dostęp w dniu 18.07.2023 r.

Zaprezentowane dane charakteryzujące zjawisko urodzeń martwych jak i zgonów noworodków w wieku 0–6 dni są bazą do „opracowywania współczynnika umieralności okołoporodowej, który oznacza stosunek liczby urodzeń martwych i zgonów osób w wieku 0–6 dni do liczby urodzeń żywych i martwych w danym okresie”. Współczynnik umieralności okołoporodowej jest ważnym wskaźnikiem wykorzystywanym w analizie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej państwa. Pozwala na efektywne i terminowe planowanie działań zdrowotnych poprzez wdrażanie działań w zakresie zdrowia okołoporodowego, dostępność sieci instytucji opieki zdrowotnej oraz zapewnienie

³⁴ GUS, <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3942,pojcie.html>, dostęp w dniu 17.07.2023 r.

standaryzacji procedur tak, aby każda kobieta w ciąży i każde dziecko otrzymało najlepszą możliwą opiekę w okresie ciąży i we wczesnym okresie noworodkowym. Stanowi to najlepszy punkt wyjścia do zapewnienia dobrej jakości życia dziecka. Umieralność okołoporodowa jest jednym z podstawowych czynników określających kondycję zdrowotną ludności – obok ogólnego natężenia zgonów i parametrów trwania życia.³⁵

Tabela 4. Współczynnik umieralności okołoporodowej

Lata	Ogółem	Miasta	Wieś
WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE			
2010	6,1	4,8	7,5
2015	5,5	5,3	5,8
2020	4,9	4,4	5,4
POLSKA			
2010	6,8	6,7	6,9
2015	5,0	4,9	5,1
2020	5,3	5,3	5,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-województw-2022,4,17.html>, dostęp w dniu 18.07.2023 r.

W 2010 r. współczynnik umieralności okołoporodowej ukształtował się w regionie na poziomie 6,1‰ i w ciągu dekady zdecydowanie obniżył się, osiągając w 2020 r. wartość 4,9‰, na co bezpośredni wpływ miało „obniżanie się poziomu umieralności niemowląt, a także stosunkowo niska liczba urodzeń martwych”.³⁶

Na tle pozostałych województw, województwo opolskie w 2020 r. zajmowało 4 lokatę, przy najniższej wartości ogółem notowanej dla województwa lubuskiego wynoszącej 4,5.

Tabela 5 Współczynnik umieralności okołoporodowej w 2020 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś
POLSKA	5,3	5,3	5,3
Dolnośląskie	5,4	5,7	4,8
Kujawsko-Pomorskie	6,0	6,4	5,5
Lubelskie	6,0	7,1	5,0
Lubuskie	4,5	4,9	3,8
Łódzkie	5,0	4,8	5,4
Małopolskie	4,7	4,4	4,9
Mazowieckie	4,6	4,3	5,2
Opolskie	4,9	4,4	5,4
Podkarpackie	5,3	4,7	5,7
Podlaskie	7,5	7,5	7,7
Pomorskie	5,7	5,8	5,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 134

³⁵ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 132

³⁶ Jw.

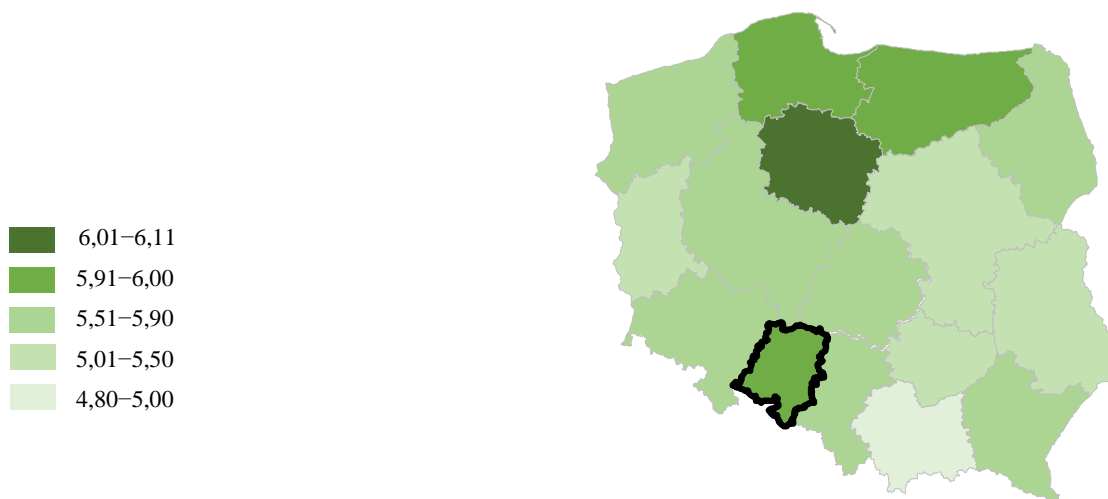
Tabela 5. Współczynnik umieralności okołoporodowej w 2020 r. (dok.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Miasta	Wieś
Śląskie	5,6	5,9	4,5
Świętokrzyskie	5,9	5,7	6,0
Warmińsko-Mazurskie	6,7	7,0	6,2
Wielkopolskie	5,0	4,6	5,5
Zachodniopomorskie	5,3	4,8	6,2

Źródło: GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 134

Z uwagi na fakt, iż „ze względu na niewielkie ilości faktów do jakich się odnosi”³⁷ współczynnik umieralności okołoporodowej podczas jego analizy warto operować średnią. Poniższa mapa ilustruje wartość omawianego miernika uwzględniającą średnią z lat: 2011–2020.³⁸ Województwo opolskie plasowało się w środkowej części rankingu wszystkich województw.

Mapa 4. Współczynnik umieralności okołoporodowej (średnia dla lat 2011–2020)



Źródło: GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 133

Jak zaznaczono powyżej opieka okołoporodowa stanowi bardzo ważny, aczkolwiek nie jedyny element działań na rzecz zdrowia całej populacji charakteryzujący stan zdrowia społeczeństwa oraz poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych.

„Umieralność niemowląt jest prawdopodobnie jednym z najdawniej używanych (negatywnych) wskaźników stanu zdrowia – obrazującym stopień, w jakim społeczeństwa są w stanie uchronić dziecko od ryzyka utraty życia”.³⁹ Za „niemowlę” uznaje się „dziecko, które nie ukończyło 1 roku życia (wiek 0 ukończonych lat)”.⁴⁰

Analizując umieralność niemowląt, czyli dzieci do 1 roku życia warto spojrzeć jak kształtował się udział zgonów tej grupie wiekowej wśród całej populacji. Jak wskazuje poniższy wykres,

³⁷ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 133

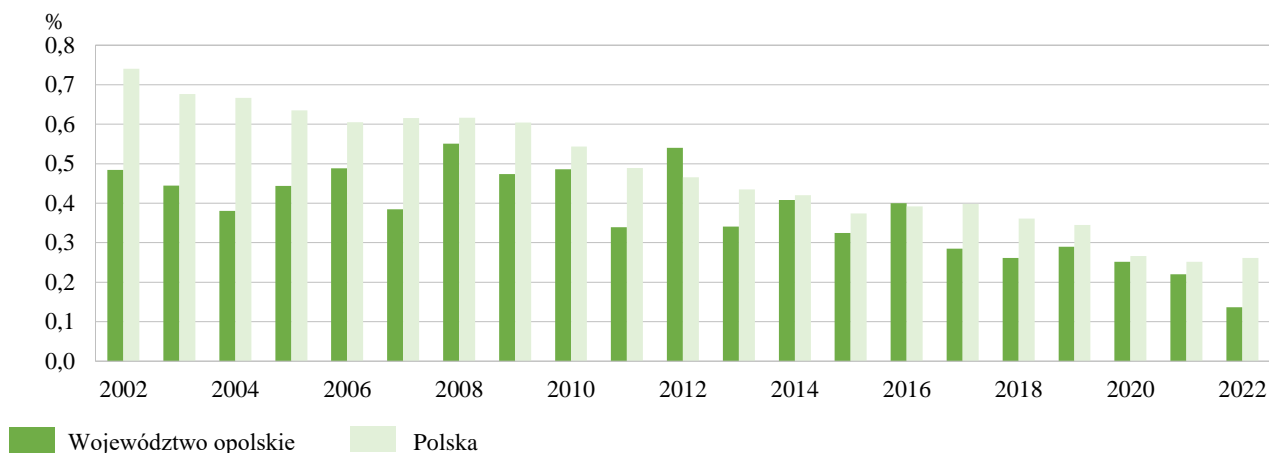
³⁸ Jw.

³⁹ Szamotulska K., Mierzejewska E., Zgony niemowląt i noworodków w latach 1995–2015 w Polsce; *Developmental Period Medicine*, 2017;XXI,2, <https://sciendo.com/article/10.34763/devperiodmed.20172102.104110>, dostęp w dniu 17.07.2023 r.

⁴⁰ <https://www.katowice.uw.gov.pl/download/1343>, dostęp w dniu 18.07.2023 r.

pozytywnym zjawiskiem obserwowanym w województwie opolskim (podobnie jak przeciętnie w kraju) jest fakt, iż śmiertelność wśród niemowląt w analizowanym okresie wyraźnie się zmniejsza.

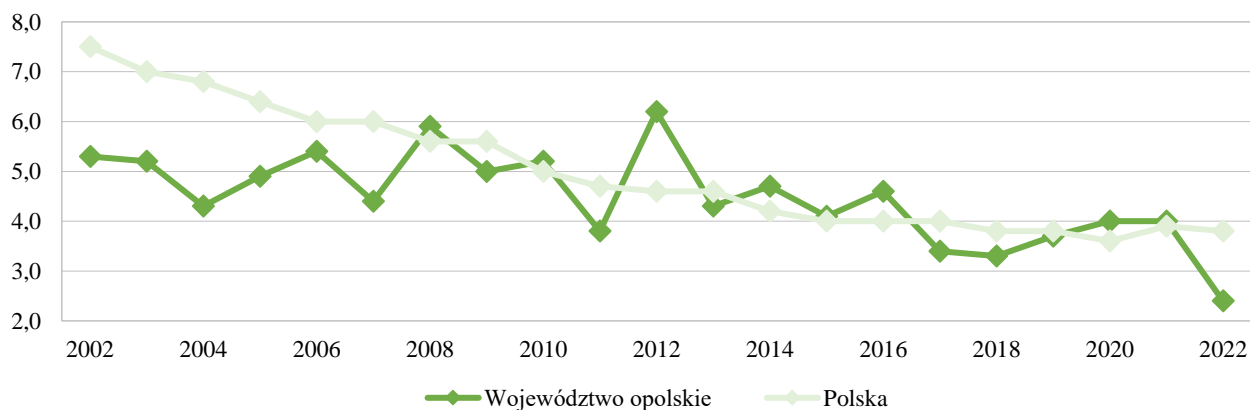
Wykres 16. Odsetek zgonów niemowląt w ogólnej liczbie zgonów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Współczynnik umieralności niemowląt definiowany jako „stosunek liczby zgonów niemowląt w danym okresie do liczby urodzeń żywych w tym okresie – wyrażony w ‰ (tj. na 1000 urodzeń żywych)”⁴¹ osiągnął w 2022 r. poziom 2,4‰ i w ciągu dwóch dekad obniżył się województwie opolskim o ponad połowę (w 2002 r. wynosił 5,3‰). Uzyskany efekt po raz kolejny może świadczyć, że wdrożony w regionie szereg usprawnień w zakresie poprawy jakości opieki nad matką i dzieckiem zaczął procentować.

Wykres 17. Współczynnik zgonów niemowląt

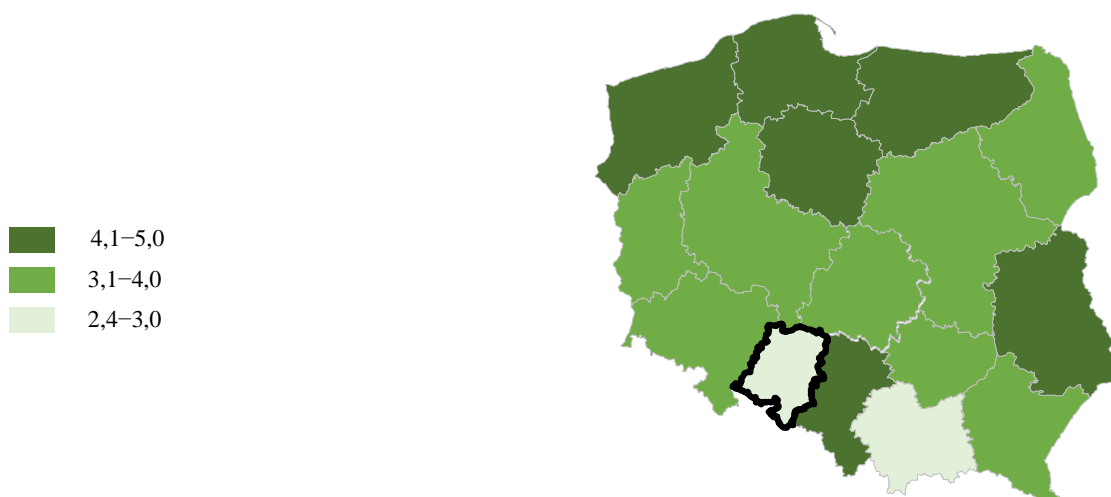


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

W 2022 r. województwo opolskie wraz z województwem małopolskim znajdowało się w czołówce regionów o najniższej liczbie zgonów niemowląt przypadających na 1000 urodzeń żywych, przy średniej dla kraju wynoszącej 3,8. Osiągnięty w regionie rezultat może być pokłosiem realizowanych w poprzednich latach działań na rzecz poprawy opieki nad matką i dzieckiem.

⁴¹ GUS, <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3961,pojciec.html>, dostęp w dniu 17.07.2023 r.

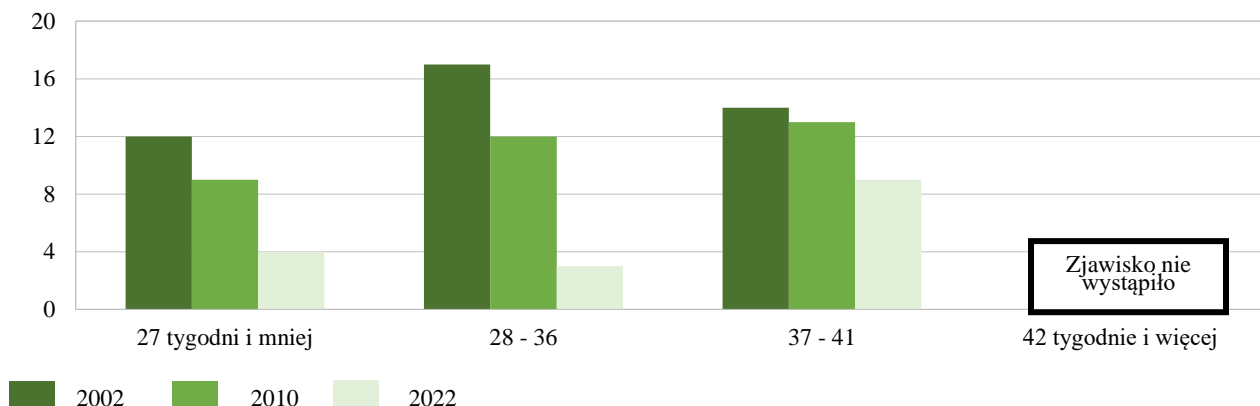
Mapa 5. Współczynnik zgonów niemowląt w 2022 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

„Istnieje szereg czynników istotnych z punktu widzenia kondycji płodu i urodzenia, które mają bezpośredni wpływ na zdrowie czy wręcz przeżycie dziecka. Głównym czynnikiem warunkującym ryzyko zgonu w pierwszym roku życia jest okres trwania ciąży. Im krótszy okres trwania ciąży, tym mniejsze są szanse przeżycia”⁴².

Wykres 18. Zgony niemowląt według okresu trwania ciąży w województwie opolskim



Uwaga: W 2002 r. nie uwzględniono 2 zgonów niemowląt o nieustalonym okresie trwania ciąży.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Baza Demografia.

W nawiązaniu do porodów przedwczesnych omówionych na s. 11 niniejszego Programu w części poświęconej epidemiologii Podprogramu pn.: *Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie*, szanse przeżycia dzieci urodzonych przedwcześnie, czyli tych które przyszły na świat przed 37 tygodniem ciąży w województwie opolskim w ciągu dwudziestu lat znacznie wzrosły. W 2002 r. odsetek zgonów wśród dzieci, które urodziły się jako wcześniaki kształtował się na poziomie 67,4% podczas gdy w 2022 obniżył się do pułapu 43,8%. Prezentowane statystyki dowodzą, że rozwój medycyny jak i działania podejmowane w regionie radykalnie zminimalizowały ryzyko utraty życia w okresie niemowlęcym.

⁴² GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 124

Jak już zasygnalizowano, w województwie opolskim, jak i przeciętnie w kraju notuje się zdecydowany spadek liczby notowanych zgonów niemowląt. Należy mieć jednak na uwadze, że „liczba tygodni trwania ciąży, po których następuje urodzenie, przekłada się na stopień rozwoju płodu, m.in. na jego masę urodzeniową, a dzieci urodzone przedwcześnie, cechujące się niską i skrajnie niską masą urodzeniową obarczone są najwyższym ryzykiem zgonu w pierwszym roku życia”.⁴³

Tabela 6. Zgony niemowląt według wagi urodzeniowej

Waga przy urodzeniu	Ogółem		Miasta		Wieś	
	2002	2022	2002	2022	2002	2022
WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE						
2500 g i więcej	18	10	7	7	11	3
2499 g i mniej	27	6	20	4	7	2
POLSKA						
2500 g i więcej	881	364	475	217	406	147
2499 g i mniej	1766	800	1066	476	700	324

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Baza Demografia, <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>, dostęp w dniu 18.07.2023 r.

W województwie opolskim wyraźnie zmniejsza się liczba zgonów dzieci z niską masą urodzeniową, definiowaną w literaturze przedmiotu jako „masa ciała poniżej 2500 g”, która „jest głównym czynnikiem ryzyka umieralności niemowląt”.⁴⁴

Analiza liczby zgonów niemowląt wykazała, że najczęstszymi przyczynami zgonów w województwie opolskim (podobnie jak w kraju) były „choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka”.⁴⁵

Tabela 7. Zgony niemowląt według wybranych przyczyn na 100 tys. urodzeń żywych

Wyszczególnienie	Ogółem		Miasta		Wieś	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE						
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	161,2	123,5	135,1	134,4	188,5	112,2
w tym wady wrodzone serca	69,1	13,7	45,0	26,9	94,3	0,0
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	184,2	233,4	270,2	215,0	94,3	252,5
w tym zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu	115,1	151,0	157,6	80,6	70,7	224,5
Zespół nagłej śmierci niemowląt	34,5	13,7	22,5	26,9	47,1	0,0

Uwaga: Zapis (0,0) oznacza, że zjawisko istniało, jednakże w ilościach mniejszych od liczb, które mogły być wyrażone uwidocznionymi w tablicy znakami cyfrowymi.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

⁴³ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 126

⁴⁴ Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r, Warszawa, s.39

⁴⁵ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 128

Tabela 7. Zgony niemowląt według wybranych przyczyn na 100 tys. urodzeń żywych (dok.)

Wyszczególnienie	Ogółem		Miasta		Wieś	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
POLSKA						
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	162,7	153,2	148,4	149,8	182,5	158,2
w tym wady wrodzone serca	59,2	42,2	51,4	40,1	70,1	45,2
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	244,8	196,1	247,2	193,5	241,5	199,7
w tym zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu	169,2	102,6	171,0	100,4	166,6	105,7
Zespół nagłej śmierci niemowląt	14,7	5,7	15,5	8,2	13,5	2,2

Uwaga: Zapis (0,0) oznacza, że zjawisko istniało, jednakże w ilościach mniejszych od liczb, które mogły być wyrażone uwidocznionymi w tablicy znakami cyfrowymi.

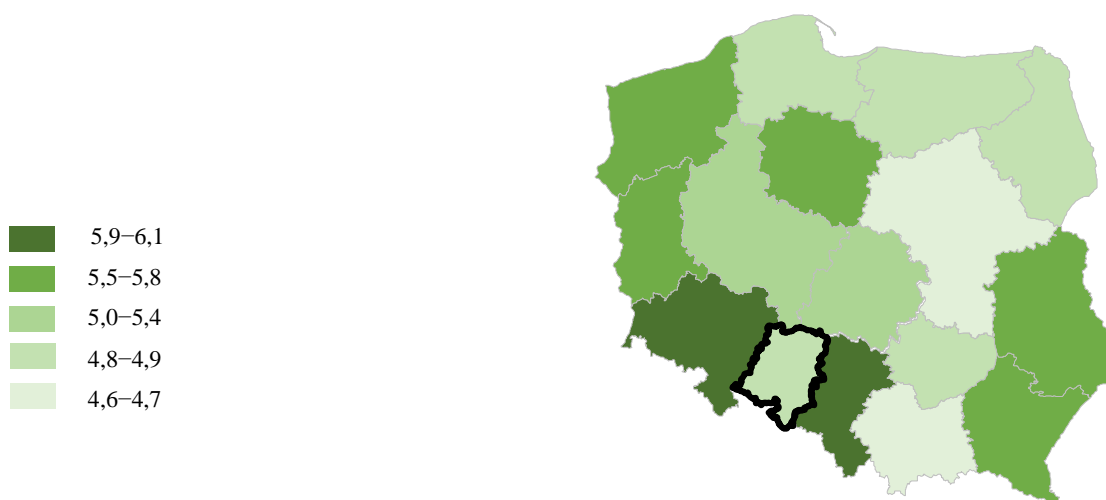
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Niepokojącym jest, że w ciągu dekady odnotowano w regionie wyraźny wzrost liczby zgonów z powodu w/w przyczyn, natomiast w kraju tendencja była odwrotna. W 2021 r. w województwie opolskim na 100 tys. urodzeń żywych przypadały 233 zgony w wyniku stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym podczas gdy w 2011 r. – 184. Wady wrodzone są równie ważnym czynnikiem przyczyniającym się do śmiertelności okołoporodowej, stanowiąc drugą w kolejności przyczynę zgonów niemowląt.

Wczesniactwo stanowi w Polsce również jedną z częstszych przyczyn zgonów noworodków⁴⁶. Zagadnienie to opisano szerzej na s. 11 niniejszego Programu w części poświęconej epidemiologii Podprogramu pn.: *Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie*.

Tożsamo jak w przypadku współczynnika umieralności okołoporodowej, dokonując analizy współczynnika zgonów niemowląt warto wnioskować na podstawie średniej. Poniższa mapa ilustruje wartość omawianego miernika uwzględniającą średnią z lat: 2001–2020.⁴⁷ Województwo opolskie plasowało się w dolnej części rankingu wszystkim województw.

Mapa 6. Współczynnik zgonów niemowląt (średnia dla lat 2001–2020)



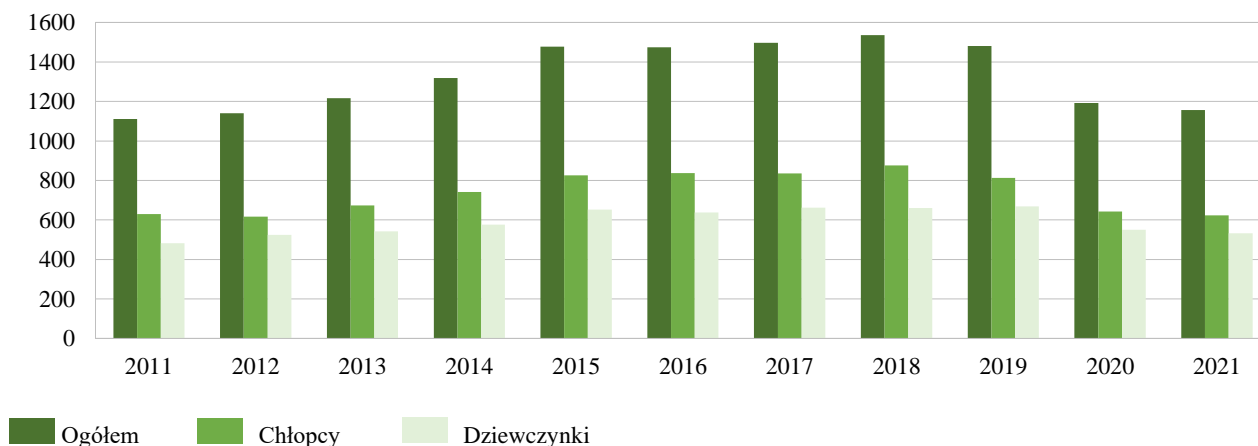
Źródło: GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 130

⁴⁶ Raport Instytutu Matki i Dziecka „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w szpitalach publicznej służby zdrowia” za lata 1999-2003

⁴⁷ GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021, s. 130

Według danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2011–2021 średniorocznie zabiegom rehabilitacyjnym z powodu rozpoznania wady rozwojowej poddawano 1327 dzieci w wieku do 3 roku życia. W 2021 r. było to 1156 dzieci (w tym 624 chłopców i 532 dziewczynki), co w relacji do stanu notowanego w 2011 r. oznacza wzrost liczby rehabilitowanych dzieci w związku ze stwierdzoną wadą rozwojową o 4,1%.

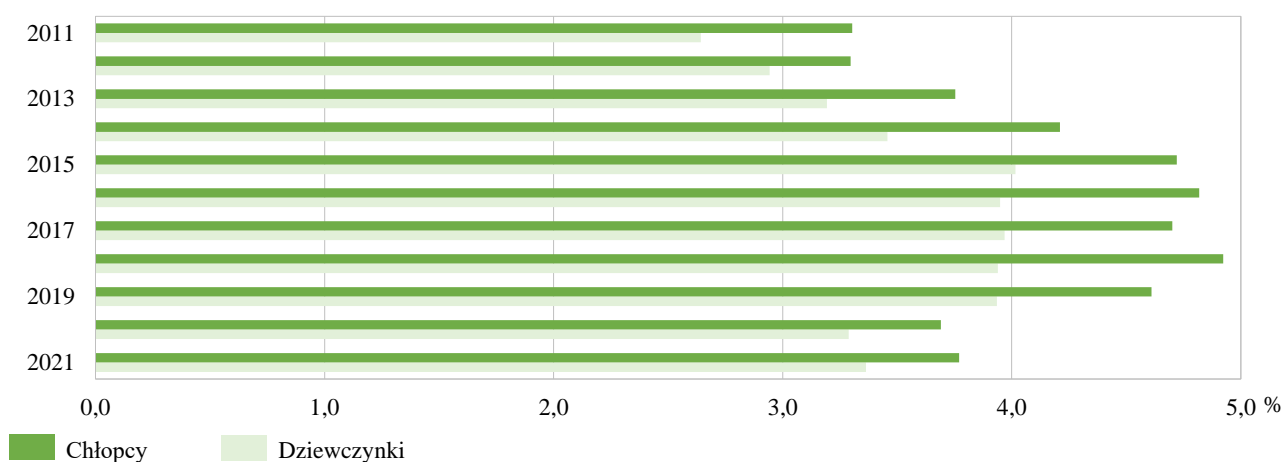
Wykres 19. Populacja dzieci w wieku do 3 r. życia poddanych zabiegom rehabilitacyjnym z powodu rozpoznania wady rozwojowej według płci w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analizując w/w problem, warto spojrzeć jak kształtował się w regionie udział dzieci rehabilitowanych w ogólnej populacji dzieci do 3 r. życia. Największe nasilenie wystąpiło w 2015–2018, kiedy to omawiany odsetek oscylował w granicach 4,7%–4,9%, po czym zaczął spadać i w 2021 r. osiągnął poziom 3,6%. Wyższe udziały odnotowano w populacji chłopców niż dziewcząt.

Wykres 20. Odsetek dzieci poddanych zabiegom rehabilitacyjnym z powodu rozpoznania wady rozwojowej w ogólnej populacji w wieku do 3 r. życia według płci w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wsparcie rodziców po stracie dziecka

Zagadnienie dot. urodzeń martwych opisano szerzej na s. 16 niniejszego Programu w części poświęconej epidemiologii Podprogramu pn.: *Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia*.

Zgodnie z Raportem NIK pt. „*Informacja o wynikach kontroli – opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń*” „w Polsce około 10–15% wszystkich ciąży kończy się poronieniem”. W 2017 r. w kraju „u ponad 40 tys. kobiet ciąża zakończyła się poronieniem a w 2019 r. – u ponad 39 tys.”.⁴⁸ W województwie opolskim w analogicznym okresie odnotowano 899 oraz 1068 poronień samoistnych.⁴⁹ Jak wskazują zaprezentowane poniżej dane województwo opolskie było regionem, w którym w analizowanych latach odnotowano największy wzrost liczby poronień samoistnych w kraju.

Tabela 8. Poronienia samoistne

Wyszczególnienie	2017	2019	Wzrost/spadek w relacji do 2017 r. (w %)
POLSKA	40 886	39 181	-4,2
Dolnośląskie	2 941	2 663	-9,5
Kujawsko-Pomorskie	2 229	2 256	1,2
Lubelskie	2 133	1 826	-14,4
Lubuskie	910	938	3,1
Łódzkie	2 662	2 356	-11,5
Małopolskie	3 198	2 944	-7,9
Mazowieckie	6 019	5 677	-5,7
Opolskie	899	1 068	18,8
Podkarpackie	2 474	2 538	2,6
Podlaskie	1 135	1 212	6,8
Pomorskie	3 167	3 165	-0,1
Śląskie	4 501	4 631	2,9
Świętokrzyskie	1 388	1 162	-16,3
Warmińsko-Mazurskie	1 387	1 357	-2,2
Wielkopolskie	4 151	3 971	-4,3
Zachodniopomorskie	1 692	1 417	-16,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIK Informacja o wynikach kontroli OPIEKA NAD PACJENTKAMI W PRZYPADKACH PORONIEŃ I MARTWYCH URODZEŃ, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf>, dostęp w dniu 19.07.2023 r.

Mając na względzie skalę omawianych zjawisk w regionie, tj. urodzeń martwych oraz poronień samoistnych, niezbędnym staje się zapewnienie rodzicom po stracie szerokiego wsparcia, ponieważ zarówno urodzenie martwego dziecka jak i „utrata ciąży na skutek poronienia” są wydarzeniami biomedycznymi, które wywierają ogromny wpływ na funkcjonowanie psychiczne kobiety i jej rodziny.⁵⁰ Zaprojektowane w niniejszym Podprogramie interwencje stanowią odpowiedź na wyżej

⁴⁸ Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli OPIEKA NAD PACJENTKAMI W PRZYPADKACH PORONIEŃ I MARTWYCH URODZEŃ, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf>, dostęp w dniu 19.07.2023 r.

⁴⁹ Jw.

⁵⁰ Jw.

zdiagnozowane w województwie opolskim problemy i będą realizowane w ramach odrębnego Podprogramu 3.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu

Z uwagi na fakt, iż adresatami programu są kobiety w ciąży i do 6 miesięcy po porodzie, noworodki oraz dzieci do 3 roku życia oraz personel służb świadczących usługi zdrowotne, subpopulację kwalifikującą się do włączenia do Programu należy określić odrębnie dla każdego z zaprojektowanych Podprogramów.

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego liczba mieszkańców województwa opolskiego na dzień 31 grudnia 2022 r. liczyła 942441 osób, w tym 486920 kobiet⁵¹. W latach 2011–2021 w województwie opolskim średnio w ciągu roku notowano 8274 porody, co oznacza, że średnio rocznie ok. 8300 kobiet było w ciąży⁵². Biorąc pod uwagę, iż Podprogram 1 kierowany jest do kobiet w ciąży i do 6 miesięcy po porodzie oraz uwzględniając powyższe trendy szacuje się, że wsparciem w ramach niniejszego Podprogramu objętych zostanie ok. 8000 kobiet rocznie.

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia

Liczba mieszkańców województwa opolskiego w wieku do 3 roku życia w końcu grudnia 2022 r. wyniosła zgodnie ze statystykami GUS 21906 osób, z czego 11320 chłopców oraz 10586 dziewczynek.⁵³ Dane Opolskiego Oddziału NFZ wskazują, że spośród omawianej populacji w województwie opolskim w latach 2011–2021 łącznie 14602 dzieci zostało poddanych zabiegom rehabilitacyjnym z powodu rozpoznania wady rozwojowej. Oznacza, to że corocznie blisko 1330 dzieci do 3 roku życia wymagało rehabilitacji według w/w wskazań medycznych. Liczba przedwcześnie urodzonych dzieci natomiast w analizowanych latach ukształtowała się na poziomie 4242, czyli ok. 385 dzieci rocznie.

Podprogram 2 kierowany jest do populacji dzieci do 3 roku życia w województwie opolskim, zatem szacuje się, że działaniami w ramach niniejszego Podprogramu objętych zostanie corocznie ok. 22000 dzieci, z czego ok. 70% dzieci skorzysta z interwencji w ramach bloku „*pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka*”, a z tej puli ok. 10% skorzysta z interwencji w ramach bloku „*niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 roku życia*”.

Wsparcie rodziców po stracie dziecka

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego za lata 2011–2021 w województwie opolskim corocznie rejestrowano średnio ok. 33 urodzeń martwych. Raport NIK pt. „*Informacja o wynikach kontroli – opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń*” wskazuje natomiast, że „w Polsce około 10–15% wszystkich ciąż kończy się poronieniem”.

⁵¹ <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>; dostęp w dniu 05.07.2023 r.

⁵² <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2021-roku,1,12.html> oraz publikacje archiwalne za lata 2011–2020, Warszawa; dostęp w dniu 05.07.2023 r.

⁵³ <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>; dostęp w dniu 06.07.2023 r.

W województwie opolskim w 2017 r. odnotowano 899 poronień oraz w 2019 r. – 1068 poronień samoistnych.⁵⁴ Mając na względzie powyższe, wsparciem w ramach Podprogramu 3 planuje się objąć ok. 1000 osób rocznie.

Szkolenia dla personelu

W ramach działań wspierających planuje się objąć szkoleniami ok. 100 osób z personelu medycznego, w szczególności dla pielęgniarek, położnych i lekarzy. Kształcenie będzie odbywać się zgodnie z obowiązującymi standardami kształcenia personelu medycznego.

Obecne postępowanie

„Poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3 jest jednym z priorytetów zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469 z późn. zm.).”⁵⁵

Jak wskazano, przedmiotowe w tej części kwestie zostaną zaprezentowane oddzielnie dla każdego odbiorcy wsparcia zgodnie z wyodrębnionymi Podprogramami.

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie

„Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej”⁵⁶ jest usankcjonowany w załączniku do *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1756). Niniejszy dokument „określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:

- ✓ **amniotomii,**
- ✓ **indukcji porodu,**
- ✓ **stymulacji czynności skurczowej,**
- ✓ **podawania opioidów,**
- ✓ **nacięcia krocza,**
- ✓ **cięcia cesarskiego,**
- ✓ **podania noworodkowi mleka modyfikowanego**

– z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.”

Punkt 6 w/w rozporządzenia stanowi, że „ciążarną lub rodzącą kieruje się do podmiotu leczniczego wykonującego działalność w zakresie opieki okołoporodowej, posiadającego oddział o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że:

- ✓ **I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą,**

⁵⁴ Jw.

⁵⁵ Program polityki zdrowotnej pn.: „Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupska na lata 2022–2030”, Słupsk 2022, s. 10

⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Warszawa 2018, poz. 1756

porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,

- ✓ **II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,**
- ✓ **III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży”.**⁵⁷

W/w załącznik określa również zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania.

Tabela 9 . Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
Do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Badanie gruczołów sutkowych. 4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie. 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika. 9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi. 2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy. 6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM. 7. Badanie VDRL. 8. Zalecenie kontroli stomatologicznej. 9. Badanie HIV i HCV. 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży. 11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji. 12. Oznaczenie TSH
11–14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).
15–20 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu.
18–22 tydzień ciąży		<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.
21–26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozpoczęcie edukacji przedporodowej. 	

Źródło: Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Warszawa 2018, poz. 1756.

⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Warszawa 2018, poz. 1756

Tabela 9 Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania (cd.)

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
21–26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia. 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24–26 tydzień ciąży). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–26 tygodniu ciąży) – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (-). 4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM).
27–32 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (-). 4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. 5. W przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anti-D (28–30 tydzień ciąży).
33–37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Ocena ruchów płodu. 7. Badanie gruczołów sutkowych. 8. Pomiar masy ciała. 9. Ocena ryzyka ciążowego. 10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 11. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie antygenu HBs. 4. Badanie HIV. 5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży). 6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.
38–39 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. <p>W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.

Źródło: Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Warszawa 2018, poz. 1756.

Tabela 9 Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania (dok.)

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu – kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy – indywidualizacja postępowania. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.

Źródło: Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Warszawa 2018, poz. 1756.

Od czerwca 2016 kobiety mogą korzystać z koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC)⁵⁸, którą Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił pod koniec grudnia 2015 r. Celem programu jest zapewnienie przyszłym mamom pełnej, dostępnej, bezpiecznej opieki wysokiej jakości w czasie fizjologicznej ciąży, porodu i po urodzeniu dziecka.

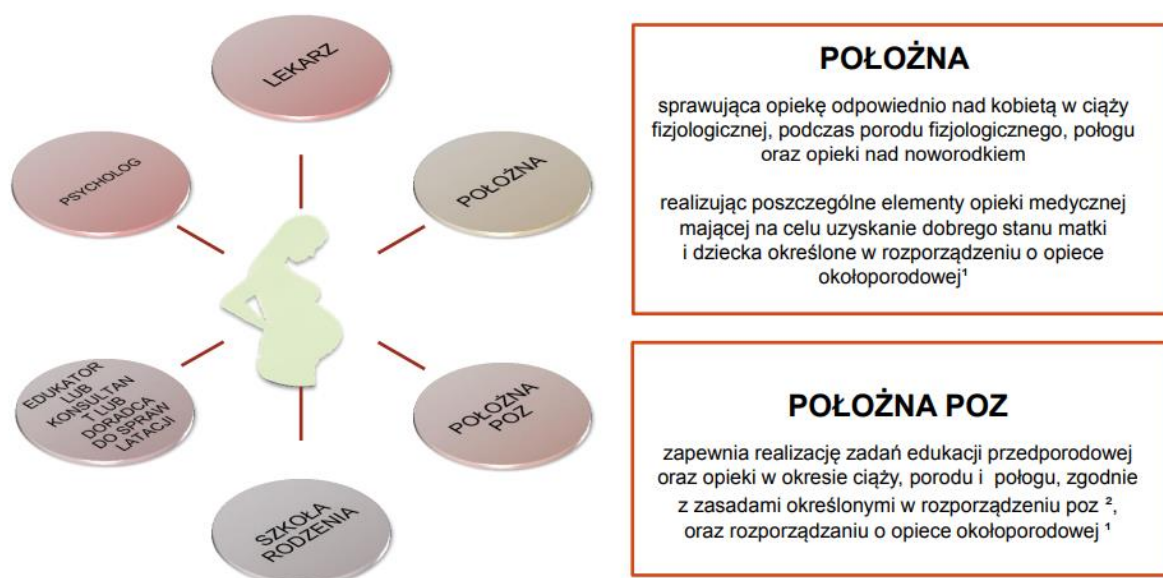
Świadczenia „Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży”, realizowane są zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej oraz standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia, takich jak:

- Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
- Rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego,
- Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- Rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego,
- Rozporządzenie w sprawie standardu postępowania medycznego w przypadkach powikłań.

Natomiast świadczenia w ramach KOC są udzielane wg poniższego schematu.

⁵⁸ „Zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” wprowadzające nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC).

Schemat 1. Organizacja świadczeń w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży



¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012, poz. 1100). ² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005, Nr 2014, poz. 1816)

Źródło: NFZ, Organizacja opieki koordynowanej nad matką i dzieckiem, <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>, dostęp w dniu 22.07.2023 r.

Zgodnie z w/w rozporządzeniem „nad bezpieczeństwem mamy i dziecka będzie czuwać zespół złożony z lekarza ginekologa, położnej oraz lekarzy szpitala. W ramach opieki koordynowanej zespół będzie zapewniał całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży lub zgłoszenia się pacjentki do czasu ukończenia przez dziecko pierwszych sześciu tygodni życia. Opieka po urodzeniu dziecka będzie obejmować między innymi wizyty położnej w domu oraz konsultacje w zakresie karmienia piersią”⁵⁹.

W myśl zarządzenia, „kobiety w ciąży, które zgłoszą się do programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, uzyskają w ramach opieki finansowanej przez NFZ, pełnoprofilową opiekę w okresie ciąży, porodu oraz w okresie sześciu tygodni po urodzeniu dziecka. Szpital – współkoordynator programu zapewni jakość, ciągłość i kompleksowość opieki – będzie mógł przystąpić do programu, jeżeli realizował minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczy dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej”⁶⁰. Oznacza to dalszą instytucjonalizację wsparcia i ogranicza dostęp grupie zamieszkującej tereny oddalone od wskazanych palcówek. Zgodnie z informacją pozyskaną z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na terenie województwa opolskiego jedynie dwa szpitale są objęte KOC, zatem Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) będzie potrzebnym uzupełnieniem programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC).

⁵⁹ <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>, dostęp w dniu 23.07.2023 r.

⁶⁰ Zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” wprowadzające nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC).

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia

„Obecnie zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej przysługującej dzieciom i młodzieży regulują rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Akty te określają m.in. całą strukturę badań profilaktycznych od urodzenia do ukończenia przez pacjenta szkoły podstawowej”.⁶¹

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek przeprowadzenia w odpowiednich okresach życia dziecka bilansów zdrowotnych, które są jednym z najważniejszych badań profilaktycznych. Ocenie podlega zarówno rozwój fizyczny, jak i podstawowy stan neurologiczny dziecka.

Pierwszy bilans zdrowia dziecka to tak zwany „bilans zero”. Badanie przeprowadza się zaraz po urodzeniu dziecka – jeszcze w szpitalu. Lekarz sprawdza budowę i zachowanie noworodka. Wykonuje także badania przesiewowe pozwalające m.in. wykryć:

- wrodzoną niedoczynność tarczycy,
- mukowiscydozę,
- fenyloketonurię,
- dysplazję stawów biodrowych,
- problemy ze słuchem.⁶²

Szczegółowe warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych reguluje w części III rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tabela poniżej).

Tabela 10. Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych dla dzieci w wieku do 4 r. życia

Wiek albo etap edukacji	Porada patronażowa i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe*
1–4 tydzień życia	Porada patronażowa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, obejmująca badanie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczki, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
2–6 miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej), przebytych schorzeń oraz zapobiegania krzywicy. 2. Ocena wielkości ciemienia przedniego. 3. Ocena stanu neurologicznego. 4. Określenie wieku zębowego. 5. U chłopców badanie obecności jąder w mosznie. 6. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych – w przypadku nieprawidłowego wyniku testu lub stwierdzenia przynależności do grupy ryzyka uszkodzenia słuchu skierowanie do specjalistycznej diagnostyki audiologicznej lub foniatrycznej. 7. Ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. 8. Badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.

Źródło: Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Poz. 736)

⁶¹ <https://podyplomie.pl/pediatrica/35586.zasady-bilansu-czemu-sluca-i-czego-nie-nalezy-przeoczyć>; dostęp w dniu 23.07.2023 r.

⁶² <https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/zaprowadz-dziecko-na-bilans-zdrowia>; dostęp w dniu 23.07.2023 r.

Tabela 10. Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych dla dzieci w wieku do 4 r. życia (dok.)

Wiek albo etap edukacji	Porada patronażowa i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe*
9 miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i psychomotorycznego. 2. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień. 3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych.
12 miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i psychomotorycznego. 2. Ocena wykonania szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień. 3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych. 4. Ocena obecności nowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
2 lata	Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiary: masy i długości ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), i psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń; 2. Ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień; 3. Ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; 4. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy; 5. Test Hirschberga w kierunku wykrywania zezą; 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
4 lata	Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; 2. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe w kierunku oceny rozwoju fizycznego (pomiary: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), psychomotorycznego i społecznego; 3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy; 4. Ocenę higieny jamy ustnej

Źródło: Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Poz. 736)

W wypadku wykrycia nieprawidłowości lekarz może skierować dziecko na badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby i postawienia diagnozy. Następnie w uzasadnionych przypadkach dziecko kierowane jest do opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji finansowanej ze środków NFZ. Niemniej jednak wczesne rozpoznanie nieprawidłowości rozwojowych małych dzieci jest niezwykle trudne i wymaga wnikliwej obserwacji, która w wielu wypadkach nie jest możliwa podczas rutynowego badania przeprowadzanego w czasie bilansu zdrowotnego.

Z uwagi na powyższe w ramach niniejszego Programu realizowane będą działania o charakterze dodatkowym, wspomagające proces diagnozowania i eliminowania nieprawidłowości rozwoju u dzieci do 3 roku życia, które nie są objęte środkami Narodowego Funduszu Zdrowia lub wykazują jednak komplementarność do działań finansowanych z NFZ.

Wsparcie rodziców po stracie dziecka

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. 2015 poz. 2007) wyodrębniono część poświęconą organizacji udzielania świadczeń w przypadku niepowodzeń położniczych.

„Niepowodzenie położnicze” zdefiniowano w części VIII jako „sytuację, w której pacjentka w wyniku ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami; jako niepowodzenie położnicze należy traktować także sytuację, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi.”⁶³ Natomiast w rozporządzeniu z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej w części XV termin „niepowodzenia położnicze” zastąpiono pojęciem sytuacji szczególne.⁶⁴, do których zalicza się „rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi”.⁶⁵

Zgodnie z zapisami w części XV w/w rozporządzenia z 2018 r. kobiecie, która doświadczyła sytuacji szczególnej, zapewnia się pomoc, realizowaną w następujący sposób:

- 1. Przy przekazywaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej matki i jej dziecka osoba sprawująca opiekę jest obowiązana zapewnić kobiecie na jej życzenie czas pozwalający na oswojenie się z informacją, przed udzieleniem szczegółowych wyjaśnień, zanim kobieta będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych jest niezbędne;**
- 2. Po przekazaniu informacji należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchowym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety;**
- 3. Kobiety będącej w szczególnej sytuacji, w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w połogu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;**
- 4. Kobietę będącą w szczególnej sytuacji, przebywającą w oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do kobiety po utracie dziecka; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania podczas pobytu w oddziale; badania i zabiegi wykonuje się w intymnej atmosferze;**
- 5. Kobiecie będącej w szczególnej sytuacji należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę;**
- 6. W celu nawiązania dobrego kontaktu z kobietą osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby**

⁶³ Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. 2015 poz. 2007), s.17

⁶⁴ Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli OPIEKA NAD PACJENTKAMI W PRZYPADKACH PORONIEŃ I MARTWYCH URODZEŃ, https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462_vp,26188.pdf, dostęp w dniu 22.07.2023 r.

⁶⁵ Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), s.21

uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad kobietą, w szczególności:

- ✓ **przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad kobietą,**
- ✓ **prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,**
- ✓ **szanują jej prywatność i poczucie intymności,**
- ✓ **każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań;**

- 7. Kobięcie będącej w szczególnej sytuacji udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;**
- 8. Kobięcie będącej w szczególnej sytuacji udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach;**
- 9. W przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;**
- 10. Kobięcie będącej w szczególnej sytuacji udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku;**
- 11. Osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach szczególnych;**
- 12. Kobieta będąca w szczególnej sytuacji otrzymuje opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji.”⁶⁶**

Działania zaprojektowane w niniejszym Programie będą stanowić uzupełnienie do działań gwarantowanych w myśl powyższego rozporządzenia, szczególnie do działań ujętych w pkt 11 w/w rozporządzenia z 2018 r., ponieważ „ważną rolę w procesie wsparcia, także psychicznego kobiety i jej rodziny, odgrywa personel medyczny”, któremu „należy zapewnić kursy i szkolenia dotyczące postępowania w przypadku niepowodzenia położniczego, które powinny uczyć współpracy z pacjentką przeżywającą stratę dziecka”.⁶⁷

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Jak już zasygnalizowano w części pn.: „*Problem zdrowotny*” niniejszy Program przedstawia zespół konkretnych rozwiązań, których implementacja ma się przyczynić do poprawy opieki nad matką i dzieckiem w postaci zwiększenia liczby urodzeń i poprawy stanu zdrowia młodego pokolenia, mieszkańców regionu, a pośrednio wpłynąć dodatnio na stan zdrowia populacji regionu, w tym na wydłużenie życia w zdrowiu.

⁶⁶ Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), s.21

⁶⁷ Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli OPIEKA NAD PACJENTKAMI W PRZYPADKACH PORONIEŃ I MARTWYCH URODZEŃ, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf>, dostęp w dniu 22.07.2023 r.

Zgodnie z diagnozą sytuacji społeczno-gospodarczej województwa opolskiego wszystkie badania oraz długookresowe opracowania prognostyczne zgodne są, co do oceny tendencji zmian demograficznych w województwie opolskim (m.in. analizy i prognozy ONZ, służb statystyki publicznej, instytutów naukowych). Jest wiele czynników determinujących liczbę urodzeń. Nie na wszystkie czynniki można mieć wpływ, ale konieczne jest podejmowanie wysiłku w celu zmiany tych czynników, na które można wpłynąć.

Istotnym wyzwaniem, wobec narastających przemian demograficznych staje się zatem zapewnienie wysokiej jakości usług z zakresu opieki nad matką i dzieckiem. Wyzwanie to wynika z wielu nakładających się czynników, do których należy m.in. wzrost oczekiwań z zakresu kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem, w tym m.in. dot.:

- 1. Poprawy dostępu do opieki okołoporodowej kobiet w ciąży i po porodzie oraz zwiększenia wiedzy i umiejętności przyszłych rodziców nt.:**
 - zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży i do 6 miesięcy po porodzie,
 - niwelowania zaburzeń rozwojowych u dzieci,
- 2. Rozszerzenia badań prenatalnych (nieinwazyjnych badań prenatalnych) na grupy nieobjęte finansowaniem w ramach NFZ,**
- 3. Wdrożenia odpowiedniej diagnostyki i opieki medycznej wobec dzieci z wadami rozwojowymi oraz zwiększenia zaangażowania rodziny w proces leczenia i rehabilitacji,**
- 4. Zwiększenia zakresu i dostępności udzielanego wsparcia psychologicznego rodzicom po stracie dziecka.**

Mając na względzie powyższe wyzwanie, kwestia zagwarantowania mieszkańcom wysokiej jakości usług zdrowotnych, w szczególności z zakresu opieki nad matką i dzieckiem jest szeroko podejmowana przez lokalne oraz ponadregionalne gremia decyzyjne, w tym również przez jednostki samorządu terytorialnego w wielu dokumentach o charakterze strategicznym. M.in. *Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–2020* w celu operacyjnym 4.2. *Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem* wskazuje, że „w okresie przedporodowym, śródporodowym i po urodzeniu dziecka zdrowie matki i dziecka powinno być szczególnie chronione”⁶⁸, a zatem „wymaga to zapewnienia matce i dziecku opieki medycznej na jak najwyższym poziomie, obejmującej zarówno profilaktykę, leczenie, jak i promocję zdrowia”.

O konieczności rozwoju profilaktyki i diagnostyki stanowi także m.in. przyjęty w 2014 r. przez Ministra Zdrowia dokument *Krajowe Ramy Strategiczne – Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*. Dokument ten określa cele operacyjne, wśród których warto wymienić właśnie rozwój profilaktyki i diagnostyki, ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce, przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym oraz działania o charakterze systemowym, konieczne w procesie dostosowania zasobów zmieniających się potrzeb społecznych.

Dokument *Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego – Opolskie 2030* również definiuje, że dalszy rozwój regionu warunkuje m.in. „łatwy i szybki dostęp do usług zdrowotnych”⁶⁹, a mając na względzie określoną w Diagnozie regionalnej jedną z kluczowych horyzontalnych determinant rozwoju województwa opolskiego jakim jest depopulacja, „politykę prorodzinną należy traktować jako długofalowe, horyzontalne i nieszablone oddziaływanie w każdej sferze życia

⁶⁸ Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–2020, <https://bip.opolskie.pl/wp-content/uploads/2016/09/Strategia-ochrony-zdrowia-dla-wojew%C3%B3dztwa-opolskiego-na-lata-2014-2020-CA%C5%81O%C5%9A%C4%86-z-numerem-i-dat%C4%85-przyj%C4%99cia-przez-ZWO.pdf>, dostęp w dniu 12.06.2024 r.

⁶⁹ Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego – Opolskie 2030, <https://www.opolskie.pl/region/rozwoj-regionalny/strategia-rozwoju-wojewodztwa-opolskiego-opolskie-2030/>, dostęp w dniu 12.06.2024 r.

człowieka”⁷⁰. Ponadto w niniejszej Strategii w celu strategicznym *Człowiek i relacje – mieszkańcy gotowi na wyzwania i tworzący otwartą wspólnotę* określono cel operacyjny *Rozwinięte i dostępne usługi*, który przewiduje podejmowanie przez Samorząd województwa Opolskiego konkretnych działań ukierunkowanych m.in. na „rozwój opieki i profilaktyki zdrowotnej (wspieranie budowy spójnego systemu świadczeń medycznych od podstawowej opieki zdrowotnej przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną po leczenie szpitalne, poprawę infrastruktury ochrony zdrowia, zwiększanie dostępu do opieki medycznej, rozwój nowoczesnych usług zdrowotnych, w tym rehabilitacyjnych, edukację i profilaktykę zdrowotną; promocję zdrowia fizycznego, psychicznego i psychospołecznego; przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym; wzrost jakości świadczonych usług)”⁷¹.

Kontynuację w/w stanowi dokument strategiczny *„Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”*, który także wskazuje, że „rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych”⁷² jest jednym z kierunków, którym należy podążać wykorzystując m.in. takie narzędzia jak: „realizacja programów profilaktycznych” oraz „wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia”⁷³.

Doświadczenia wynikające ze zrealizowanego w poprzedniej perspektywie finansowej programu polityki zdrowotnej pn.: *„Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku "Opolskie dla rodziny"”*, jak i wnioski z przeprowadzonej ewaluacji również wyraźnie uzasadniają potrzebę kontynuacji kolejnej edycji Programu, o czym szerzej mowa na str. 6 niniejszego Programu w rozdziale pn. *Problem zdrowotny*.

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie

W okresie ciąży i po porodzie, zdrowie matki i dziecka powinno być szczególnie chronione i wymaga zagwarantowania odpowiedniej opieki medycznej. Istotne w tym zakresie będą działania profilaktyczne oraz promocja i edukacja zdrowia, co wpłynie na rozwój kultury zdrowotnej społeczeństwa. Ponadto działania zwiększające bezpieczeństwo przebiegu ciąży, umożliwią „zdrowy start” dziecku, promując również jego bezpieczeństwo i dobrostan.

Zapewnienie opieki nad kobietą w ciąży pozwoli na zmniejszenie częstości zachorowań i zgonów matek, umieralności okołoporodowej, obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej. Odpowiednia opieka okołoporodowa zmniejszy jednocześnie zachorowalność i umieralność wśród niemowląt oraz obniży ryzyko wystąpienia wad rozwojowych płodu, a tym samym zmniejszy koszty opieki zdrowotnej w przyszłości.

Zachodzące w wielu krajach zmiany demograficzne powodują konieczność wdrożenia strategii cyklu życia⁷⁴, która nada priorytet nowym podejściom i metodom promowania zdrowia

⁷⁰ Jw.

⁷¹ Jw.

⁷² „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>, dostęp w dniu 25.01.2024 r.

⁷³ Jw.

⁷⁴ Poprawa poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu rozpoczyna się w życiu płodowym i w okresie wczesnego rozwoju dziecka. Zdrowe dzieci lepiej się uczą; zdrowi dorośli są bardziej produktywni; zdrowe starsze osoby mogą nadal aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym. Zdrowe i aktywne starzenie się stanowi ważny priorytet dla polityki, jak również prowadzonych badań. Wspieranie dobrego stanu zdrowia w całym cyklu życia przynosi dywidendę w postaci zwiększającej się średniej długości życia w zdrowiu oraz długości życia, co przekłada się na istotne korzyści społeczno-ekonomiczne i indywidualne.

i profilaktyki chorób. Poprawa poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu rozpoczyna się już w życiu płodowym, i w okresie wczesnego rozwoju dziecka⁷⁵.

Podstawy zdrowia kształtują się w okresie prenatalnym i wczesnym dzieciństwie. Niska waga urodzeniowa bywa oznaką przynależności do ubogiej grupy społecznej i zawiera w sobie czynniki ryzyka. Powolny wzrost i rozwój oraz brak emocjonalnego wsparcia w okresie wczesnego dzieciństwa może wprowadzić dziecko na ścieżkę słabego rozwoju społecznego i intelektualnego, co stwarza ryzyko dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Wpływa to oczywiście na fizyczne, intelektualne i emocjonalne funkcjonowanie człowieka w życiu dorosłym. Polityka zdrowotna powinna przyczyniać się nie tylko do powstawania sieci bezpieczeństwa, lecz także powinna stwarzać możliwości wczesnego unikania strat⁷⁶.

Poprawę opieki medycznej nad matką i dzieckiem, w kontekście polityki ludnościowej, wiążano z działaniami na rzecz:

- ✓ *kształtowania prozdrowotnych postaw i przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom kobiet w wieku rozrodczym,*
- ✓ *poprawy dostępności i jakości świadczeń profilaktyczno-leczniczych dla kobiet w ciąży, podczas porodu i porożu,*
- ✓ *zapewnienia kompleksowej opieki medycznej noworodkom o niskiej masie i wcześniakom, z realizacją sprawdzonego w praktyce trójstopniowego systemu referencyjnego⁷⁷.*

Podsumowując nadrzędnym zagadnieniem w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży jest zapewnienie prawidłowego jej przebiegu oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiająca objęcie kobiety profilaktyczną opieką na każdym etapie. **Działania zaplanowane w ramach niniejszego Programu, w tym ukierunkowane na edukację przyszłych rodziców w zakresie zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży i porodu** (w tym konsekwencji i ubocznych skutków cesarskiego cięcia), powinny przełożyć się na donoszenie ciąży oraz zwiększenie przeżywalności niemowląt. Udowodniono, że prawidłowa opieka medyczna nad kobietą przed ciążą, nad matką i dzieckiem podczas ciąży, porodu i po porodzie mają znaczący wpływ na przebieg procesów prokreacji, zmniejszenie częstości jej niepowodzeń oraz na prawidłowy rozwój dziecka i jego zdrowie⁷⁸. „Karmienie piersią jest najzdrowszym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci, rekomendowanym przez wszystkie autorytety w dziedzinie pediatrii, żywienia i zdrowia publicznego niezmiennie od lat 90-tych (WHO, Amerykańska Akademia Pediatrii, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka UE, Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci i wiele innych)⁷⁹. Eksperti wskazują, że „najlepiej, jeśli matka karmi maleństwo wyłącznie swoim mlekiem do 6 miesięcy życia. Potem, przynajmniej do 2 lat, maluch powinien być karmiony mlekiem mamy i uzupełniającymi pokarmami, które sukcesywnie wzbogacają jego dietę⁸⁰”.

Jak pokazano na poniższym schemacie karmienie piersią przynosi liczne korzyści.

⁷⁵ Zdrowie 2020 Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka, Europejski Komitet Regionalny WHO, Malta 2012, s. 8

⁷⁶ ZDROWIE 21, ZDROWIE DLA WSZYSTKICH w XXI WIEKU, Podstawowe założenia polityki zdrowia, dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO, <https://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who>, dostęp w dniu 21.07.2023 r.

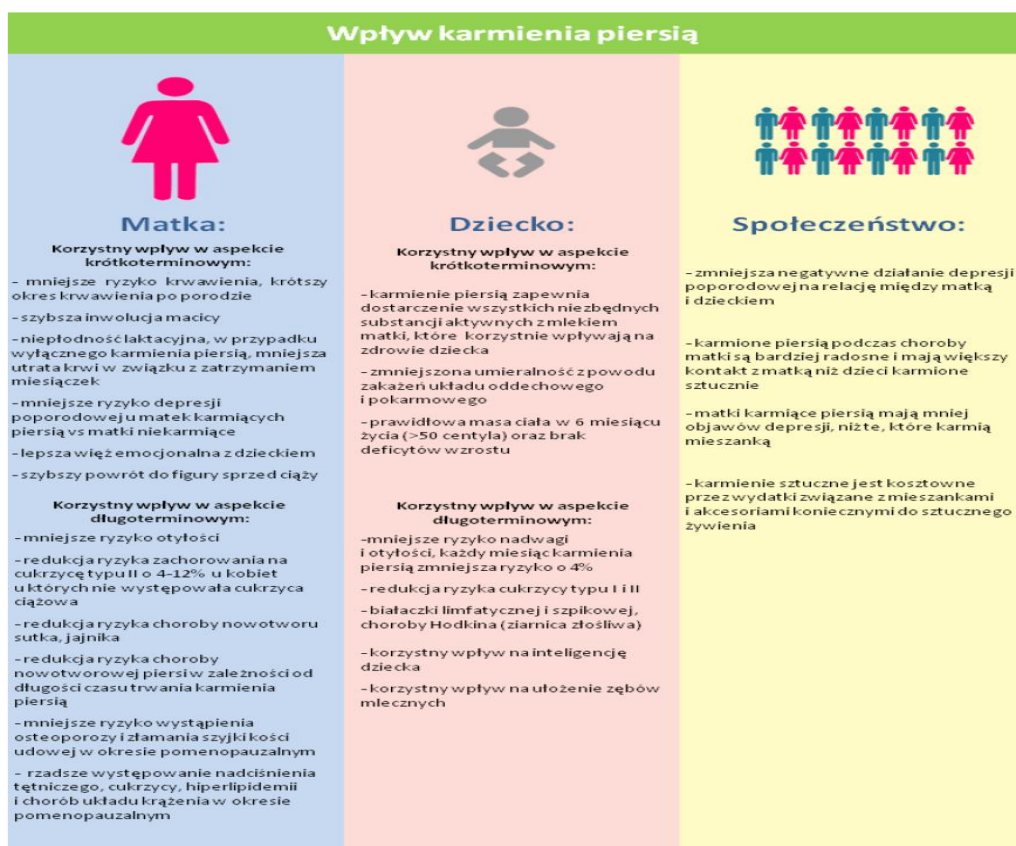
⁷⁷ Szymborski J., ZDROWIE PUBLICZNE w PROJEKTACH PROGRAMOWYCH POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ, [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, pod red. J. Szymborskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012, s. 14

⁷⁸ Szymborski J., Zdrowie publiczne i polityka rozwojowa, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 35

⁷⁹ Centrum Nauki o Laktacji, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/sytuacja-w-polsce/>, dostęp w dniu 27.11.2023 r.

⁸⁰ Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/karmienie-piersia-samo-zdrowie-dla-mamy-i-dziecka>; dostęp w dniu 27.11.2023 r.

Schemat 2. Wpływ karmienia piersią na różne grupy społeczne



Źródło: *Karmienie piersią w Polsce Raport 2015 Kampania Mleko Mamy Rządu Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji.*

Skuteczność różnych form pomocy matkom karmiącym została potwierdzona wielokrotnie w literaturze. Każda forma dodatkowej opieki oferowanej karmiącym kobietom w porównaniu z rutynową opieką medyczną niesie korzyści dla karmienia piersią, a zwłaszcza poprawia jego jakość, wydłużając okres wyłącznego karmienia piersią. Około 60% karmiących matek napotyka na różnego typu problemy laktacyjne oraz brak wiedzy na temat postępowania w laktacji pomimo edukacji przedporodowej. Napotykając na problemy kobiety poszukują pomocy w różnych formach, często nie docierają do specjalistów ds. laktacji, natomiast uzyskują nieaktualne informacje i błędne porady skutkujące zaburzeniami, powikłaniami laktacji, niepotrzebnym dokarmianiem i skracaniem czasu karmienia naturalnego. Wielokrotnie „ratują się same” poprzez dokarmianie mlekiem modyfikowanym lub zupełnie rezygnują z karmienia piersią. A obecnie karmienie mlekiem kobiecym jest traktowane na świecie jako poważne zadanie zdrowia publicznego, a nie tylko jako kwestia wyboru stylu życia.⁸¹

W związku z powyższym planowane działania będą prowadzone w szczególności w środowiskach lokalnych w formule dopasowanej do potrzeb grupy docelowej – zarówno grupowej, jak i indywidualnej. Działania te będą miały charakter informacyjny, edukacyjny, szkoleniowy, doradczy. Kompleksowy zakres usług uzupełnią świadczenia finansowane ze środków NFZ.

Zgodnie z danymi Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, „wady wrodzone występują u 2–4% noworodków będąc zasadniczą (pierwsze lub drugie miejsce) przyczyną zgonów niemowląt. Są one zarazem najczęstszą przyczyną niepełnosprawności fizycznej u dzieci

⁸¹ Karmienie piersią w Polsce Raport 2015 Kampania Mleko Mamy Rządu Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji

i nierzadko współistnieją z niepełnosprawnością intelektualną. Między 32% a 56% dzieci z niepełnosprawnością intelektualną ma wady rozwojowe⁸². Według rejestru EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies) całkowita częstość występowania poważnych wad wrodzonych w Polsce w 2018 r. (łącznie z anomaliami genetycznymi) wynosiła 125,5 na 10 tys. urodzeń podczas gdy w 2001 r. – 177 na 10 tys. urodzeń.⁸³

Wsparcie w ramach programu przewiduje wykonywanie badań prenatalnych, które pozwalają na wczesne wykrycie wad wrodzonych płodu i często ich efektywne leczenie jeszcze przed narodzinami dziecka. Poza tym nawet jeżeli nie da się wyleczyć zdiagnozowanej wady w życiu płodowym wówczas lekarze wiedząc, że będzie się rodziło dziecko chore lepiej się przygotowują do porodu i będą w stanie szybko udzielić noworodkowi fachowej pomocy. Badania prenatalne przewidziane w Programie będzie mogła wykonać każda matka, która zechce sprawdzić stan zdrowia rozwijającego się płodu. Zakłada się, że w ramach programu nie będą mogły skorzystać z tej formy wsparcia kobiety, które kwalifikują się do objęcia programem finansowanym w ramach NFZ.

Konieczność rozszerzenia grupy objętej badaniami prenatalnymi podkreśla m.in. Najwyższa Izba Kontroli. „NIK wskazuje, że dotychczasowe efekty wdrażania Programu badań prenatalnych oraz ustalenia przeprowadzonej kontroli potwierdzają, że dostęp i szansę ewentualnego skorzystania z bezpłatnych nieinwazyjnych badań prenatalnych, umożliwiających wykluczenie lub stwierdzenie u nienarodzonego dziecka wad rozwojowych i szybkie podjęcie leczenia, powinny uzyskać wszystkie kobiety w Polsce, niezależnie od wieku. W ocenie NIK obowiązujące obecnie wiekowe (+35 lat) ograniczenie dostępności do bezpłatnego Programu badań prenatalnych nie ma uzasadnienia w sytuacji, gdy częstotliwość występowania wad wrodzonych u dzieci jest zbliżona u matek powyżej i poniżej 35 r.ż. Statystyki pokazują, że żadna grupa wiekowa przyszłych mam nie jest wolna od ryzyka wystąpienia wad wrodzonych u dzieci. Prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest oczywiście zróżnicowane, nie są to jednak w ocenie NIK różnice tak znaczące, żeby pozbawiać którąkolwiek z grup przyszłych mam prawa do bezpłatnych nieinwazyjnych badań prenatalnych⁸⁴.

NIK wskazuje, że dzięki poprawie jakości opieki perinatalnej, realizacji Programu badań prenatalnych a także realizacji Programu kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej i realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia poprawiła się opieka zdrowotna nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem oraz obniżyły się wskaźniki umieralności okołoporodowej i noworodkowej⁸⁵.

Zdiagnozowanie choroby przed porodem pozwala na opracowanie schematu postępowania, gdy dziecko już przyjdzie na świat. Lekarze są wtedy przygotowani na przykład na zoperowanie chorego dziecka zaraz po porodzie, co zwiększa jego szanse na wyzdrowienie. W wyjątkowych przypadkach możliwe jest rozpoczęcie leczenia jeszcze w łonie matki - dotyczy to na przykład poważnych wad układu moczowego. Nie wszystkie wady rozwojowe płodu można jednak leczyć i w takich przypadkach diagnostyka prenatalna pozwala rodzicom oswoić się z myślą o obciążeniu wadą dziecka i przygotować się na jego narodziny, w tym zorganizować szczególnie wymaganą opiekę.

Istnieją więc trzy główne powody, dla których warto przeprowadzić badania:

- ✓ ***kontrola stanu płodu oraz przebiegu ciąży w celu podjęcia ewentualnego leczenia,***

⁸² Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005 - 2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Poznań 2010, s. 11.

⁸³ https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en, dostęp w dniu 22.07.2023 r.

⁸⁴ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-dostepnosci-badan-prenatalnych.html>, dostęp w dniu 22.07.2023 r.

⁸⁵ Jw.

- ✓ **wykrycie niektórych nieprawidłowości pozwala na przeprowadzenie operacji na płodzie jeszcze w trakcie ciąży, bądź przygotowania się do niej zaraz po porodzie,**
- ✓ **przygotowanie przyszłych rodziców do wychowywania dziecka z wrodzoną wadą rozwojową.**

W tym celu prowadzone powinny być spójne długookresowe działania na rzecz podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych w tym obszarze. Niemożliwe jest prawidłowe postępowanie prewencyjne w medycynie dorosłych bez profilaktyki we wcześniejszych okresach rozwoju człowieka.

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia

„Profilaktyczna, powszechna, wysokiej jakości opieka zdrowotna nad dzieckiem stanowi jeden z najistotniejszych aspektów zapewnienia dzieciom, szczególnie najmłodszym, dobrego stanu zdrowia. Stwarza możliwość wczesnego wykrycia zaburzeń czy nieprawidłowości, przez co może niwelować ich długofalowe konsekwencje.”⁸⁶

Jednym z istotnych problemów zdrowotnych w zakresie opieki neonatologicznej i pediatrycznej jest występowanie wad rozwojowych. Oznaczają one wszelkiego rodzaju zewnętrzne lub wewnętrzne uszkodzenia morfologiczne budowy organizmu. Powstają one na etapie życia płodowego w skutek nieprawidłowych procesów na różnych etapach embriogenezy, często jednak w przypadku uszkodzeń wewnętrznych zostają zauważone w okresie niemowlęcym. Wśród wad rozwojowych można wyróżnić m.in.: deformacje, malformacje, dysplazje i przerwania.⁸⁷

Wady rozwojowe mogą występować pojedynczo i wówczas są określane jako izolowane lub mnogo tzw. wielowadzie. Ocenia się jednak, że większość pojawiających się uszkodzeń to wady izolowane (2/3 spośród wszystkich wad), pozostałe zaś to wady mnogie⁸⁸. Wiele z nich powstaje z przyczyn nieznanych. Zwykle jednak są one uwarunkowane genetyczne, najrzadziej natomiast środowiskowo.

Wady rozwojowe stanowią najczęstszą przyczynę niepełnosprawności zarówno fizycznej, jak i intelektualnej. Szacuje się, że 32–65% dzieciom z niepełnosprawnością intelektualną towarzyszą wady rozwojowe. Większość chorób i wad wrodzonych ujawnia się w wieku niemowlęcym we wczesnym dzieciństwie. Niezwykle ważne jest wówczas zapewnienie odpowiedniej opieki w tym okresie, począwszy od specjalistycznej diagnostyki, aż po kompleksową rehabilitację. Wczesne rozpoznanie przyczyn nieprawidłowości rozwoju zarówno w sferze fizycznej, psychicznej, jak i emocjonalnej umożliwia dobór odpowiedniej metody postępowania⁸⁹.

Pierwsze oznaki występowania zaburzeń rozwojowych mogą zaobserwować rodzice. Często jednak, nie posiadają oni odpowiedniej wiedzy na temat poszczególnych etapów rozwoju dziecka. Mogą lekceważyć niepokojące objawy i biernie czekać, aż same ustąpią wraz z wiekiem. Konieczna jest więc edukacja rodziców, która obecnie jest niewystarczająca, a niezwykle

⁸⁶ Szredzińska R. – FUNDACJA DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ, ZDROWIE DZIECI I MŁODZIEŻY, <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-8fecbaa9-b1b8-4ef7-b9f4-61fc89f3b3aa>; dostęp w dniu 13.07.2023 r.

⁸⁷ Korniszewski L., Typy wad wrodzonych w: Dziecko z zespołem wad wrodzonych, red. L. Korniszewski Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005

⁸⁸ Szczaluba K., Obersztyń E., Mazurczak T., Zastosowanie nowoczesnych technik cytogenetyki molekularnej w diagnostyce wrodzonych wad rozwojowych, Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 3, zeszyt 2, 108-116, 2010

⁸⁹ Zabłocki K. J., Udział rodziny we wczesnym wspomaganiu małego dziecka z zaburzeniami rozwojowymi, w: Wspomaganie rozwoju małego dziecka, red. G. Pańtak, Zeszyty naukowe 1/2014 Pedagogika, Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa w Warszawie 2014, s. 21

potrzebna. Znajomość informacji na temat prawidłowego rozwoju dziecka pozwala na wczesne wykrycie wady oraz zapobieganie późniejszym nieprawidłowościom.

Narodziny dziecka z wrodzoną wadą rozwojową całkowicie zmieniają sytuację rodziny. Konieczne jest wdrożenie odpowiedniej opieki medycznej oraz zwiększenie zaangażowania rodziny w proces leczenia i rehabilitacji. Rodzice dziecka chorego muszą nauczyć się odpowiedniego postępowania, co często wzbudza w nich niepokój i rodzi wiele obaw, że nie sprostają zadaniu. Niezwykle ważne jest w tej sytuacji zapewnienie terapii psychologicznej. Rodzice dzieci z wadami rozwojowymi często muszą zmienić dotychczasowe życie. Konieczne jest zastosowanie wieloletniej terapii, która zwykle jest kosztowna i wymaga dużego zaangażowania. Aby postępowanie było efektywne rodzice powinni współuczestniczyć w przebiegu leczenia i rehabilitacji.

Wsparcie rodziców po stracie dziecka

Coraz większą wagę przywiązuje się do martwych urodzeń, jako niedoszacowanego do tej pory problemu zdrowotnego, którego rozmiary można zmniejszyć przez poprawę opieki medycznej podczas ciąży i porodu. Dopiero niedawno, w krajach rozwiniętych zaczęto przywiązywać wagę do znaczenia martwego urodzenia dla rodziny i jej przyszłości⁹⁰. Równie istotnym problemem jest poronienie. Ocenia się, że w 2013 r. „liczba samoistnych poronień klinicznych (to jest rozpoznanych) w Polsce, odpowiada mniej więcej 10% liczby urodzeń i jest to około 35 tysięcy rocznie, natomiast „na świecie poronienie uznawane jest za najczęstszą przyczynę niepomyślnego zakończenia ciąży”⁹¹. „Medycznymi konsekwencjami utraty ciąży są najczęściej: krwotoki łożnicze, wstrząs hipowolemiczny, interwencje wewnątrzmaciczne, immunizacja czynnikiem Rh18 i niewydolność cieśniowo-szyjkowa.”⁹².

Równie ważnymi z punktu widzenia dobrostanu psychicznego są aspekty psychologiczne utraty ciąży, ponieważ „utrata ciąży na skutek poronienia jest wydarzeniem biomedycznym, które wywiera ogromny wpływ na funkcjonowanie psychiczne kobiety i jej rodziny.”⁹³ W opinii ekspertów „kobiety po stracie dziecka poczętego można zaklasyfikować do grupy zagrożonej wystąpieniem syndromu PTSD” tj. „Zespołu stresu pourazowego”, ponieważ „daje się u nich zauważyć liczne objawy tego Zespołu: zmniejszenie wiary w siebie, osłabienie siły ego, bierność i pesymizm w relacjach z innymi, reakcje depresyjne i zaburzenia nastroju, silne dolegliwości psychosomatyczne, nawracające obrazy i myśli o wyraźnie negatywnym kolorycie emocjonalnym”⁹⁴.

Mając na uwadze zarówno skalę problemu, jak i fakt, że „opieka nad pacjentkami będącymi w tych szczególnych sytuacjach jest więc niezwykle ważna, przy czym ma wyjątkowo złożony charakter” należy projektować oraz implementować rozwiązania, które maksymalnie zwiększą dostępność do multikompleksowego wsparcia dla rodziców po stracie. Program przewiduje objęcie wsparciem, również w warunkach domowych, trwającym 12 miesięcy od zaistniałego zdarzenia obejmujących rodziców którzy doznali straty. Ponadto w ramach niniejszego modułu planuje się także organizację kursów i szkoleń dla personelu medycznego nt. procedur postępowania w przypadku niepowodzenia położniczego.

⁹⁰ Chazan B., Poprawa stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków, Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, pod red. J. Szymborskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012, s. 33.

⁹¹ Miernik B., Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psycho-pedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym, <https://fidesratio.com.pl/ojs/index.php/FetR/article/view/667/545>, dostęp w dniu 26.07.2023 r.

⁹² Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli OPIEKA NAD PACJENTKAMI W PRZYPADKACH PORONIEŃ I MARTWYCH URODZEŃ, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462.vp,26188.pdf>, dostęp w dniu 22.07.2023 r.

⁹³ Jw.

⁹⁴ Jw.

2. Cele programu

Cel główny

Poprawa zdrowia i związana z nim poprawa jakości życia oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu poprzez zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim u co najmniej 50% osób objętych wsparciem w trakcie realizacji Programu.

Cel główny zostanie osiągnięty za pomocą celów szczegółowych.

Cele szczegółowe:

1. Zwiększenie wykrywalności wad wrodzonych i rozwojowych u kobiet w ciąży oraz zaplanowanie postępowania medycznego w przypadku ich wykrycia – u co najmniej 5% kobiet w ciąży, które poddano wczesnemu wykrywaniu wad wrodzonych i rozwojowych w ramach Programu,
2. Zwiększenie kobietom dostępu do wysokiej jakości opieki okołoporodowej, w szczególności kobietom z grup defaworyzowanych i będących w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej – co najmniej 20% kobietom, które objęto mobilną opieką okołoporodową w ramach Programu,
3. Zwiększenie poziomu wiedzy przyszłych rodziców z zakresu ciąży, porodu oraz opieki nad niemowlęciem – u co najmniej 50% osób objętych usługami edukacyjno-informacyjnymi w ramach Programu,
4. Jak najwcześniejsze wykrycie/skorygowanie/zlikwidowanie zaobserwowanych u dziecka do 3 roku życia nieprawidłowości w rozwoju – u co najmniej 20% dzieci w wieku do 3 roku życia, które objęto pogłębionymi działaniami diagnostycznymi oraz działaniami mającymi na celu niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci w ramach Programu,
5. Objęcie rodziców po stracie dziecka multikompleksowym wsparciem – co najmniej 50% uczestników Programu, którzy doświadczyli straty,
6. Podniesienie kwalifikacji personelu medycznego w obszarze opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań – u co najmniej 70% personelu objętego szkoleniami w Programie.

Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

Tabela 11. Zestawienie mierników efektywności w powiązaniu z celami Programu

Cel	Miernik
Poprawa zdrowia i związana z nim poprawa jakości życia oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu poprzez zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim u co najmniej 50% osób, które objęto wsparciem w trakcie realizacji Programu	<p>Odsetek osób, które zadeklarowały, że nastąpiła poprawa zdrowia oraz poprawa jakości życia i zmniejszenie nierówności w zdrowiu (wartość docelowa to min. 50% osób objętych wsparciem w trakcie realizacji Programu)</p> <p>Sposób pomiaru: przeprowadzenie ankiet. Liczba osób, które zadeklarowały, że nastąpiła poprawa zdrowia i związana z nim poprawa jakości życia oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu w relacji do ogólnej liczby osób, które objęto wsparciem w trakcie realizacji Programu.</p>

Tabela 11. Zestawienie mierników efektywności w powiązaniu z celami Programu (cd.)

Cel szczegółowy	Miernik celu szczegółowego
<p>Zwiększenie wykrywalności wad wrodzonych i rozwojowych u kobiet w ciąży oraz zaplanowanie postępowania medycznego w przypadku ich wykrycia – u co najmniej 5% kobiet w ciąży, które poddano wczesnemu wykrywaniu wad wrodzonych i rozwojowych w ramach Programu</p>	<p>Odsetek kobiet w ciąży, u których wykryto wady wrodzone i rozwojowe podczas realizacji Programu (wartość docelowa to min. 5% kobiet w ciąży) Sposób pomiaru: liczba kobiet w ciąży, u których wykryto wady wrodzone i rozwojowe w relacji do liczby kobiet w ciąży, które poddano wczesnemu wykrywaniu wad wrodzonych i rozwojowych w ramach Programu</p> <p>Odsetek kobiet w ciąży, dla których zaplanowano postępowanie medyczne w przypadku wykrycia wady wrodzonej i rozwojowej podczas realizacji Programu (wartość docelowa to min. 5% kobiet w ciąży) Sposób pomiaru: liczba kobiet w ciąży, dla których zaplanowano postępowanie medyczne w przypadku wykrycia wady wrodzonej i rozwojowej w relacji do liczby kobiet w ciąży, które poddano wczesnemu wykrywaniu wad wrodzonych i rozwojowych w ramach Programu</p>
<p>Zwiększenie kobietom dostępu do wysokiej jakości opieki okołoporodowej, w szczególności kobietom z grup defaworyzowanych i będących w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej – co najmniej 20% kobietom, które objęto mobilną opieką okołoporodową w ramach Programu</p>	<p>Odsetek kobiet karmiących piersią (wartość docelowa to min. 20% kobiet) Sposób pomiaru: liczba kobiet karmiących piersią w relacji do liczby kobiet objętych poradnictwem z zakresu laktacji w ramach Programu</p> <p>Odsetek kobiet objętych opieką położnej POZ do 20 tygodnia ciąży (wartość docelowa to min. 20% kobiet) Sposób pomiaru: liczba kobiet objętych opieką położnej POZ do 20 tygodnia ciąży w relacji do liczby kobiet objętych poradnictwem z zakresu pielęgniarstwa neonatologicznego w ramach Programu</p> <p>Odsetek porodów fizjologicznych (wartość docelowa to min. 50% wszystkich porodów w ramach Programu) Sposób pomiaru: liczba porodów fizjologicznych w relacji do liczby wszystkich porodów w ramach Programu</p> <p>Odsetek porodów przedwczesnych (wartość docelowa to min. 5% wszystkich porodów w ramach Programu) Sposób pomiaru: liczba porodów przedwczesnych w relacji do liczby wszystkich porodów w ramach Programu</p> <p>Odsetek cięć cesarskich (wartość docelowa to min. 50% wszystkich porodów w ramach Programu) Sposób pomiaru: liczba cięć cesarskich w relacji do liczby wszystkich porodów w ramach Programu</p>

Tabela 11. Zestawienie mierników efektywności w powiązaniu z celami Programu (cd.)

Cel szczegółowy	Miernik celu szczegółowego
<p>Zwiększenie kobietom dostępu do wysokiej jakości opieki okołoporodowej, w szczególności kobietom z grup defaworyzowanych i będących w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej – co najmniej 20% kobietom, które objęto mobilną opieką okołoporodową w ramach Programu</p>	<p>Odsetek noworodków urodzonych w dobrym stanie (wartość docelowa to min. 50% wszystkich urodzonych dzieci w ramach Programu)</p> <p>Sposób pomiaru: liczba noworodków urodzonych w dobrym stanie w relacji do liczby wszystkich urodzonych dzieci w ramach Programu</p>
<p>Zwiększenie poziomu wiedzy przyszłych rodziców z zakresu ciąży, porodu oraz opieki nad niemowlęciem – u co najmniej 50% osób objętych usługami edukacyjno-informacyjnymi w ramach Programu</p>	<p>Odsetek osób, które zadeklarowały zwiększenie swojej wiedzy z zakresu ciąży, porodu i opieki nad niemowlęciem podczas realizacji Programu (wartość docelowa to min. 50% osób)</p> <p>Sposób pomiaru: liczba osób, które zadeklarowały zwiększenie swojej wiedzy z zakresu ciąży, porodu i opieki nad niemowlęciem w relacji do liczby osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi w ramach Programu</p>
<p>Jak najwcześniejsze wykrycie/skorygowanie/zlikwidowanie zaobserwowanych u dziecka do 3 roku życia nieprawidłowości w rozwoju – u co najmniej 20% dzieci w wieku do 3 roku życia, które objęto pogłębionymi działaniami diagnostycznymi oraz działaniami mającymi na celu niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci w ramach Programu</p>	<p>Odsetek dzieci do 3 roku życia, u których wykryto nieprawidłowości w rozwoju (wartość docelowa to min. 20% dzieci)</p> <p>Sposób pomiaru: liczba dzieci do 3 roku życia, u których wykryto nieprawidłowości w rozwoju w relacji do liczby dzieci, które objęto pogłębionymi działaniami diagnostycznymi w rozwoju dzieci w ramach Programu</p> <p>Odsetek dzieci do 3 roku życia, u których skorygowano nieprawidłowości w rozwoju (wartość docelowa to min. 20% dzieci)</p> <p>Sposób pomiaru: liczba dzieci do 3 roku życia, u których skorygowano nieprawidłowości w rozwoju w relacji do liczby dzieci, które objęto działaniami mającymi na celu niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci w ramach Programu</p> <p>Odsetek dzieci do 3 roku życia, u których zlikwidowano nieprawidłowości w rozwoju (wartość docelowa to min. 20% dzieci)</p> <p>Sposób pomiaru: liczba dzieci do 3 roku życia, u których zlikwidowano nieprawidłowości w rozwoju w relacji do liczby dzieci, które objęto działaniami mającymi na celu niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci w ramach Programu</p>

Tabela 11. Zestawienie mierników efektywności w powiązaniu z celami Programu (dok.)

Cel szczegółowy	Miernik celu szczegółowego
Objęcie rodziców po stracie dziecka multikompleksowym wsparciem – co najmniej 50% uczestników Programu, którzy doświadczyli straty	Odsetek rodziców objętych multikompleksowym wsparciem po stracie dziecka podczas realizacji Programu (wartość docelowa to min. 50% rodziców) Sposób pomiaru: liczba rodziców objętych multikompleksowym wsparciem po stracie dziecka w relacji do liczby uczestników Programu, którzy doświadczyli straty
Podniesienie kwalifikacji personelu medycznego w obszarze opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań – u co najmniej 70% personelu objętego szkoleniami w ramach Programu	Odsetek personelu medycznego, który podniósł kwalifikacje w obszarze opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań (wartość docelowa to min 70% personelu medycznego) Sposób pomiaru: liczba personelu medycznego, który podniósł kwalifikacje w obszarze opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań w relacji do personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach w ramach Programu

Oczekiwane efekty programu

Spodziewanymi efektami wynikającymi z realizacji założeń niniejszego Programu przez Samorząd Województwa Opolskiego oraz partnerów są:

- ✓ *Zwiększenie wykrywalności wad wrodzonych i rozwojowych wśród dzieci przed i po urodzeniu,*
- ✓ *Wzrost świadomości i wiedzy z zakresu przygotowania do porodu, macierzyństwa oraz praw wynikających ze standardów opieki okołoporodowej wśród osób objętych interwencją programu,*
- ✓ *Wypracowanie umiejętności wczesnego rozpoznawania symptomów rozpoczynającego się porodu,*
- ✓ *Zwiększenie odsetka kobiet zadowolonych z przebiegu porodu, a dzięki temu zainteresowanych kolejną ciążą,*
- ✓ *Zmniejszenie odsetka wykonywanych cięć cesarskich z uwagi na edukację i skuteczniejsze przygotowanie kobiet do porodu,*
- ✓ *Zwiększenie świadomości prozdrowotnej kobiet poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u kobiet w ciąży i do 6 miesięcy po porodzie,*
- ✓ *Zwiększenie skuteczności w diagnozowaniu i postępowaniu z dziećmi do 3 roku życia z zaburzeniami rozwojowymi oraz wzrost świadomości w tym zakresie wśród osób objętych interwencją Programu,*
- ✓ *Ograniczenie występowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 roku życia poprzez wdrożenie odpowiedniej diagnostyki i opieki medycznej wobec dzieci ze zdiagnozowanymi wadami rozwojowymi,*
- ✓ *Wzrost świadomości i wiedzy rodziców w zakresie prawidłowej rehabilitacji i opieki nad dzieckiem,*
- ✓ *Zwiększenie zaangażowania rodziny w proces leczenia i rehabilitacji dzieci,*

- ✓ Zwiększenie wiedzy rodziców na temat prawidłowego rozwoju dzieci,
- ✓ Zwiększenie wiedzy rodziców na temat prawidłowego żywienia dzieci,
- ✓ Wdrożenie multikompleksowego systemu wsparcia dla rodziców, którzy stracili dziecko,
- ✓ Profesjonalne przygotowanie kadry medycznej w zakresie nowych technik diagnostyki wad rozwojowych oraz wspierania postaw prozdrowotnych i prawidłowego rozwoju małych dzieci,
- ✓ Wzrost liczby położnych i pielęgniarek posiadających wysokie kwalifikacje z zakresu opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań.

3. Adresaci programu

Grupę docelową Programu będą stanowili:

- kobiety w ciąży i do 6 miesięcy po porodzie,
- noworodki oraz dzieci do 3 roku życia,
- rodzice, w szczególności rodzice korzystający z poradnictwa oraz rodzice po stracie,
- personel służb świadczących usługi zdrowotne.

Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Ze względu na multikompleksowy charakter zaprojektowanego wsparcia trudne jest dokładne wskazanie populacji docelowej, która może skorzystać z programu. Niemniej jednak szacuje się, że wsparciem w ramach Programu zostanie objętych corocznie 31100 osób, z czego w poszczególnych Podprogramach:

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie = 8000 kobiet w ciąży

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia = 22000 dzieci

Wsparcie rodziców po stracie dziecka = 1000 rodziców

oraz w ramach działań wspierających:

Szkolenia dla personelu = 100 osób z personelu medycznego

Szczególnymi grupami odbiorców usług zdrowotnych w ramach niniejszego Programu będą „osoby o niższych dochodach oraz osoby o ograniczonej mobilności (m.in. z niepełnosprawnościami)”⁹⁵ Ponadto, zgodnie z dokumentem pn.: „Zalecenie rady (UE) 2021/1004 w sprawie ustanowienia europejskiej gwarancji dla dzieci” z dnia 14 czerwca 2021 r. (Dz.U.UE.L.2021.223.14)⁹⁶ wsparciem „objęte zostaną w pierwszej kolejności dzieci z rodzin wielodzietnych, dysfunkcyjnych,

⁹⁵ Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027; Zarząd Województwa Opolskiego, Opole 2022 r., str. 184

⁹⁶ <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-UE/zalecenie-2021-1004-w-sprawie-ustanowienia-europejskiej-gwarancji-dla-dzieci-69453562>; dostęp w dniu 04.07.2023 r.

utrzymujących się z niezarobkowych źródeł oraz z niepełnosprawnościami, pochodzące ze środowisk migracyjnych, ze społeczności romskiej lub pozbawione opieki rodzicielskiej.”⁹⁷

Podsumowując, w każdym z w/w Podprogramów priorytetowo będą wspierane osoby z określonych powyżej grup defaworyzowanych oraz mieszkańcy obszarów zmarginalizowanych tzw. „białych płam”.⁹⁸

Docelowo Program ma przyczynić się do objęcia bezpośrednio lub pośrednio usługami zdrowotnymi, działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz działaniami informacyjno-promocyjnymi określonymi w programie zdrowotnym cały obszar województwa opolskiego (w tym w szczególności rodziców/opiekunów prawnych noworodków i dzieci do 3 roku życia oraz pracowników ośrodków pomocy społecznej (OPS) i powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR)) jak najbliższe miejsca zamieszkania osób, którym usługi/działania będą świadczone.

Potencjalni uczestnicy programu zostaną zakwalifikowani na podstawie statusu zamieszkania. Uczestnictwo w programie będzie bezpłatne.

4. Organizacja programu

Części składowe, etapy i działania organizacyjne

W ramach Programu poprawiony zostanie dostęp do usług zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej i ochrony zdrowia dziecka do 3 r. życia, świadczonych przez wykwalifikowany personel medyczny. Działania te będą mieć charakter uzupełniający do usług w tym zakresie finansowanych ze środków NFZ. Kluczowe znaczenie ma zapewnienie matce i dziecku odpowiedniej opieki medycznej, w zakresie której istotne są działania profilaktyczne rozwijające kulturę zdrowotną m.in. dzięki promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Program będzie realizowany w ramach Programu „Fundusze Europejskie dla Województwa Opolskiego na lata 2021–2027 przez podmioty wybrane w drodze konkursowej. Konkursy będą ogłaszane zgodnie z obowiązującym Harmonogramem naboru wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym dla Programu „Fundusze Europejskie dla Województwa Opolskiego na lata 2021–2027, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Programem „Fundusze Europejskie dla Województwa Opolskiego na lata 2021–2027, tj. Zarząd Województwa Opolskiego.

Beneficjentami uprawnionymi do aplikowania o środki w ramach ww. konkursów są:

- podmioty działające w obszarze ochrony zdrowia - publiczne i prywatne,
- podmioty działające w obszarze pomocy i integracji społecznej,
- organizacje pozarządowe,
- podmioty ekonomii społecznej.

⁹⁷ Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027; Zarząd Województwa Opolskiego, Opole 2022 r., str. 184

⁹⁸ Jw., str. 187

Program będzie realizowany na terenie całego województwa opolskiego, z uwzględnieniem prowadzenia działań w środowisku lokalnym. Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W realizację projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy, który będzie pełnił rolę lidera bądź partnera. Premiowana będzie współpraca z jednostkami: POZ/AOS, OPS, PCPR, organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi reprezentującymi interesy i zrzeszającymi podmioty świadczące usługi w zakresie POZ.

Od uczestników projektów (grupa docelowa) wymagane będzie wyrażenie zgody na udział w zaplanowanych działaniach. W stosunku do osób niepełnoletnich, zgoda na udział w działaniach będzie musiała być potwierdzona przez rodzica/ prawnego opiekuna.

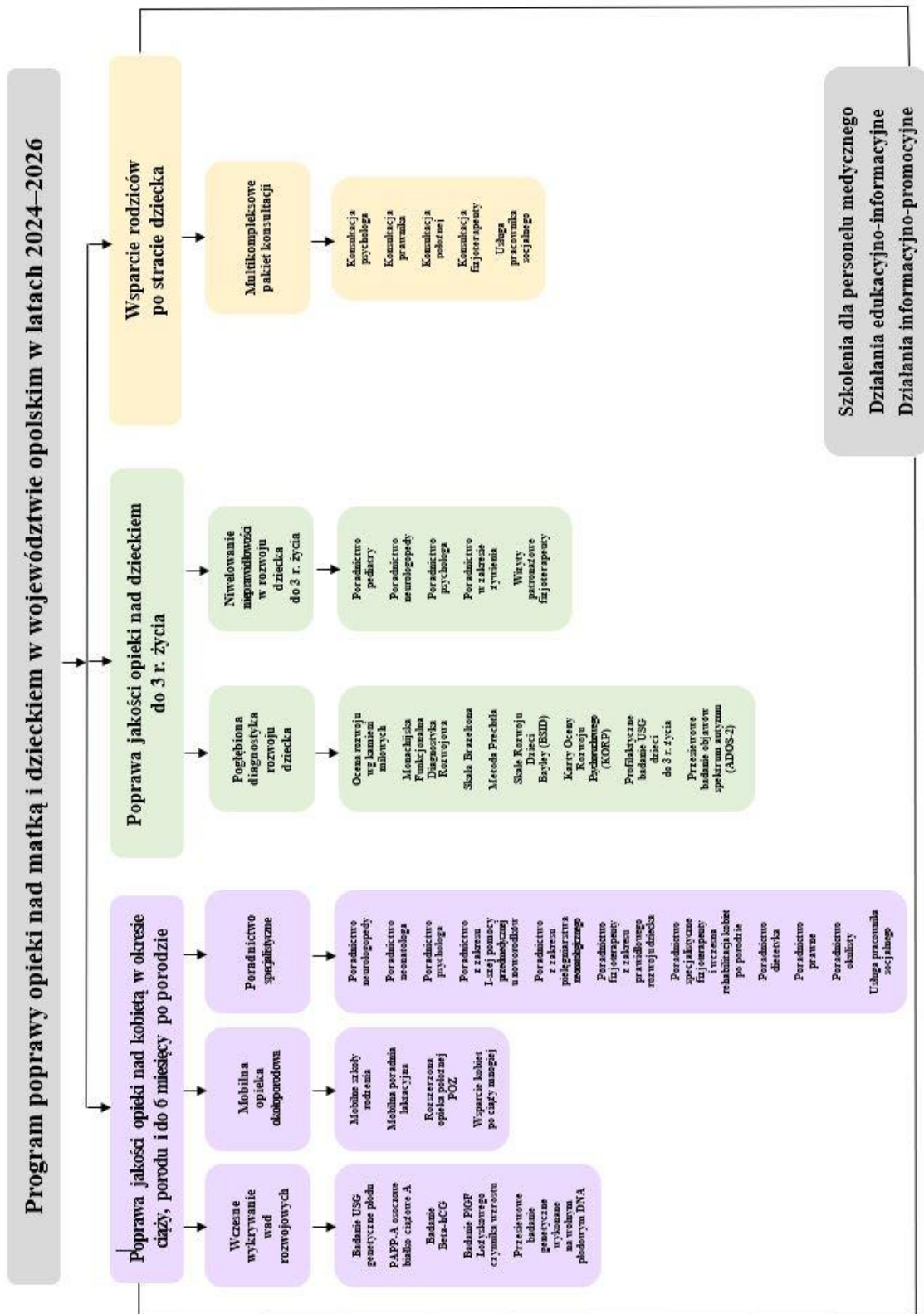
Niniejszy Program spełnia kryteria określone w pkt 14 dokumentu Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej pn.: „*Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*” mówiący o tym, że „RPZ, który przewiduje usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego programu, może być uznany za wykraczający poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujący świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunkiem jest, by obejmował także usługi zdrowotne ponadstandardowe, stanowiące wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, opracowane w logiczną całość oraz skierowane do zdefiniowanej grupy docelowej. Taki program musi wnosić wartość dodaną, np. poprzez wprowadzenie nowych rozwiązań systemowych zwiększających skuteczność usług zdrowotnych i powinien przewidywać możliwość funkcjonowania wypracowanych rezultatów (przynajmniej w zakresie rozwiązań funkcjonalnych, czyli np. koordynacji procesu badań i leczenia) po zakończeniu ich finansowania ze środków EFS+”.

Realizator powinien zapewnić, że w pierwszej kolejności będzie realizował świadczenia finansowane ze środków publicznych, a jedynie w sytuacji gdy dane świadczenie wchodzi w logiczną całość danej interwencji będzie wykorzystywał środki w ramach Projektu, w szczególności dot. to świadczeń, które w trakcie realizacji niniejszego Programu należy zaliczyć do świadczeń gwarantowanych. W tej sytuacji świadczenia te nie będą mogły być już finansowane, o ile nie będą elementem całości Programu.

W przypadku zakwalifikowania świadczenia w niniejszym Programie jako świadczenia gwarantowanego, przestanie ono być realizowane w ramach niniejszego Programu. Obowiązek uniknięcia podwójnego finansowania świadczenia medycznego spoczywa na Realizatorze.

Program realizowany będzie zgodnie poniższym schematem.

Schemat 3. Interwencje zaprojektowane w Programie



Planowane interwencje

Jak już zasygnalizowano oraz zgodnie z przedstawionym schematem planuje się realizację programu, w sposób następujący:

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie

Program w tym obszarze zostanie skierowany do kobiet w ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie. W celu objęcia mobilną opieką okołoporodową jak najszerszej grupy docelowej beneficjent – realizator projektu będzie prowadził działania informacyjno-edukacyjne. Przewiduje się realizację wsparcia w obszarze opieki wczesnościążowej, przedporodowej oraz poporodowej. Zgodnie z wytycznymi National Institute for Health and Care Excellence (NICE) kobietom należy umożliwić świadome współdecydowanie o przebiegu opieki w trakcie ciąży oraz pełne uczestnictwo w planowaniu opieki i porodu, w szczególności odnosi się to do zwiększania świadomości np. na temat ciąży i porodu fizjologicznego⁹⁹. Udział kobiety w podejmowaniu decyzji wpływa na pozytywne doświadczenia ciąży i porodu¹⁰⁰. Dodatkowo odpowiednie przygotowanie daje poczucie bezpieczeństwa, które jest niezbędne w całym procesie okołoporodowym.

W ramach wsparcia poprawy jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie realizowane będą następujące bloki:

1. ***Wczesne wykrywanie wad rozwojowych,***
2. ***Mobilna opieka okołoporodowa,***
3. ***Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych.***

1. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych

Działania adresowane są do kobiet poniżej 35 roku życia, które nie są objęte świadczeniami gwarantowanymi z NFZ. W ramach Programu kobiety zostaną wsparte działaniami mającymi na celu wczesne wykrywanie wad rozwojowych w ramach badań prenatalnych.

Działania pozwolą na efektywniejsze leczenie płodu oraz noworodka niezwłocznie po urodzeniu. W zależności od wyniku badań realizowanych w ramach bloku, kobiety będą kierowane do objęcia wsparciem pozostałymi działaniami programu lub do dalszego postępowania diagnostycznego refundowanego ze środków NFZ.

Współczesna praktyka badań prenatalnych umożliwia nie tylko postawienie prawidłowej i dokładnej diagnozy, ale pozwala również na działania lecznicze w stosunku do płodu w okresie życia wewnątrzmacicznego lub tuż po urodzeniu. Założenia Programu w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych są zbieżne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego m.in. Przewodnik po Rekomendacjach Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym – 2012, czy Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej – 2009.

⁹⁹ Krówka D., Żur A., *Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej*, GinPolMedProject, 2013, nr 30, s. 78.

¹⁰⁰ Baston H., Hall J., *Opieka przedporodowa: przygotowanie do porodu [w:] Podstawy położnictwa. Przed porodem*. Baston H., Hall J. Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011, s. 129-141.

W ramach bloku „wczesne wykrywanie wad rozwojowych” będą realizowane następujące działania:

- a) **Badanie USG genetyczne płodu wykonane zgodnie ze standardami Sekcji Ultrasonograficznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, które pozwolą wykryć ryzyko, dzięki niemu możliwe jest dokładne zbadanie takich parametrów jak (w zależności od wieku ciąży) pęcherzyka ciążowego i żółtkowego, grubość fałdu karkowego, kości nosowe, zarys i wymiary poszczególnych organów płodu oraz pracę jego serca, długość kości udowych, a także łożysko, pępowinę i płyn owodniowy. USG genetyczne umożliwia wykrycie u dziecka niektórych wad genetycznych tj. zespół Downa, Edwardsa lub Turnera; a także wady wrodzone tj. bezmózgowie, wady serca, rozszczep wargi lub kręgosłupa, wodogłowie oraz karłowatość. Przede wszystkim podczas badania lekarz ocenia wielkość płodu, przezierność karkową, akcje serca płodu (można również ocenić markery dodatkowe m.in. obecność/brak kości nosowej, przepływ w przewodzie żylnym, przepływ przez zastawkę trójdzielną) oraz ogólna budowę płodu.**
- b) **Badania biochemiczne - test podwójny (oznaczenia w surowicy krwi):**
 - ✓ **PAPPA-A osoczowe białko ciążowe A,**
 - ✓ **Beta-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta).**
- c) **Skryning prenatalny.**

W teście podwójnym bada się stężenia dwóch substancji: białka PAPP-A i beta-HCG (wolnej beta gonadotropiny kosmówkowej). Biochemiczna analiza krwi jest ponadto połączona z oceną przezierności fałdu karkowego. Test podwójny służy do określenia ryzyka rozwoju trzech najczęściej występujących wad rozwojowych u dzieci, tj. zespołu Downa (trisomia chromosomu 21)¹⁰¹, zespołu Edwardsa (trisomia chromosomu 18) oraz zespołu Patau (trisomia chromosomu 13). Jeśli wynik badań będzie wskazywał na istnienie wad u płodu zaleca się przeprowadzenie badań bardziej inwazyjnymi metodami, ponieważ sam wynik testu podwójnego nie daje pewności, że wykryta wada faktycznie istnieje¹⁰². Badania ultrasonograficzne między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży (CRL 45–84 mm) będą prowadzone zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) oraz zasadami Fetal Medicine Foundation (FMF). Ponadto pacjentka przed wykonaniem badań będzie poinformowana na temat ryzyka oraz korzyści płynących z badań przesiewowych. W przypadku wykrycia podejrzenia o występowanie wad, uczestniczki będą mogły skorzystać z dalszych badań finansowanych w ramach programu NFZ.

W przypadku zakwalifikowania badań prenatalnych jako świadczenia gwarantowanego, przestaną być realizowane w ramach niniejszego Programu.

Skryning prenatalny

„Jednym z wyzwań współczesnego położnictwa jest preeklampsja – w polskim nazewnictwie określana stanem przedrzucawkowym. Najczęstszym objawem klinicznym w tym schorzeniu jest nadciśnienie i białkomocz lub dysfunkcja wątroby, może wystąpić rzucawka (eclampsia) czyli wystąpienie drgawek z utratą przytomności. Schorzenie to prowadzi również do choroby płodu

¹⁰¹ Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., PRCM Working Group, Polish registry of congenital malformations – aims and organization of the registry monitoring 300 000 births a year, J Appl. Genet. 46, 2005, s. 342

¹⁰² Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej, Ginekologia Polska nr 5/2009, opracowane przez zespół ekspertów pod przewodnictwem prof. dr. hab. J. Kotarskiego, prof. dr. hab. M. Wielgosia

czyli hypotrofii, która objawia się zahamowaniem wzrostu, niedotlenieniem, a nawet śmiercią wewnątrzmaciczną. Za rozwój preeklampsja odpowiada niewydolność łożyska.

Diagnostyka prenatalna pozwala monitorować rozwój płodu. Jego prawidłowy przebieg uwarunkowany jest jednoczesnym prawidłowym rozwojem łożyska, który rozpoczyna się od początku ciąży i bardzo intensyfikuje w jej pierwszej połowie. Niewydolność łożyska może być wykryta zanim wystąpią objawy kliniczne za pomocą tzw. Markerów angiogenezy łożyskowej, które można oznaczyć z krwi matki wykonując:

- ✓ **badanie PIGF łożyskowego czynnika wzrostu, które będzie wykonywane razem z PAPP-A, Beta-hCG oraz badaniem USG genetycznym płodu,**
- ✓ **przesiewowe badanie genetyczne wykonane na wolnym płodowym DNA.**

Raz zaburzonego procesu nie można cofnąć, dlatego w przypadkach, kiedy rozwinię się stan przedzręczawkowy – nie ma skutecznego leczenia. W takiej sytuacji lekarze zmuszeni są przedwcześnie decydować o porodzie, aby uniknąć ciężkich powikłań, które rozwijają się u matki. U płodu zawsze pojawia się zagrożenie wcześniactwem, zatem pojawia się dylemat: niedotlenienie czy poród przedwczesny.

Najbardziej optymalnym rozwiązaniem byłby powszechny dostęp do skryningu prenatalnego, który pozwala wykryć grupę wysokiego ryzyka i wdrożyć skuteczną profilaktykę. Powyższe badania nie są objęte świadczeniami gwarantowanymi z NFZ, zatem stanowiłyby istotną wartość dodaną niniejszego Programu. Działania adresowane byłyby do wszystkich kobiet będących w ciąży”.¹⁰³

2. Mobilna opieka okołoporodowa

W ramach Programu zorganizowane zostaną zajęcia edukacyjne (teoretyczne i praktyczne) dla przyszłych rodziców, na które będą składały się:

- a) **Mobilne szkoły rodzenia,**
- b) **Mobilna poradnia laktacyjna,**
- c) **Rozszerzona opieka położnej POZ,**
- d) **Wsparcie kobiet po ciąży mnogiej.**

Częstotliwość korzystania z usług określona będzie przez beneficjenta – realizatora projektu, przy czym musi zostać zapewniona kompleksowość działań, rozumiana, jako łączenie różnych form wsparcia przewidzianych do realizacji, w tym uwzględnienie preferencji dla osób defaworyzowanych oraz osób będących w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej.

Zabezpieczenie odpowiedniego zaplecza lokalowego oraz technicznego niezbędnego do realizacji zadań związanych z mobilną opieką okołoporodową należy do beneficjenta – realizatora projektu. Między innymi możliwe jest wsparcie w ramach projektu zakupu wyposażenia niezbędnego do realizacji projektu, np.: sprzętu komputerowego koniecznego do prowadzenia spotkań i prezentacji informacji, akcesoriów do ćwiczeń (np.: maty gimnastyczne, piłki położnicze, taśmy rozciągające), przewijaków, wanierek, fantomów niemowląt, pieluszek oraz innych niezbędnych materiałów pokazowych. Powyższe wyposażenie musi być uzasadnione i bezpośrednio związane z realizacją projektu i zaplanowanymi w jego ramach zadaniami. Dodatkowo beneficjent może przewidzieć

¹⁰³ Pasternok M., Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Perinatologii dla Obszaru Województwa Opolskiego, korespondencja w ramach prac nad niniejszym Programem z dnia 15.03.2023 r.

zakup produktów pomocnych dla matki i dziecka do 6 miesiąca życia, np. artykułów wspierających laktację.

Mobilne szkoły rodzenia

Realizacja edukacji przedporodowej w ramach niniejszego Programu leży w gestii realizatora, na którym spoczywa obowiązek weryfikacji czy na danym terenie pacjentka ma zagwarantowany dostęp do edukacji przedporodowej w ramach świadczeń położnej POZ (m.in.: brak zakontraktowania z NFZ usługi zdrowotnej lub udokumentowana odmowa wykonania usługi zdrowotnej przez podmiot medyczny), aby uniknąć efektu podwójnego finansowania.

Jeden cykl będzie składał się z 10 spotkań po ok. 90 minut każde. Zajęcia prowadzone będą przez położną i przez specjalistów z zakresu opieki nad kobietą w ciąży, noworodkiem/niemowlęciem (m. in. lekarzy położników, neonatologów, położnych z tytułem edukatora ds. laktacji). Zajęcia będą realizowane w grupach, w ustalonym dla każdej grupy harmonogramie.

Uwzględniając rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, tematyka zajęć będzie obejmowała następujące zagadnienia:

- 1) *Ciąża – zmiany zachodzące w organizmie kobiety w czasie ciąży, zasady prawidłowego odżywiania,*
- 2) *Poród – przygotowanie indywidualnego planu porodu z pacjentką, przebieg I, II i III okresu porodu i zwiastuny zbliżającego się porodu, czynna postawa rodzącej podczas porodu, itp.,*
- 3) *Zasady opieki poporodowej – powikłania w połogu – obserwacja, symptomy, postępowanie higieniczno-lecznicze, stany emocjonalne w czasie ciąży, depresja poporodowa, przystosowanie się do nowej roli,*
- 4) *Karmienie piersią – zalety i zasady karmienia piersią, praktyczne aspekty karmienia piersią, problemy związane z karmieniem piersią i sposoby radzenia sobie z nimi, odżywianie się matki karmiącej,*
- 5) *Powrót płodności po porodzie i współżycie seksualne,*
- 6) *Ćwiczenia i gimnastyka ogólnie usprawniająca,*
- 7) *Pielęgnacja noworodka/niemowlęcia – opieka noworodka – ćwiczenia: masaż brzuszka, kangurowanie, sposoby uspokajania noworodków, stany przejściowe u noworodka, metody obserwacji i wdrożenie odpowiedniej pielęgnacji,*
- 8) *Pierwsza pomoc w nagłych u noworodka i niemowlęcia,*
- 9) *Problemy zdrowotne w okresie noworodkowym,*
- 10) *Szczepienia obowiązkowe i zalecane.*

Oprócz wyżej wymienionej tematyki zajęć programu, zagadnienia poruszane na wykładach w szkole rodzenia odbywać się będą na zasadzie programu typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach), zgodnie z wytycznym NICE, opartymi na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008 r.).

W przypadku dużego zainteresowania przyszłych rodziców udziałem w programie, do szkoły rodzenia przyjmowane będą w pierwszej kolejności kobiety, które dotychczas nie korzystały z zajęć w szkole rodzenia.

Mobilna poradnia laktacyjna

W ramach Mobilnej opieki okołoporodowej funkcjonować będzie Mobilna poradnia laktacyjna, wykorzystująca podczas świadczenia porad dodatkowy sprzęt lub środki wspierające rozwiązywanie problemów laktacyjnych.

Ministerstwo Zdrowia oraz Światowa Organizacja Zdrowia zaleca wyłączne karmienie piersią przez 6 pierwszych miesięcy życia. Po 6. m. z dieta powinna zostać rozszerzona o owoce i warzywa, które stanowią posiłki uzupełniające. Karmienie piersią należy kontynuować do ukończenia przez dziecko 2 lat lub dłużej¹⁰⁴.

Mleko matki jest idealnym pokarmem dla noworodków i niemowląt. Zawiera wszystkie niezbędne składniki, konieczne do prawidłowego rozwoju. Jest absolutnie bezpieczne. Zawiera przeciwciała, które pomagają chronić dziecko przed chorobami wieku dziecięcego, takimi jak biegunka czy zapalenie płuc, które uważa się za dwie najczęstsze przyczyny zgonów niemowląt na świecie. Mleko matki jest łatwo dostępne, darmowe i pomaga zapewnić niemowlętom właściwe odżywienie.

Także matka czerpie korzyści z karmienia piersią – zapobiega rakowi piersi i jajników, pomaga wrócić do wagi sprzed ciąży i obniża ryzyko otyłości.

Poza doraźnymi zaletami, karmienie piersią daje także korzyści długoterminowe. Młodzież i dorośli, którzy byli w dzieciństwie karmieni piersią, są w mniejszym stopniu narażeni na nadwagę lub otyłość. Rzadziej występuje u nich także cukrzyca typu 2 i lepiej wypadają w testach na inteligencję.

Choć karmienie piersią to jedna z najbardziej naturalnych czynności, to jednak na początku niemal każda młoda mama potrzebuje instruktażu, jak się do tego zabrać. A gdy pojawi się jakiś problem – potrzebna jest profesjonalna pomoc. Niestety, często nawet położne i lekarze nie mają wystarczającej wiedzy na temat laktacji. Brak profesjonalnej pomocy to prawdopodobnie jeden z głównych powodów krótkiego karmienia piersią wśród polskich matek – średnia jego długość to 4,8 miesiąca, podczas gdy dzieci powinny być karmione wyłącznie piersią przez 6 miesięcy.

Skorzystanie z porady laktacyjnej pomoże matkom w sytuacji: problemu zbyt małej lub zbyt dużej ilości pokarmu, gdy dziecko nie potrafi prawidłowo chwycić brodawki i ssać, a pierś robi się twarda i boli, jak poradzić sobie z nadmiarem pokarmu, który może doprowadzić do zastoju lub nawet zapalenia piersi. Badanie piersi w ramach porady laktacyjnej sprawdzi stan brodawek i oceni prawidłowość pozycji, sposób przystawiania dziecka i efektywność umiejętności ssania.

Uczestniczki na wizytę będą musiały się wcześniej umówić. Wizyta potrwa, 1–2 godzin. Kobieta będzie musiała przyjść z dzieckiem lub będzie mogła się umówić w domu. Porady będą udzielane przez kadrę medyczną znajdującą się na liście zawodów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2023 poz. 1515). Pożądanymi kompetencjami w zakresie porad laktacyjnych jest posiadanie przez położne tytułu „edukator do spraw laktacji” po zakończeniu kursu specjalistycznego potwierdzonego certyfikatem Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych pn.: „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”, realizowanego na

¹⁰⁴ Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek), Ministerstwo Zdrowia, 2013

zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach zadania pn.: „*Promocja karmienia piersią*” wchodzącego w skład Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025¹⁰⁵.

Rozszerzona opieka położnej POZ

W programie zakłada się wsparcie rodziców/opiekunów prawnych oczekujących na dziecko/wychowujących dziecko w ramach mobilnej opieki okołoporodowej, poprzez opiekę położnej wykraczającą poza zakres finansowania w ramach NFZ (np. do 20 tygodnia ciąży oraz specjalistyczną, kompleksową opiekę nad położną po 6 tygodniu od urodzenia dziecka do 6 miesiąca życia dziecka według wieku korygowanego). Opieka ta powinna uwzględniać Indywidualizację Opieki Okołoporodowej – jej celem powinno być poszukiwanie nowych rozwiązań, poprawiających komfort życia i wychodzących naprzeciw potrzebom kobiet w ciąży, przygotowujących się do porodu.

Wsparcie kobiet po ciąży mnogiej

Dwie trzecie matek bliźniąt nie ma odpowiedniego wsparcia i rad, dzięki którym mogłyby lepiej poradzić sobie w pierwszych tygodniach po porodzie. Organizacje zajmujące się mnogimi ciążami stwierdziły, że takie wsparcie zapobiegałoby licznym depresjom poporodowym i sprzyjałoby lepszemu przygotowaniu młodych rodziców do nowej roli. Porady miałyby zakładać, w jaki sposób powinno się karmić piersią kilkoro dzieci urodzonych w wyniku ciąży mnogiej oraz gdzie można szukać pomocy w razie nagłych wypadków.

W ramach Programu wzorem państw zachodnich zaoferowana zostanie intensywna opieka położnej, która będzie świadczona w zależności od potrzeb nawet do 2 godzin dziennie przez pierwsze 3 m-ce życia dzieci.

3. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych

W miarę zidentyfikowanych potrzeb możliwe będzie zaoferowanie rodzicom/opiekunom prawnym w szczególnych sytuacjach wsparcia w postaci specjalistycznego poradnictwa np. psychologicznego, dietetycznego, czy fizjoterapeutycznego.

Działania realizowane w ramach niniejszego bloku będą miały na celu zwiększenie wiedzy na temat ciąży fizjologicznej, możliwych powikłań oraz opieki nad noworodkiem i niemowlakiem, propagowanie dobrego rodzicielstwa i prozdrowotnych zachowań. Działania będą prowadzone w szczególności w środowiskach lokalnych w formule grupowej, indywidualnej, skierowane do matek, rodziców, opiekunów. Działania te będą miały charakter informacyjny, edukacyjny, szkoleniowy, doradczy. Podczas ww. spotkań możliwe będzie np. skorzystanie ze specjalistycznych konsultacji.

W celu zapewnienia kompleksowej opieki okołoporodowej¹⁰⁶ w realizację działań zaangażowani będą specjaliści tacy jak np.: neurologopeda, neonatolog, psycholog, położna, pielęgniarka (specjalista

¹⁰⁵ <https://ckppip.edu.pl/>, dostęp w dniu 08.05.2024 r.

¹⁰⁶ Kompleksowość opieki okołoporodowej rozumiana jest jako świadczenie usługi przez więcej niż jednego specjalistę.

pielęgniarstwa neonatologicznego/pediatrycznego), dietetyk, fizjoterapeuta, prawnik, okulista oraz pracownik socjalny.

Rodziny w sytuacji ciąży, porodu, opieki nad małym dzieckiem oraz w sytuacji straty dziecka doświadczają wielu wyzwań, którym aby sprostać należy rozszerzyć zakres oferowanego wsparcia (oprócz specjalistycznego wsparcia personelu medycznego uzupełniającego opiekę finansowaną ze środków NFZ) o dodatkowe usługi, m.in. o usługę pracownika socjalnego. Zakres działań realizowanych przez pracownika socjalnego ma szansę uzupełnić dotychczasowe usługi oraz podkreślić kierunek humanizacji współczesnej opieki medycznej. Obecnie pracownik socjalny z powodzeniem jest angażowany w pracę zespołów interdyscyplinarnych w warunkach ambulatoryjnej, krótkoterminowej i długoterminowej opieki medycznej.

Biorąc pod uwagę właściwe planowanie i koordynowanie wsparcia specjalistycznego w grupach defaworyzowanych obecność pracownika socjalnego wydaje się nieodzowna. Trend ten znajduje uzasadnienie w literaturze. Najważniejsze zadania pracownika socjalnego mogące zwiększyć skuteczność oddziaływań specjalistów dotyczyć mogą:

- ✓ **pośredniczenia pracownika socjalnego między specjalistą a środowiskiem w którym żyje rodzina,**
- ✓ **rozpoznawania bieżących potrzeb socjalno-bytowych,**
- ✓ **wspierania i edukowania w zakresie skutecznej komunikacji z personelem medycznym.**

Celem zapewnienia elastyczności i dostępu adekwatnego do potrzeb pacjentów, warto zróżnicować realizację usług w warunkach instytucjonalnych oraz domowych, szczególnie dbając o interes osób zamieszkujących tzw. „białe plamy” lub osób z grup defaworyzowanych.

Pracownik socjalny będzie wsparciem oferując poradnictwo specjalistyczne w sytuacjach takich jak, m.in.:

- ✓ **porada dot. przysługujących rodzicom dzieci niepełnosprawnych możliwości finansowania np. sprzętu specjalistycznego i ewentualnych ulg podatkowych z tym związanych,**
- ✓ **porada dot. dostępnego wsparcia rodzinom wielodzietnym,**
- ✓ **pośredniczenie, za zgodą rodziców, między personelem medycznym a środowiskiem, celem objęcia rodziny pomocą społeczną w rejonie, adekwatnie do potrzeb rodziny i dziecka**
- ✓ **porada dot. przysługujących rodzicom po stracie form wsparcia finansowego,**
- ✓ **wsparcie rodziców dzieci wymagających opieki hospicjum domowego na etapie przygotowania rodziny do nowej sytuacji życiowej.¹⁰⁷**

W czasie ciąży dochodzi do wielu zmian w organizmie matki, dotyczą one także narządu wzroku, dlatego istotnym dodatkowym wsparciem będzie wdrożenie kompleksowej opieki okulistycznej dla ciężarnej¹⁰⁸. Dla zapewnienia bezpieczeństwa narządu wzroku matki zaleca się konsultacje okulistyczne. Wynika to z faktu, że nieprawidłowości występujące w budowie oczu już przed ciążą, mogą ulec progresji, także nabyte choroby oczu ciężarnej wymagają pilnego leczenia. Zmiany hormonalne zachodzące w ciąży obejmują także narząd wzroku.

¹⁰⁷ Miś L., Mirewska E. (2014). Rola pracownika socjalnego w systemie służby zdrowia. Studia Sieradzana, nr 6a, ISSN 229-2928, s. 48-62.

¹⁰⁸ Journal List J Curr Ophthalmol v.30(3); 2018 Sep; J Curr Ophthalmol. 2018 Sep; 30(3): 202–210; Published online 2018 Jan 3. doi: [10.1016/j.joco.2017.11.012](https://doi.org/10.1016/j.joco.2017.11.012)

Najczęściej to łagodna reakcja fizjologiczna na modyfikacje metaboliczne, hormonalne i immunologiczne związane z retencją wody, wzrostem objętości krwi w łożysku naczyniowym, co skutkuje zaburzeniami akomodacji, obrzękiem rogówki, zaburzeniami w strukturze filmu łzowego. Patologiczne schorzenia oczu można podzielić na istniejące wcześniej i pojawiające się choroby oczu. Szczególne znaczenie ma retinopatia cukrzycowa, nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą, na skutek którego dochodzi do patologicznych zmian na dnie oczu. Z uwagi na ciążę i przeciwwskazania do stosowania w ciąży niektórych leków np. w leczeniu jaskry, należy pilnie zmienić dotychczasową terapię, a w zwyrodnieniach siatkówki czy retinopatii cukrzycowej ustalić wskazania do laseroterapii. Niezależnie od rodzaju mechanizmów powstawania zmian w oku, kluczową kwestią jest ustalenie skutecznego programu badań przesiewowych w okresie okołoporodowym w celu monitorowania rozwoju ewentualnych nieprawidłowości w oku. Leczenie patologicznych schorzeń oczu lub funkcjonalnie zakłócających zmian łagodnych jest uzależnione od trymestru ciąży oraz podłoża schorzenia.

Z uwagi na narastające problemy okulistyczne w społeczeństwie polskim wskazana jest gruntowna opieka ciężarnych, która opiera się nie tylko na postępowaniu diagnostycznym, ale również włączeniu właściwego postępowania leczniczego, którego celem jest zapewnienie właściwej opieki nad kobietą podczas ciąży i porodu połączonej z ustaleniem braku przeciwwskazań okulistycznych do porodu siłami natury (wg konsensusu ekspertów powołanych przez Polskie Towarzystwo Okulistyczne z dnia 09.02.2017).¹⁰⁹

Każda ciężarna powinna mieć zaoferowane optymalnie cztery wizyty okulistyczne:

- ✓ *pierwszy trymestr ciąży do 13 tygodnia ciąży,*
- ✓ *drugi trymestr ciąży pomiędzy 14 a 26 tygodniem ciąży,*
- ✓ *trzeci trymestr ciąży pomiędzy 27 a 40 tygodniem ciąży,*
- ✓ *do sześciu tygodni po porodzie.*¹¹⁰

W celu wzmocnienia efektywności realizowanych działań, uzupełniająco do przedstawionej interwencji, realizowane będą szkolenia dla położnych, pielęgniarek i lekarzy w zakresie, o którym mowa w punkcie dotyczącym działań edukacyjno-informacyjnych.

Podkreślenia wymaga fakt, że zajęcia grupowe poza oczywistą funkcją edukacyjną będą realizowały funkcje społeczne, gdyż w ramach grup szkoleniowych w sposób naturalny tworzą się grupy wsparcia, które nawet po zakończeniu projektów mogą pozytywnie oddziaływać na grupę docelową.

¹⁰⁹ *Ginekologia po Dyplomie 2017* 04 Choroby siatkówki podczas ciąży

¹¹⁰ *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018 Jan; 40(1): 32–42. Published online 2017 Aug 7. doi: [10.1055/s-0037-1605366](https://doi.org/10.1055/s-0037-1605366)Ocular Changes During Pregnancy Pedro Marcos-Figueiredo, Ana Marcos-Figueiredo, Pedro Menéres, and Jorge Braga

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia

W ramach poprawy jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia realizowane będą następujące bloki:

- 1. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka,**
- 2. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 3,**
- 3. Wsparcie koordynowane.**

1. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka

Wczesne rozpoznanie nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym małego dziecka (szczególnie w pierwszych tygodniach życia), a także wczesna interwencja terapeutyczna pozwala na wyrównanie deficytów rozwojowych u dziecka do 1 roku życia aż w 94% (wg. badań niemieckich).

W ramach tego bloku będą realizowane następujące świadczenia:

- a) Ocena rozwoju wg kamieni milowych,**
- b) Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa,**
- c) Skala Brazeltona,**
- d) Metoda Prechtla,**
- e) Skale Rozwoju Dzieci Bayley (BSID),**
- f) Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP).**
- g) Profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 3,**
- h) Przesiewowe badanie objawów spektrum autyzmu (ADOS-2),**
- i) Badanie optometryczne.**

Ocena rozwoju wg kamieni milowych

Zaleca się stosowanie oceny rozwoju wg kamieni milowych jest to powszechnie stosowana metoda w obserwacji rozwoju dzieci urodzonych w terminie. Metoda ta jest wystarczająco czułym narzędziem, nie wymaga wysokiego nakładu kosztów, może być stosowana przez lekarzy, położne środowiskowe, fizjoterapeutów, można też zapoznać rodziców z kolejnym etapem rozwoju ich dziecka, co korzystnie wpływa na współpracę z nimi i współodpowiedzialność za obserwację rozwoju.

Monitorowanie rozwoju najmłodszych dzieci w celu wczesnego rozpoznania cech charakteryzujących opóźnienia rozwojowe jest kluczowym zadaniem opieki pediatrycznej. Wczesna identyfikacja dzieci z istniejącymi opóźnieniami rozwojowymi lub zagrożonych ich powstaniem pozwala na wczesną interwencję, która daje możliwość wyrównania wielu deficytów lub przynajmniej prowadzi do złagodzenia niekorzystnych objawów rozwojowych. Wiek osiągnięcia przez dzieci kamieni milowych w połączeniu z badaniem pediatrycznym jest najczęściej stosowaną metodą oceny rozwoju dzieci. Szczegółowe poznanie idealnej sekwencji rozwoju dziecka w zakresie wszystkich sfer (sfera rozwoju ruchowego, sfera rozwoju ruchów precyzyjnych, sfera rozwoju umysłowego i socjalnego oraz sfera rozwoju mowy) pozwala osobie oceniającej sformułować ocenę rzeczywistego stopnia rozwoju danego dziecka.

Monitorowanie rozwoju dziecka w czasie sprzyja zdrowemu rozwojowi i rozpoznawaniu ewentualnych nieprawidłowości. Profilaktyczne zalecenia pomagają rodzicom przewidywać

następny etap rozwoju i odpowiednio kształtować typowe dla niego zachowania. Obserwacja rozwoju dziecka w gabinecie lekarskim ma istotne znaczenie dla wczesnej identyfikacji i leczenia zaburzeń rozwojowych. Dziecko można ocenić w trakcie jego spontanicznej aktywności lub po wywołaniu poszczególnych umiejętności z wykorzystaniem rekwizytów (np. bańki, lalki). Obserwacje te można prowadzić w trakcie wizyty w poradni zdrowego dziecka, w trakcie konsultacji specjalistycznych lub na wizycie związanej ze szczepieniami. Takiej oceny nie można jednak uznać za ostateczną (brak standaryzacji), ale raczej jako punkt wyjścia do podjęcia dalszych działań.

Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa

Metoda diagnostyczna opracowana w Centrum Dziecięcym (Kinderzentrum) w Monachium, opierająca się na obserwacji, analizie i interpretacji zachowania dziecka. Metodę tę stosuje się do oceny rozwoju dziecka w wieku od pierwszego miesiąca do szóstego roku życia. Badanie umożliwia wykrywanie zaburzeń, opóźnień i deficytów zarówno w rozwoju ruchowym, jak i w zakresie percepcji, rozwoju mowy, funkcji manualnych i kontaktów społecznych.

Skala Brazeltona

Sygnaty wysyłane przez noworodka często bywają niezrozumiałe dla rodziców. W związku z tym często nie potrafią zaspokoić jego potrzeb. W wytworzeniu odpowiedniej więzi pomiędzy rodzicem, a dzieckiem konieczna jest odpowiednia komunikacja. Zdolność obserwacji poszczególnych zachowań dziecka umożliwia interpretację określonych sygnałów. Od momentu narodzin dziecko posiada wiele mechanizmów pozwalających na włączanie się w relacje społeczne¹¹¹. Wśród nich można wyróżnić: płacz, ssanie, zdolność podążania wzrokiem za twarzą ludzką, przywieranie oraz zdolność skupienia wzroku na twarzy ludzkiej¹¹². Niezbędnym elementem do stworzenia więzi pomiędzy rodzicem, a dzieckiem jest równocześnie przekazywanie bodźców przez noworodka jak i odpowiedź opiekuna. Pozwala to na zapewnienie noworodkowi poczucia bezpieczeństwa.

Narzędziem pozwalającym na zrozumienie emocji i zachowań noworodka jest skala Brazeltona tzw. NBAS. Została ona stworzona przez Dr. T. Berry. Brazeltona w Bostonie, Massachusetts w USA w latach sześćdziesiątych XX wieku i opublikowana po raz pierwszy w 1973 r.¹¹³ Skala NBAS polega na neurobehawioralnej ocenie noworodka. Jej głównym celem jest nauka umiejętności obserwacji zachowań dziecka oraz rozpoznawania jego emocji w danej chwili. Umożliwia to zrozumienie dziecka, a tym samym lepsze spełnienie jego potrzeb. z medycznego, a zarazem psychologicznego punktu widzenia pozwala dokonać oceny, w jakich obszarach rozwoju noworodka wymagana jest interwencja specjalisty. Stosowana jest u dzieci do 2 miesiąca życia¹¹⁴.

¹¹¹ Jadcak-Szumilo T., Znaczenie jakości wczesnej komunikacji Matka – Dziecko dla relacji przywiązania. Wykorzystanie skali Brazeltona do oceny możliwości noworodka w zakresie budowania relacji przywiązania, <https://nbas.pl/materialy/>, dostęp w dniu 24.07.2023 r.

¹¹² Bolwby J., Attachment and loss. Vol.1 London: Penguin Books, 1969

¹¹³ Hawthorne J., Centrum Badań nad Rodziną, Uniwersytet Cambridge, <http://www.nbas.edu.pl/cms/ckfinder/userfiles/files/Joanna%20Hawthorne.%20Betty%20Hutchon.pdf>.

¹¹⁴ Gawor M., Rozwój dziecka od okresu noworodkowego do 3 roku życia, w: Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego Tom I, Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, red. L. Sochocka, A. Wojtyłko, Opole 2012, s. 23

Skala Brazeltona opiera się na kilku konkretnych założeniach:

- ✓ noworodki za pomocą zmysłów komunikują się z otoczeniem,
- ✓ za pośrednictwem określonych sygnałów komunikują swoje potrzeby,
- ✓ są istotami społecznymi, które czekają na interakcje społeczne¹¹⁵,
- ✓ „noworodki, które wydają się słabe są wysoce uzdolnione już w chwili narodzin”¹¹⁶.

Metoda NBAS opiera się na analizie 28 czynników behawioralnych oraz 18 odruchów neurologicznych (w 9 pkt. skali¹¹⁷). Konstrukcja tej skali pozwala ocenić noworodka w sposób wieloaspektowy. Dzięki zastosowaniu metody możliwe jest scharakteryzowanie typowych zachowań dziecka i jednocześnie określenie jego indywidualnych potrzeb. Skala Brazeltona została utworzona w taki sposób, aby możliwe było poznanie dziecka jak i również ocena jego stanu zdrowia. Przy realizacji metod NBAS wykorzystuje się takie elementy jak: grzechotka, czerwona piłka, latarka. Znaczenie ma również twarz osoby badającej oraz jej głos. Za pośrednictwem tych narzędzi możliwe jest zbadanie pozytywnych jak i negatywnych reakcji noworodka.

Realizując skalę NBAS niezwykle ważna jest współpraca rodziców. Mogą oni wówczas zaobserwować zachowanie dziecka. Mają okazję zobaczyć reakcje dziecka na określone bodźce. Proces ten jest dla rodzica niezwykle przydatny, ponieważ pozwala na poznanie dziecka oraz stwierdzenie czy prawidłowo się rozwija¹¹⁸. Skala może być stosowana zarówno jako działanie prewencyjne, jak i wzmocnienie więzi pomiędzy noworodkiem, a rodzicami.

Metoda Prechtl'a

To innowacyjna metoda w stosunku do tradycyjnych sposobów stosowanych przez lekarzy. Główną techniką w tej metodzie jest obserwacja. Obserwacja ta polega na nakręcaniu krótkich, kilkuminutowych (przynajmniej 5 minut) filmików, z udziałem dziecka w jego naturalnych warunkach, bez niczyjej ingerencji. W przypadku wcześniaków jednorazowe filmy powinny trwać nawet do 60 minut. Kładzie się wtedy noworodka, czy w późniejszym stadium niemowlaka na macie i pozwala mu się zachowywać „po swojemu”. Aby wynik obserwacji był rzetelny, takie czynności należy powtarzać przez pierwszych 20 tygodni życia dziecka, przy czym nagrania z okolic 12 tygodnia są najbardziej wartościowym źródłem informacji.

Diagnostyka metodą Prechtl'a pozwala bardzo wcześnie stwierdzić lekkie odchylenia od prawidłowych wzorców ruchowych, które mogą prowadzić do deficytów motorycznych i problemów w wieku szkolnym. Dzięki wczesnemu rozpoznaniu dziecko można poddać szybkiej terapii w okresie, gdy jest ona najskuteczniejsza ze względu na ogromną plastyczność dziecięcego centralnego układu nerwowego¹¹⁹.

Rozwój motoryki dziecka nie zawsze idzie w parze z prawidłowym kształtowaniem się określonych czynności ruchowych w odpowiednim czasie, dlatego też w niektórych sytuacjach należy wcześniej zastosować określoną terapię – pomocną w wyrównaniu nieprawidłowości rozwoju ruchowego. Praktyka wskazuje, że terapię ruchową najczęściej obejmowane są dzieci od trzeciego roku życia,

¹¹⁵ op. cit., Jadczak-Szumilo T.

¹¹⁶ op. cit., Gawor M., s. 23

¹¹⁷ Jw.

¹¹⁸ op. cit., Jadczak-Szumilo T.

¹¹⁹ Sochocka L., Wojtylko A. (red.), Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego, Opole 2012, t. 1

mniej od momentu urodzenia do okresu 2 lat i są to w przeważającej liczbie dzieci z upośledzeniem umysłowym¹²⁰.

Coraz większego znaczenia nabiera wczesna diagnoza rozwojowa dzieci z tzw. „grupy ryzyka” i rozpoczęcie zabiegów stymulujących ich rozwój. Tak wczesnie prowadzona terapia ruchowa ma swoje uzasadnienie, gdyż rozwój motoryki dziecka w pierwszych trzech latach życia jest istotny ze względu na kształtowanie się w tym okresie większości cech morfologicznych dotyczących układu kostnego i mięśniowego, układu krążenia i oddychania, koordynacji ruchowej i celowości działania¹²¹.

Metoda Prechtla jest metodą nieinwazyjną, bezbolesną, niewymagającą znieczulenia. Diagnostyka opiera się na obserwacji dziecka w stanie czuwania z wykorzystaniem techniki wideo. W odróżnieniu od rezonansu magnetycznego diagnostyka metodą Prechtla pozwala również formułować wnioski dotyczące jakości, to znaczy spodziewanego stopnia porażenia mózgowego.

Skale Rozwoju Dzieci Bayley (BSID)

Skala Bayley jest narzędziem stosowanym w diagnozie rozwoju psychoruchowego dzieci, jako tzw. „złoty standard”. Oznacza to, że jest zalecane jako narzędzie po które warto sięgnąć w pierwszej kolejności, szczególnie badając poziom rozwoju dzieci obciążonych wcześniactwem, deficytami rozwojowymi lub innymi trudnościami, jak np. zaburzenia przywiązania, zaburzenia integracji sensorycznej czy trudności w karmieniu. Wartość diagnostyczna tego narzędzia związana jest ze specyficzną konstrukcją skali, warunkami badania oraz jakością informacji zwrotnej o rozwoju dziecka udzielanej rodzicowi, a co za tym idzie, jest przydatna w procesie planowania oddziaływań terapeutycznych i, jak pokazują badania, stanowi wartość prognostyczną dla przyszłego rozwoju dziecka. Jest obecnie najczęściej stosowanym narzędziem diagnostycznym do oceny wczesnego rozwoju zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych na świecie. Włączając Skalę Bayley w praktyce klinicznej tworzymy standardy diagnostyczne i terapeutyczne na światowym poziomie.

Zarówno na etapie przeprowadzania badania, jak również interpretacji uzyskanych wyników uwzględnia się wiek korygowany dziecka, co zwiększa rzetelność wyników i komfort dziecka w trakcie badania, ponieważ nie stawiamy przed dzieckiem wymagań nieadekwatnych do jego wieku. W czasie badania dziecku towarzyszy rodzic, dzięki czemu może ono poczuć się bezpiecznie, a ścisła współpraca rodzica z osobą przeprowadzającą badanie zapewnia zachowanie najwyższych standardów. Większość zadań w trakcie badania przyjmuje formę zabawy, która toczy się według specjalnie stworzonego scenariusza, co jest warunkiem uzyskania standaryzowanego wyniku. Badanie składa się z kilku części. W celu optymalizacji badania względem oczekiwań i diagnozowanego problemu dopuszcza się skorzystanie z wybranych części skali, co jest następnie stosownie opisywane przy opracowywaniu raportu z badania.

Pełna skala składa się z pięciu części, które badają rozwój dziecka w obszarze zdolności poznawczych, językowych, ruchowych, społeczno-emocjonalnych oraz zachowań adaptacyjnych:

- 1) Rozwój dziecka w sferze poznawczej - gdzie ocenia się umiejętność zabawy, reakcję na nowość, zdolność do habituacji czyli wygaszania reakcji na obiekty sobie znane, pamięć,

¹²⁰ Kaufman B.N., Uwierzyć w cud. Terapia dzieci autystycznych, Warszawa 1991, t. II, oraz Pennock K., Ratowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu, Toruń 1994

¹²¹ Przewęda R., Wybraniec B., Charakterystyka rozwoju motorycznego dziecka w wieku przedszkolnym. Wychowanie w przedszkolu nr 7/8,

- umiejętność rozwiązywania problemów oraz szybkość wykonywania zadań i poziom rozwoju pojęcia liczby.
- 2) Rozwój dziecka w sferze językowej sprawdzany jest w dwóch obszarach. Pierwszy z nich to tzw. komunikacja receptywna, czyli umiejętność rozumienia mowy i właściwe reagowanie na polecenia werbalne podawane przez dorosłych. Drugi obszar to tzw. komunikacja ekspresywna, która mierzy kompetencje językowe dziecka w postaci aktywnego posługiwania się mową.
 - 3) Rozwój dziecka w obszarze motorycznym dotyczy rozwoju fizycznego i umiejętności związanych z ruchem. W skład tej części badania zalicza się badanie funkcji tzw. motoryki małej, kiedy to oceniamy poziom koordynacji wzrokowo-ruchowej, manipulacji zabawkami i jakość chwytu precyzyjnego, oraz motoryki dużej, rozumianej jako jakość ruchów ciała, kontrola postawy i lokomocja. Dzięki zastosowaniu różnorodnych prób i zadań możemy obserwować rozwój tzw. funkcji lokomocyjnych związanych z przemieszczaniem się i nielokomocyjnych, najczęściej związanych z użyciem różnych przedmiotów.
 - 4) Rozwój dziecka w obszarze społeczno-emocjonalnym dotyczy takich umiejętności, jak samoregulacja, zainteresowanie światem, potrzeba nawiązania kontaktu z drugim człowiekiem, zaangażowanie w relację, czy używanie emocji jako środka komunikacji z innymi i sygnalizowania potrzeb.
 - 5) Obserwacja i rejestrowanie zachowań adaptacyjnych dotyczy oceny częstości występowania zachowań postrzeganych jako wspierające interakcję z otoczeniem i opiekunami. W tym obszarze, wspólnie z rodzicem lub opiekunem dziecka, poddaje się ocenie zachowania dotyczące komunikacji, współżycia w rodzinie i środowisku zewnętrznym, zachowań dotyczących zdrowia, życia domowego samoobsługi i zabawy.

Przygotowując się do badania warto, by rodzic zwrócił uwagę na takie kwestie jak zmęczenie dziecka, jego nastrój i ogólne samopoczucie oraz kondycja zdrowotna. Dziecko w dniu badania powinno być zdrowe, nie bezpośrednio po rekonwalescencji po chorobie infekcyjnej, wypoczęte (warto zaplanować badanie biorąc pod uwagę porę drzemki), a pora badania nie powinna kolidować z regularnymi porami posiłków. Planując badanie należy wziąć pod uwagę ograniczenia dziecka, np. szybka męczliwość czy ograniczenia fizyczne.

Integralną częścią badania jest pogłębiony wywiad psychologiczny z rodzicem oraz analiza dokumentacji medycznej, dzięki czemu interpretacja wyników badania i opracowywany raport ujmują rozwój dziecka globalnie i indywidualnie, porównując go jednocześnie z normami czyli oczekiwaniami stawianymi przed dzieckiem w zależności od jego wieku.

Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP)

KORP jest polskim narzędziem, które umożliwia kompleksową ocenę rozwoju dziecka od 1. miesiąca do końca 9. roku życia. Za pomocą kart KORP możliwe jest przeprowadzenie oceny rozwoju dziecka w takich sferach funkcjonowania, jak:

- ✓ sfera ruchowa,
- ✓ motoryka precyzyjna i lateralizacja,
- ✓ spostrzeganie wzrokowe i koordynacja wzrokowo-ruchowa,
- ✓ komunikowanie się i mowa,
- ✓ sfera emocjonalna i relacji społecznych,
- ✓ sfera funkcji behawioralnych oraz umiejętności przedszkolnych (dla dzieci w wieku od 3;0 do 5;11 lat) lub szkolnych (dla dzieci w wieku od 6;0 do 9;11 lat).

Do oceny rozwoju dziecka opracowano 13 rodzajów kart dostosowanych do określonych przedziałów wiekowych. W pierwszym roku życia karty wypełniania się co kwartał, pomiędzy 1. a 2. rokiem życia – co pół roku (od 12. do 17. i od 18. do 23. miesiąca życia), a od 2. roku życia do końca 7. w odstępach rocznych. Natomiast w przypadku dzieci w wieku od 8. do końca 9. roku życia wykorzystywana jest jedna karta. Opracowano także karty wywiadu dla rodziców zawierające szczegółowe pytania dotyczące okresu ciąży, porodu i dotychczasowego rozwoju dziecka.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, dysharmonii bądź opóźnień rozwojowych KORP stanowi podstawę do skierowania dziecka na dalsze badania i konsultacje specjalistyczne oraz ułatwia opracowanie optymalnego planu wielospecjalistycznej pomocy dzieciom o zaburzonym rozwoju psychoruchowym.”¹²²

Profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 3

W ramach interwencji uczestnik w zależności od wskazań lekarskich będzie miał wykonane w 1 r.ż. USG przeziemiączkowe lub jamy brzusznej, natomiast od 2 r.ż. - USG jamy brzusznej.

Przesiewowe badanie objawów spektrum autyzmu (ADOS-2)

Wczesne objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) pojawiają się w pierwszych 3 latach życia dziecka. Rozpoznawanie tych zaburzeń jest trudne ze względu na zmienność objawów pod wpływem zmian rozwojowych, a brak jednoznacznych kryteriów ułatwiających przesiewowe obserwowanie populacji utrudnia trafne rozpoznanie ryzyka ASD. Wśród objawów alarmowych u małych dzieci wymienia się nieprawidłowości w obszarze rozwoju społecznego, komunikacji i zabawy, a samo zaburzenie najczęściej prowadzi do niepełnosprawności. Do tej pory nie udało się ustalić algorytmów służących do diagnozy ASD u dzieci poniżej 1. roku życia, które byłyby oparte na empirycznych dowodach. Rozpoznawanie symptomów autyzmu przed 2. rokiem życia dziecka pozostaje dla diagnosty zadaniem niezwykle trudnym.¹²³

Z pomocą przychodzą w tym miejscu standaryzowane narzędzia diagnostyczne, takie jak ADOS-2. ADOS-2 jest narzędziem pozwalającym na przeprowadzenie badania dziecka już 12 miesięcznego, dzięki czemu możliwe jest uchwycenie wczesnych objawów autyzmu oraz ocena ich nasilenia¹²⁴. Jest to jeden z ważniejszych elementów złożonego procesu diagnostycznego, który w Polsce wciąż jest trudno dostępny dla małych dzieci. Jak powszechnie wiadomo, wczesna trafna diagnoza umożliwia wdrożenie wczesnej interwencji i wspieranie rozwoju dziecka.

Włączenie do katalogu dostępnych metod diagnostycznych skali ADOS-2 umożliwi trafniejsze rozpoznawanie objawów ASD u dzieci w grupach ryzyka oraz u dzieci u których w pierwszym roku

¹²² Ganc M., Kobosko J., Jędrzejczak W., Skoczylas A., Geremek-Samsonowicz A., Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP) – opis narzędzia i prezentacja jego wykorzystania na przykładzie trzech studiów przypadku dzieci z zaburzeniami słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Warszawa/Kajetany, <https://www.nowaaudiofonologia.pl/Karty-Oceny-Rozwoju-Psychoruchowego-n-KORP-opis-narzedzia-i-prezentacja-jego-nwykorzystania.128710.0.1.html>, dostęp w dniu 25.07.2023 r.

¹²³ Winczura B., Wczesne rozpoznawanie autyzmu u małych dzieci – sygnały ostrzegawcze dla diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 19 (2), 216–225

¹²⁴ Chojnicka I., Pisula E. (2016). *Adaptacja i walidacja polskiej skali ADOS-2*. Raport z realizacji projektu “Adaptacja i walidacja polskiej wersji ADOS-2 i ADI-R – narzędzi służących do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu i monitorowania postępów w terapii osób nimi dotkniętych – dla celów standaryzacji procesu diagnostycznego”, sfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przy współudziale Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa

życia dziecka zdiagnozowano nieprawidłowości rozwojowe w wymienionych wyżej obszarach, tj. w rozwoju społecznym, komunikowaniu się lub w obszarze zabawy i funkcjonowania poznawczego.

Badanie optometryczne

Badanie optometryczne będzie wykonywane wśród dzieci od okresu niemowlęcego do 3 roku życia, które zostaną zakwalifikowane przez lekarza realizującego usługi (posiadającego wykształcenie optometryczne, kursy/szkolenia z diagnostyki i terapii zaburzeń widzenia u niemowląt i małych dzieci oraz minimum 3 lata praktyki), ze względu na obciążony wywiad i/lub nieprawidłowości w rozwoju i/lub zagrożenie niepełnosprawnością.

Zgodnie z wytycznymi American Optometric Association będzie obejmować następujące procedury:

- ✓ pomiar ostrości wzroku (jedno i obu oczne),
- ✓ ustalenie refrakcji i zalecenie korekcji,
- ✓ ocenę funkcji jednoocznych (fiksacji, ruchów skokowych oraz śledzących, akomodacji oraz wysiłku wzrokowego, reakcje źreniczne),
- ✓ ocenę widzenia obuocznego (VOR, OKN, CoverTest, konwergencję, dywergencję, podążanie za celem, widzenie kontrastowe),
- ✓ sprawdzenie poziomu widzenia przestrzennego.

W oparciu o wywiad, obserwację i ww. badanie zostanie postawiona diagnoza optometryczne oraz zostaną określone indywidualne potrzeby używania korekcji, zalecenia organizacji środowiska wzrokowego, ćwiczenia usprawniające funkcje jedno oraz obuoczne mające na celu poprawę widzenia. Rodzice otrzymają informację zwrotną i zalecenia dot. stymulacji wzrokowej, technik terapeutycznych, zasad środowiskowych usprawniających rozwój widzenia.

2. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 3

W ramach tego bloku będą realizowane następujące świadczenia:

- a) *Poradnictwo pediatry,*
- b) *Poradnictwo neurologopedy,*
- c) *Poradnictwo psychologa,*
- d) *Poradnictwo w zakresie żywienia,*
- e) *Wizyty patronażowe fizjoterapeuty,*
- f) *Diagnoza SI.*

Poradnictwo pediatry

W pierwszym etapie interwencji będzie przeprowadzony pogłębiony wywiad prenatalny dot. bieżącego stanu zdrowia dziecka, chorób towarzyszących, rozwoju, sytuacji rodzinnej i społecznej, sposobu odżywiania, wywiadu dotyczącego czynności przewodu pokarmowego. Następnie będzie wykonane badanie przedmiotowe z oceną rozwoju fizycznego oraz stanu odżywienia dziecka i na tej podstawie zostanie postawiona diagnoza zaburzeń karmienia oraz żywienia niemowląt i małych dzieci do lat 3. Zostaną również określone przyczyny zaburzeń odżywiania oraz zostanie zaplanowane w oparciu o te informacje postępowanie mające na celu niwelowanie

zidentyfikowanych nieprawidłowości. Fundamentalne znaczenie ma również ścisła współpraca zespołu interdyscyplinarnego ds. żywienia.

Poradnictwo neurologopedy

W ramach niniejszej interwencji odbędzie się pogłębiony wywiad dot. rozwoju dziecka oraz funkcji pokarmowych i karmienia. Następnie zostanie wykonane badanie neurologopedyczne niemowlęcia obejmujące: kontakt emocjonalno-społeczny, napięcie mięśni w obszarze ustno-twarzowym, ocenę odruchów ustno-twarzowych, ocenę funkcji pokarmowych (dojrzałości i jakości), ocenę anatomiczno-funkcjonalną i sensomotoryczną obszaru ustno-twarzowego. Na tej podstawie zostanie postawiona diagnoza logopedyczna oraz zostaną określone indywidualne: zasady żywieniowe, wzorce karmienia, dobór akcesoriów do karmienia, jak również zostanie dokonana ocena zachowań problemowych, wspierania rozwoju mowy, różnych technik karmienia, zabaw rozwijających komunikację i mowę. W końcowym etapie interwencji zostanie sformułowana informacja zwrotna dla rodziców i zalecenia dotyczące stymulacji logopedycznej, techniki karmienia, stymulacji rozwoju komunikacji i mowy. Niezbędnym elementem jest również współdziałanie w zakresie prawidłowego żywienia.

Poradnictwo psychologa

Wspomaganie rozwoju małego dziecka wymaga obszernej wiedzy z zakresu psychologii rozwojowej i klinicznej, a także posiadania doświadczeń w zakresie pedagogiki zabawy. Przede wszystkim należy mieć świadomość, że zabawa jest podstawą rozwoju małych dzieci, które w pierwszych latach życia nie potrafią dobrze radzić sobie w sytuacjach zadaniowych. Wynika to stąd, że skupiają uwagę w dużej mierze tylko na tym, co je w danym momencie interesuje. W rezultacie w wyniku spontanicznej zabawy uczą się aktywności polegającej na eksperymentowaniu, naśladowaniu i współdziałaniu. Trudno zmusić je, by wykonywały polecenia, jeżeli nie są czymś autentycznie zaintrygowane. W praktyce oznacza to, że wczesne wspomaganie rozwoju powinno przebiegać przede wszystkim w oparciu o zabawy, które mają charakter terapeutyczny.

Odpowiednio zaplanowane zabawy terapeutyczne mogą zapobiegać występowaniu wymienionych wyżej problemów. Psycholog znający specyfikę rozwoju dzieci niewidomych, głuchych, autystycznych, niepełnosprawnych intelektualnie czy też ruchowo jest w stanie wykorzystać inicjatywę dziecka i zaproponować mu aktywności pobudzające ciekawość i stwarzające okazję do samodzielnego działania. W kontakcie z dzieckiem terapeuta może dodawać mu odwagi do poznawania otoczenia i angażowania się w interakcje społeczne zarówno podczas zajęć indywidualnych, jak i grupowych.

Najbardziej znaną formą tej pomocy jest poradnictwo. Psycholog w odpowiedzi na problemy zgłaszane przez rodziców udziela im – w oparciu o posiadaną wiedzę i własne doświadczenie zawodowe – wskazówek, jak powinni radzić sobie w trudnych sytuacjach. Tak się często dzieje, gdy pytają oni na przykład jak nauczyć dziecko samodzielnego jedzenia czy korzystania z toalety, albo jak z nim postępować, gdy ma napady złości lub czegoś się boi. Najlepiej jest wówczas porozmawiać z rodzicami o konkretnych zachowaniach dziecka i ich kontekście sytuacyjnym. Zanim zaczną się poszukiwania rozwiązań, warto spytać o to, jakie ich zdaniem są przyczyny istniejących trudności. Warto zainteresować się także, czy zdarzają się sytuacje, w których niepokojące lub trudne zachowania nie występują. Taka wspólna analiza problemu może dostarczać

cennych spostrzeżeń, dzięki którym rodzice sami znajdują odpowiedź, jak powinni sobie radzić. Specjalista dostarcza im często jedynie brakujących informacji o potrzebach dziecka i specyfice jego rozwoju związanej z niepełnosprawnością. Wówczas rodzina ma poczucie, że na równi ze specjalistą jest zaangażowana w pracę nad przezwyciężaniem trudności. Z większym przekonaniem wdraża w życie wspólne ustalenia i modyfikuje postępowanie w zależności od rezultatów. Taka forma współpracy jest znacznie skuteczniejsza niż arbitralne udzielanie porad, które mogą budzić opór w rodzinie, ponieważ nie czuje się gotowa do ich przyjęcia¹²⁵.

Poradnictwo w zakresie żywienia

Na wstępnym etapie interwencji zostanie zrealizowany pogłębiony wywiad prenatalny, dot. bieżącego stanu zdrowia dziecka, chorób towarzyszących, rozwoju, sytuacji rodzinnej i społecznej, sposobu odżywiania, wywiadu dotyczącego czynności przewodu pokarmowego. W dalszej kolejności będzie wykonane badanie przedmiotowe z oceną rozwoju fizycznego oraz stanu odżywienia dziecka oraz zostanie przeprowadzona analiza wartości antropometrycznych. Następnie zostanie postawiona diagnoza zaburzeń karmienia i żywienia niemowląt oraz małych dzieci do lat 3. Ustalone zostaną również przyczyny zaburzeń odżywiania oraz zostanie zaprojektowane postępowanie ukierunkowane na niwelowanie stwierdzonych nieprawidłowości, obejmujące również aspekty profilaktyczne oraz edukacyjne promujące zdrowe odżywianie i zdrowy styl życia.

Celem interwencji będzie także rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie chorób górnych odcinków przewodu pokarmowego oraz żołądka i jelit mających przyczyny organiczne lub czynnościowe. Dodatkowy komponent będzie stanowić kooperacja z innymi specjalistami w zespole interdyscyplinarnym ds. żywienia.

Jak zasygnalizowano powyżej niezmiennie istotnym elementem w zakresie niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 3 jest wsparcie z zakresu żywienia niemowląt i małych dzieci poprzez poradnictwo multidyscyplinarnego zespołu ds. żywienia dzieci.

Terminem zaburzeń karmienia określamy sytuację, gdy niemowlę lub małe dziecko odmawia jedzenia, przyjmuje zbyt małe objętości posiłków lub wybiórcze pokarmy, jest niezdolne do przyjmowania pokarmu lub ma dolegliwości podczas karmienia. Zaburzenia karmienia dotyczą niemowląt i małych dzieci, u których objawy zaburzeń karmienia wystąpiły przed 6 rokiem życia.

Ocenia się, że 25–40% ogółu rodziców dzieci do 3. roku życia zgłasza się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej właśnie z powodu problemów z karmieniem, głównie spowodowanym przez wymioty, zbyt wolne karmienie czy odmawianie przyjmowania pokarmów. Problem ten sięga 40–60% W przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych oraz ponad 80% pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi.

Najczęstszą przyczyną zaburzeń karmienia są zaburzenia zachowania związane z karmieniem (ponad 80% pacjentów). Dotyczy to dzieci, które przyjmują ograniczoną liczbę i rodzaje pokarmów, są w dużym stopniu przywiązane do jakości i odpowiedniej prezentacji posiłków, wykazują specyficzne awersje pokarmowe dotyczące określonych smaków, konsystencji, koloru pokarmów. Obejmuje to także sytuacje odmawiania jedzenia spowodowane zaburzeniami więzi z rodzicem oraz pourazowe zaburzenia karmienia (np. po oparzeniu jamy ustnej, związane

¹²⁵ Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Wczesne wspomaganie Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne, Kraków 2009

z długotrwałym żywieniem przez sondę nosowo-żołądkową, po zakrztuszeniu pokarmem stałym czy związane z karmieniem na siłę).

Pozostałe przyczyny zaburzeń karmienia obejmują trudności z karmieniem u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi (dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, padaczką, upośledzeniem umysłowym), pacjentów z wadami anatomicznymi w górnym odcinku przewodu pokarmowego (np. u dzieci z sekwencją Pierre-Robin, rozszczepem wargi lub podniebienia, zwężeniem przełyku o różnej etiologii, przetoką przełykowo-tchawiczą). Zaburzenia karmienia występują też u pacjentów z wadami układu krążenia lub układu oddechowego (np. przewlekła choroba płuc u dzieci przedwcześnie urodzonych, wady serca), zaburzeniami gastrologicznymi (alergia pokarmowa, zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego, zaparcie), a także u dzieci z chorobami metabolicznymi (zaburzenia cyklu mocznikowego, kwasice organiczne).

Szeroki zakres potencjalnych przyczyn zaburzeń karmienia powoduje, że problem ten należy traktować kompleksowo, a w jego rozpoznaniu i terapii powinien brać udział wielodyscyplinarny zespół obejmujący pediatrę lub gastrologa dziecięcego, dietetyka, logopedę oraz psychologa dziecięcego. Jedynie w takim zespole mały pacjent ma szansę uzyskać całościową ocenę problemu i indywidualną, kompleksową terapię. Oczywiście nie każdy pacjent wymaga specjalistycznej opieki – w przypadku nieznacznych problemów z karmieniem często wystarcza informacja od lekarza lub dietetyka korygująca nieprawidłowe zachowania. Dopiero pacjenci z nasilonymi zaburzeniami wymagają opieki w ośrodku wyspecjalizowanym w diagnostyce i terapii tych schorzeń.

Postępowanie w zaburzeniach karmienia zależy od etiologii problemu. Jest on często złożony i z tego względu w diagnostyce proponowany jest udział multidyscyplinarnego zespołu ds. żywienia, w skład którego wchodzić będą: dietetyk, psycholog, neurologopeda, lekarz pediatra, gastrolog oraz chirurg dziecięcy. Diagnostyka będzie opierała się na wywiadzie medycznym i dietetycznym.

Wizyty patronażowe fizjoterapeuty

Zdrowie dziecka powinno być szczególnie chronione i wymaga zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej. Istotne w tym zakresie będą działania profilaktyczne oraz promocja i edukacja zdrowia, co wpłynie na rozwój kultury zdrowotnej społeczeństwa województwa opolskiego.

Uwzględniając zapis Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023, poz. 1213, 1234), który wskazuje, że „wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na diagnostyce funkcjonalnej pacjenta”, Zespół ds. Fizjoprofilaktyki Krajowej Rady Fizjoterapeutycznej stworzył projekt wizyt patronażowych u niemowląt.

Wizyta patronażowa obejmowałaby dwa spotkania:

- ✓ *pierwsze spotkanie między 10 a 14 tygodniem życia dziecka,*
- ✓ *drugie spotkanie między 20 a 24 tygodniem życia dziecka,*

ponieważ „wybór tych konkretnych okresów wynika z dogłębnej analizy literatury i doświadczenia¹²⁶.

¹²⁶ Głos Fizjoterapeuty, <https://glosfizjoterapeuty.pl/2021/03/wizyta-patronazowa-fizjoterapeuty-u-niemowlecia-powinna-byc-obowiazkowa>, dostęp w dniu 27.11.2023 r.

Celem wizyty patronażowej jest ocena rozwoju motorycznego niemowlęcia, określenie dynamiki indywidualnego rozwoju dziecka, wczesne wychwycenie nieprawidłowości w rozwoju, a także określenie zakresu potrzeb odnośnie wczesnej stymulacji i wsparcia rozwoju.

Wizyta patronażowa stanowi informację dla rodziców dotyczącą indywidualnego toku rozwoju ich dzieci, wspiera kompetencje rodzicielskie w zakresie ich opieki nad dzieckiem. Korzyści, które wypływają z wizyty patronażowej to zminimalizowanie czynników patogennych względem rozwoju psychoruchowego, które to mogą wpływać negatywnie na rozwój dziecka. Wykazano, że wczesne wspieranie rozwoju dziecka korzystnie wpływa na rozwój poznawczy i społeczny dziecka.

W przypadku braku możliwości realizacji wizyty patronażowej w domu dziecka Program przewiduje możliwość realizacji przedmiotowej interwencji w gabinecie specjalisty w formie klasycznej konsultacji.

Diagnoza SI

„Diagnoza SI polega na kompleksowych badaniach dziecka wykonanych przez wykwalifikowanego terapeutę SI, którego obowiązuje zachowanie tajemnicy zawodowej. Należy pamiętać, że terapia SI nie jest obojętna dla organizmu dziecka. Proces diagnostyczny odbywa się na 3 (czasem 4) spotkaniach w zależności od współpracy z dzieckiem oraz poziomu jego koncentracji i samopoczucia.

Diagnoza procesów integracji sensorycznej składa się z kilku części:

1. **Wywiad z rodzicami** – terapeuta SI zadaje pytania dotyczące przebiegu ciąży, porodu, rozwoju dziecka, przebytych chorób i innych problemów zdrowotnych. Warto aby rodzice przynieśli ze sobą informacje od innych specjalistów zajmujących się dzieckiem np. neurologa, logopedy, psychologa.
2. **Kwestionariusze** – rodzice zostają poproszeni o wypełnienie szczegółowych kwestionariuszy, które stanowią dopełnienie procesu diagnostycznego.
3. **Próby kliniczne** – dziecko, na prośbę terapeuty wykonuje kilka zadań, które mają na celu wykluczenie lub potwierdzenie występowania u dziecka przetrwałych odruchów, a także sprawdzenie jak wygląda jego napięcie mięśniowe, równowaga, koordynacja, a także praca oczu.
4. **Testy** – wykonuje się je u dziecka od 4 roku życia. Badają one jego koordynację i płynność ruchową ciała, planowanie motoryczne, czucie ciała (umiejętność zlokalizowania bodźca dotykowego), równowagę oraz pracę rąk. Natomiast w przypadku dzieci poniżej 4 roku życia i tych, wobec których nie można zastosować testów np. z autyzmem, upośledzeniem umysłowym lub nie współpracujących z innymi powodów, przeprowadza się badanie przy pomocy prób z obserwacji klinicznej i obserwacji spontanicznej aktywności dziecka na Sali terapeutycznej.
5. **Podsumowanie diagnozy** – jest to rozmowa z rodzicami na temat wyników diagnozy i wniosków z nich płynących. Poszczególne wyniki są objaśniane i omawiane. Rodzice otrzymują pisemną diagnozę, która zawiera dane z wywiadu, dane z kwestionariuszy, wyniki prób klinicznych, wyniki testów oraz wnioski.

Po podsumowaniu diagnozy, terapeuta SI przedstawia rodzicom opracowany, indywidualny program terapii dla ich dziecka¹²⁷

¹²⁷ <https://gpp.edu.pl/diagnoza-integracji-sensorycznej>, dostęp w dniu 25.07.2023 r.

3. Wsparcie koordynowane

Świadczenia realizowane w ramach projektu udzielane będą przez beneficjentów realizatorów samodzielnie na zasadzie współrealizacji w poszczególnych komórkach organizacyjnych lub we współpracy z innymi podmiotami, w tym leczniczymi na podstawie podwykonawstwa lub wspólnego wykonywania umowy.

W ramach każdego projektu zostanie stworzona komórka, która będzie realizowała koordynację wsparcia. Dzięki temu uczestnicy będą mieli jeden punkt, w którym uzyskają wszelkie informacje o możliwym wsparciu, punkt ten będzie również tworzył harmonogramy wsparcia na podstawie wyników pogłębionej diagnostyki rozwoju (psychomotorycznego) dziecka. Dodatkowo będzie tam można uzyskać informację, z jakiego wsparcia można skorzystać w ramach świadczeń finansowanych w ramach NFZ.

Wsparcie rodziców po stracie dziecka

W ramach niniejszego Podprogramu zaplanowano organizację multikompleksowego wsparcia dla rodziców, którzy doświadczyli straty i zestawu szkoleń dla personelu medycznego nt. procedur postępowania w przypadku niepowodzenia położniczego. Zakres multikompleksowego wsparcia dla rodziców po stracie oraz z ciężą patologiczną obejmowałby konsultacje: psychologa, prawnika, położnej, fizjoterapeuty (w przypadku straty po 22 tygodniu ciąży) oraz pracownika socjalnego.

Szkolenia dla personelu

Celem szkoleń dla personelu medycznego (m.in. pielęgniarek, położnych i lekarzy) będzie podniesienie jakości usług świadczonych w środowisku lokalnym.

Działania szkoleniowe będą odbywać się zgodnie z obowiązującymi standardami kształcenia personelu medycznego oraz prowadzone będą wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz przedstawicieli innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Proponowane szkolenia zawodowe będą spełniały zalecenia odpowiednich towarzystw i instytutów branżowych, zarówno krajowych jak i międzynarodowych, a ich harmonogram będzie wynikał z działań projektowych. Ich tematyka będzie wynikała z sytuacji problemowej przedstawionej w ramach poszczególnych projektów, głównie w zakresie:

- ✓ ***umiejętności interpersonalnych,***
- ✓ ***indywidualnej opieki nad wcześniakiem i noworodkiem,***
- ✓ ***metod kompleksowej diagnostyki noworodków i niemowląt.***
- ✓ ***metod prowadzenia badań dotyczących wykrywania wad rozwojowych.***

Działania edukacyjno-informacyjne

Najważniejszą formą działań edukacyjno-informacyjnych będą spotkania dot. promocji zdrowia i edukacji w zakresie m.in.:

- ✓ *aspektów opieki okołoporodowej, w tym przygotowania do porodu i rodzicielstwa,*
- ✓ *wsparcia matek w czasie ciąży i po porodzie, w tym rozwiązywania problemów laktacyjnych,*
- ✓ *ochrony zdrowia dziecka w czasie ciąży i po urodzeniu, w tym opieki nad noworodkiem,*
- ✓ *diagnostyki, wspierania rozwoju dzieci z wadami wrodzonymi/rozwojowymi.*

Ponadto treści o charakterze edukacyjno-informacyjnym mogą być rozpowszechniane m.in. za pośrednictwem ulotek/innych materiałów wydawniczych, audycji radiowych/tv, itp.

Działania edukacyjno-informacyjne zostaną skierowane do:

- ✓ *ogółu mieszkańców województwa opolskiego,*
- ✓ *grup docelowych objętych działaniami poszczególnych Podprogramów (w przypadku dzieci działania skierowane zostaną również do ich rodziców/opiekunów),*
- ✓ *rodziców/opiekunów oczekujących na dziecko/wychowujących dziecko,*
- ✓ *pracowników OPS/PCPR (fakultatywnie, w zależności od zdiagnozowanych przez beneficjenta potrzeb).*

Działania informacyjno-promocyjne

Dodatkowo podczas całego okresu realizacji niniejszego programu będą podejmowane działania o charakterze informacyjno-promocyjnym.

Ten typ działań będzie głównym narzędziem rekrutacji uczestników projektów realizowanych na podstawie Programu. Przykładowymi działaniami o charakterze informacyjno-promocyjnym będą:

- ✓ *informacja o programie przedstawiona na: plakatach, ulotkach w jednostkach NZOZ/SP ZOZ, tablicach ogłoszeniowych, ogłoszeniach parafialnych,*
- ✓ *informacja o programie na stronie internetowej realizatora programu/partnerów,*
- ✓ *audycje radiowe i/lub telewizyjne poświęcone programowi w mediach,*
- ✓ *biuletyn informacyjny.*

Beneficjent dokonując wyboru działań informacyjno-promocyjnych ma mieć na względzie dotarcie do określonych w Programie adresatów, ze szczególnym uwzględnieniem grup zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Działania informacyjno-promocyjne zostaną skierowane do:

- ✓ *ogółu mieszkańców województwa opolskiego,*
- ✓ *grup docelowych objętych działaniami poszczególnych bloków programu,*
- ✓ *opiekunów oczekujących na dziecko/wychowujących dziecko,*
- ✓ *pracowników OPS/PCPR (fakultatywnie, w zależności od zdiagnozowanych przez beneficjenta potrzeb).*

Tryb zapraszania do programu

Program jest skierowany do uprzednio opisanych beneficjentów, którzy zgłoszą chęć uczestnictwa. W ramach rekrutacji adresatów programu Realizator może nawiązać współpracę m.in. z: poradniami POZ/AOS i innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi i parafiami.

Rekrutacja osób do udziału w projektach realizowanych na podstawie niniejszego programu, prowadzona będzie w oparciu o działania informacyjno-promocyjne (upowszechniające informacje o projekcie). Podczas rekrutacji wykorzystywane będą narzędzia wspomagające uzyskanie maksymalnie wysokiej frekwencji np. radio, regionalna prasa, Internet, plakaty, ulotki, itp.

Działania prowadzone w ramach rekrutacji do programu uwzględniać będą ukierunkowanie informacji do preferowanej grupy docelowej, mając na względzie postanowienia zawarte w dokumencie pn.: „*Europejski filar praw socjalnych*”, które w rozdziale III – Ochrona socjalna i integracja społeczna, pkt 16 stanowią, że „każdy ma prawo do szybkiego dostępu do przystępnej cenowo, prewencyjnej i objawowej opieki zdrowotnej dobrej jakości.”¹²⁸

Kryteria kwalifikacji do programu

Do Programu zostaną zakwalifikowane kobiety w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie, dzieci do 3 roku życia, jak również personel medyczny, którzy są **mieszkańcami województwa opolskiego**.

Decyzję o kwalifikacji uczestników do Programu podejmuje Realizator programu, biorąc pod uwagę powyższe i względy medyczne. Wszystkie podejmowane działania w zakresie opieki nad matką i dzieckiem muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

Kryteria wykluczenia z programu

Przesłanką uniemożliwiającą udział w niniejszym Programie jest brak **zamieszkania na terenie województwa opolskiego**.

Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Realizator zostanie wskazany przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego po uzyskaniu pozytywnej opinii o Programie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Realizator dodatkowo może współpracować w celu kompleksowej realizacji Programu z podwykonawcami, którzy zostaną wyłonieni w drodze konkursu.

Sposób zakończenia udziału w programie

Uczestnicy będą mieli możliwość zakończenia udziału w programie na każdym z jego etapów. Po zakończeniu udziału w programie przeprowadzona zostanie ocena satysfakcji uczestników w zakresie zrealizowanych działań oraz opieki przez personel medyczny.

¹²⁸ https://commission.europa.eu/system/files/2017-12/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_pl.pdf; dostęp w dniu 04.03.2023 r.

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie

Po zakończeniu programu uczestniczka będzie miała możliwość korzystania ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Poradni Ginekologiczno-Położniczej w zakresie porad lekarskich oraz innych świadczeń oferowanych w ramach POZ. W uzasadnionych przypadkach opisanych we wcześniejszych punktach kobiety będą zachęcane do skorzystania z działań finansowanych w ramach NFZ w celu zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia

Działania realizowane w ramach Programu stanowią uzupełnienie w zakresie diagnostyki zaburzeń rozwojowych realizowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wprowadzone w projekcie metody nie są finansowane ze środków publicznych. Zwiększają jednak możliwości wczesnego wykrycia wad i nieprawidłowości zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej dzieci do 3 roku życia, co znajduje potwierdzenie w dowodach naukowych. Ponad to program zakłada wdrożenie terapii psychologicznej rodziców oraz poradnictwo żywieniowe niemowląt i małych dzieci, co nie podlega refundacji.

Zakończenie udziału w programie odbywa się po zrealizowaniu wymienionych w programie działań w zakresie: niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 3 oraz wsparcia i edukacji rodziców. Po zakończeniu uczestnictwa w projekcie istnieje możliwość korzystania z tych świadczeń, które są objęte finansowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wsparcie rodziców po stracie dziecka

Zakończenie udziału w programie odbywa się po zrealizowaniu wymienionych w programie działań obejmujących multikompleksowe wsparcie dla rodziców, którzy doświadczyli straty oraz zestaw szkoleń dla personelu medycznego opiekującego się osobami w szczególnych sytuacjach.

Bezpieczeństwo planowanych interwencji oraz kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Podmiot realizujący program (w roli Realizatora) powinien posiadać odpowiednie kompetencje w zakresie opieki okołoporodowej, odpowiednie zasoby kadrowe oraz infrastrukturę, które zapewnią jego efektywną realizację. Na czas trwania programu dopuszczalne jest, by realizator nawiązał dodatkową współpracę, z innymi osobami lub podmiotami, które posiadają przygotowanie niezbędne do realizacji działań przewidzianych w programie. Podmioty powinny dysponować odpowiednim zapleczem do realizacji programu, warunkującym uzyskanie założonych celów i wskaźników programu oraz poszczególnych etapów. Obowiązkiem podmiotów realizujących program jest zapewnienie bezpieczeństwa planowanych interwencji, pod względem zgodności

postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w tym w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej. Interwencje będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Program będzie realizowany jedynie przez te podmioty, które zagwarantują dostęp do wykwalifikowanej kadry medycznej. Realizatorzy Programu na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) mają obowiązek ochrony danych osobowych pacjentów, a specjaliści udzielający świadczeń do zachowania tajemnicy lekarskiej, co z kolei wynika z art. 40 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. z 2022 r., poz. 1731,1733).

Dokumentacja medyczna gromadzona podczas realizacji Programu będzie prowadzona w formie elektronicznej, a obowiązek zachowania w/w formy spoczywa na realizatorze Programu.

Preferowane jest również nawiązanie współpracy pomiędzy Realizatorem programu a poradniami POZ, AOS oraz innymi instytucjami, w tym np. organizacjami pozarządowymi oraz lekarzami, którzy zostaną zatrudnieni na czas trwania Programu. Za właściwy dobór kadry odpowiadać będzie Realizator Programu.

Dowody skuteczności planowanych działań

Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie

Dowody naukowe świadczące o potrzebie wykonywania badań prenatalnych wskazywane są w następujących publikacjach:

- Whittle M. J., Connor J. M., Prenatal Diagnosis in Obstetric Practice, Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd., 1989,
- Adapted with permission from American Academy of Pediatrics Committee on Genetics, Health supervision for children with Down syndrome, Pediatrics, 1994,
- Chuchracki M. et al., Zespół Edwardsa - najczęstsze wskazania do wykonania amniopunkcji genetycznych. Analiza na przestrzeni ostatnich 5 lat, Przegląd Lekarski nr 69 /10, 2012
- Dangel J., Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość, Polska Akademia Nauk, NAUKA 3/2007,
- Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J., Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, Tom 19, Nr 2, 2013,
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Genetics, Society for Maternal-Fetal Medicine, The Use of Chromosomal Microarray Analysis in Prenatal Diagnosis, Committee Opinion nr 581, 2013
- Duncan A., Langlois S., Use of Array Genomic Hybridization Technology in Prenatal Diagnosis in Canada, JOGC, nr 270, 2011
- Łączmańska I., Stembalska A., Nowoczesne metody molekularne w prenatalnej diagnostyce inwazyjnej, Ginekologia Polska 2013, nr 84, (wydawane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne),

- Kotarski J., Wielgoś M. et al., Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej, Ginekologia Polska 2009, nr 80, (wydawane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne),
- Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryluk A., PRCM Working Group, Polish registry of congenital malformations – aims and organization of the registry monitoring 300 000 births a year, J Appl. Genet. 46, 2005,
- Stankiewicz P., Beaudet A.L. Use of array CGH in the evaluation of dysmorphism, malformations, developmental delay, and idiopathic mental retardation. Curr Opin Genet Dev 17, 2007,
- Bernaciak J. et al., Cytogenomic Evaluation of Children with Congenital Anomalies: Critical Implications for Diagnostic Testing and Genetic Counseling, Adv. Exp. Medicine, Biology - Neuroscience and Respiration, Springer 2016,
- Sago G.S., Butterworth A.S., Sanderson S., Shaw-Smith C., Higgins J.P., Burton H., Array CGH in patients with learning disability (mental retardation) and congenital anomalies: updated systematic review and meta-analysis of 19 studies and 13,926 subjects, Genet. Med. 11, 2006,
- Springett AL, Morris JK, Antenatal detection of Edwards (trisomy 18) and Patau (trisomy 13) syndrome: England and Wales 2005-2012; J Med Screen. 2014,
- Kozłowski P, Knippel AJ, Froehlich S, et al., Additional performance of nasal bone in first trimester screening. Ultraschall Med. 2006,
- Kroes I, Janssens S, Defoort P, Ultrasound features in trisomy 13 (Patau syndrome) and trisomie 18 (Edwards syndrome) in a consecutive series of 47 cases; Facts Views Vis Obgyn. 2014.

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki nad kobietą w ciąży i przeprowadzania badań prenatalnych zalecają badania prenatalne dla wszystkich kobiet niezależnie od wskazań medycznych. Znajomość tych rekomendacji obala mit, że tylko kobieta ciężarna z tak zwanej „grupy podwyższonego ryzyka” powinna wykonywać badania prenatalne wykrywające najczęstsze wady rozwojowe - w tym między innymi zespół Downa. Takie badanie powinna wykonać każda kobieta ciężarna bez względu na wiek. Do badań, które powinno się zaproponować każdej kobiecie ciężarnej należą: badanie ultrasonograficzne (USG) między 11 a 13 tygodniem ciąży, badanie krwi ciężarnej oraz badanie USG między 18 a 24 tygodniem ciąży. Badania prenatalne krwi ciężarnej obejmują ocenę stężenia białka PAPP-A oraz wolnej podjednostki beta-HCG i powinny zostać wykonane razem z badaniem USG między 11 a 13 tygodniem ciąży. Wykonanie tych badań jest dla przyszłej mamy całkowicie nieszkodliwe, a jedyną sytuacją wyjątkową, kiedy odstępuje się od ich przeprowadzenia jest ciąża trojacza lub większa.

Dopiero w oparciu o analizę wyniku badania prenatalnego pierwszego trymestru (badania USG i testu PAPP-A) lekarz podejmuje decyzję o konieczności wykonania dalszych badań – w tym inwazyjnych - takich jak amniopunkcja czy biopsja kosmówki. Wszystkie badania ultrasonograficzne (USG) muszą zostać wykonane niezależnie od wieku pacjentki przez lekarzy posiadających odpowiednie doświadczenie i uprawnienia nadawane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Londyńską Fundację Medycyny Płodowej (certyfikat FMF Fetal Medicine Foundation). Prawidłowa ocena dobrostanu płodu jak i opieka nad kobietą ciężarną może mieć miejsce tylko wtedy gdy zaproponuje się jej wykonanie kompletu badań. Na ich podstawie podejmuje się decyzję co do dalszego prowadzenia ciąży – kobieta ciężarna powinna czuć się

bezpiecznie – to bezpieczeństwo może jej zapewnić możliwość posiadania jak największej ilości informacji.

Standardy określone osiągnięciami naukowymi w dziedzinie genetyki: znajomość przyczyny wrodzonych zaburzeń rozwojowych, w tym wad/anomalii w budowie u noworodków ułatwia prowadzenie dalszego postępowania diagnostycznego, terapeutycznego i rehabilitacyjnego, pozwala na zastosowanie odpowiedniej profilaktyki chorób współistniejących, umożliwia określenie rokowania, a także udzielenie właściwej porady rodzinnej (przedkoncepcyjnej i prenatalnej). Podjęcie próby sformułowania klinicznej diagnozy konkretnego zespołu wad/anomalii w budowie, w tym cech dysmorfii, na podstawie wywiadu i szczegółowego badania przedmiotowego pozostaje kluczowe z punktu widzenia doboru właściwego testu genetycznego. Nowoczesne metody cytogenetyki molekularnej i biologii molekularnej mają bowiem charakter celowany (MLPA mikrodelecyjne, sekwencjonowanie pojedynczego genu) lub analizują genom całościowo (CGH do mikromacierzy, sekwencjonowanie następnej generacji). Zwłaszcza ostatnie z wymienionych technik powodują obecnie lawinowy wzrost efektywności diagnostycznej w grupach chorych w różnych przedziałach wiekowych, w tym u noworodków.

W Programie położono nacisk na zwiększenie jakości usług okołoporodowych. Ukierunkowanie to potwierdzają wytyczne National Institute for Health and Care Excellence (NICE), zgodnie z którymi kobietom należy umożliwić świadome współdecydowanie o przebiegu opieki w trakcie ciąży oraz pełne uczestnictwo w planowaniu opieki i porodu¹²⁹. Udział kobiety w podejmowaniu decyzji wpływa na pozytywne doświadczenia ciąży i porodu¹³⁰.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w wytycznych eksperckich definiuje zadania szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny. W czasie zajęć teoretycznych ciężarna wraz z ojcem dziecka powinna poznać mechanizm porodu, zasady opieki poporodowej, zaznajomić się z okresem karmienia, antykoncepcją po porodzie oraz w czasie zajęć praktycznych stosować gimnastykę ogólnie usprawniającą, poznać pozycje relaksacyjne, sposoby oddychania w różnych okresach porodu, zasady parcia i poznać zasady pielęgnacji noworodka. W najbardziej aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008r.) NICE zaleca, aby zakres informacji przekazywanych w ramach opieki przedporodowej obejmował informację o szkołach rodzenia z programem typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach). Autorzy wytycznych NICE stwierdzili na podstawie wyników przeglądu systematycznego, że dla kobiet i ich partnerów wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wzrasta po uczestnictwie w szkole rodzenia.

Z opinii położnych wynika, iż kobiety uczęszczające do szkół rodzenia nie tylko są w świetnej formie fizycznej, która pozwala na sprawny i szybszy poród, ale przede wszystkim nie boją się go i potrafią świadomie łagodzić towarzyszące mu bóle oraz szybciej wracają do pełnej sprawności po porodzie. Wiedza i umiejętności uzyskane w szkole rodzenia pozwalają kobiecie czynnie i świadomie uczestniczyć w porodzie. Jak podaje „Przewodnik po szkołach rodzenia i poradniach laktacyjnych” wydany przez Fundację „Rodzić po ludzku” metoda wizualizacji porodu, przygotowująca do poznania przez kobietę jego przebiegu i przygotowanie się do niego, stosowana w szkołach rodzenia przynosi znaczące rezultaty. Poród kobiety rodzącej po raz pierwszy

¹²⁹ Krówka D., Żur A., *Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej*, GinPolMedProject, 2013, nr 30, s. 78.

¹³⁰ Baston H., Hall J., *Opieka przedporodowa: przygotowanie do porodu* [w:] *Podstawy położnictwa. Przed porodem*. Baston H., Hall J. Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011, s. 129-141.

i nieprzygotowanej trwa około 8–12 godzin, po zajęciach w szkole rodzenia około 6–8 godzin, u wieloródek zaś 4–6 godzin. Dzięki przygotowaniu w szkole rodzenia w czasie porodu stosuje się mniej środków znieczulających, uszkodzenia szyjki macicy zdarzają się u około 25% kobiet nieprzygotowanych i u 6% przygotowanych, przynajmniej dwukrotnie zmniejsza się konieczność nacięcia krocza, znacznie zmniejsza się utrata krwi. Również M. Kwiatek i współautorzy w materiale „Szkola rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka” wskazują w swoich wnioskach z badań, że ćwiczenia przygotowujące kobiety do porodu przyczyniają się do nieznacznego skrócenia jego pierwszego okresu, lepszej tolerancji bólu w tym okresie, zmniejszenia częstotliwości okołoporodowych urazów kanału rodnego i rzadszej potrzeby nacinania krocza.

Podsumowując, w opiece nad kobietą w ciąży edukacja przedporodowa w formie zajęć w szkole rodzenia to jedna z najbardziej efektywnych strategii profilaktycznych.

Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia

Dowody naukowe świadczące o potrzebie jak najwcześniejszego kompleksowego diagnozowania dzieci wskazywane są m.in. w następujących publikacjach:

- Standardy Opieki Medycznej Nad Noworodkiem w Polsce - Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego 2015,
- Women’s Health And Perinatal Nursing Care Quality Draft Measures Specifications - Association Of Women’s Health, Obstetric And Neonatal Nurses 2013,
- Żywnienie niemowląt i małych dzieci - Zasady postępowania w żywieniu zbiorowym pod redakcją Haliny Weker i Marty Barańskiej – Instytut Matki i Dziecka 2014,
- Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem załącznik do rozporządzenia MZ z dnia 23 września 2010 roku¹³¹.
- Wytyczne AAP (American Academy of Pediatrics) dotyczące wypisu ze szpitala oraz najlepszej zalecanej opieki po wypisie ze szpitala dla noworodków z grup ryzyka¹³².
- Wytyczne AFP (American Family Physician) dotyczące opieki pozaszpitalnej nad wcześniakami, w tym możliwych powikłań neurologicznych, pulmonologicznych, zakażeń oraz możliwości zapobiegania im oraz diagnozowania¹³³.
- Wytyczne kliniczne dotyczące określania stanu noworodka przedwcześnie urodzonego oraz rekomendowanych metod opieki w trakcie pierwszych miesięcy jego życia¹³⁴.

¹³¹ Rozporządzenie MZ w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 23 września 2010 r.

¹³² Hospital discharge of the high risk neonate proposed guidelines. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Pediatrics. 1998

¹³³ Lahood A., Bryant C.A. Outpatient care of premature infant. American Family Physician 2007. 15; 76(8)

¹³⁴ Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Assessment and care of the late preterm infant. Evidence-based clinical practice guideline. Am Fam Physician. 2007 Oct 15;76(8)

- Zalecenia dla klinicystów dotyczące określania stanu wcześniaka, ryzyka rozwoju potencjalnych komplikacji oraz rekomendowanej opieki pediatrycznej nad niemowlęciem przedwcześnie rodzonym¹³⁵.

Doświadczenie kliniczne i ekspertyza Centrum Zdrowia Dziecka. W Polsce obecnie nie ma kompleksowego systemu opieki nad pacjentami z zaburzeniami karmienia, który pozwalałby na pełną i szybką diagnostykę i skuteczne leczenie. Skuteczność takiego postępowania, jak to wykazano w niektórych krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych, zależy od pracy zespołowej i sięga nawet 90%. W Klinice Gastroenterologii, Hepatologii i Zaburzeń Odżywiania Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” stworzony został zespół i od 2009 roku prowadzi diagnostykę i terapię zaburzeń karmienia u dzieci. W 2010 roku opracował ekspertyzę dotyczącą zaburzeń karmienia na zlecenie Komitetu Żywienia Człowieka Polskiej Akademii Nauk¹³⁶.

W ogólnopolskim badaniu ankietowym ośrodków pediatrycznych, neurologii dziecięcej i poradni logopedycznych ocenił częstość występowania oraz możliwości diagnostyczno-terapeutyczne w postępowaniu w zaburzeń karmienia u dzieci. Podobnie jak w doniesieniach światowych, największą grupę pacjentów stanowiły dzieci z zaburzeniami zachowania i zaburzeniami neurologicznymi (w tym najczęściej pacjenci z mózgowym porażeniem dziecięcym). W 22 z 23 badanych ośrodków obserwowano niedożywienie u dzieci z zaburzeniami karmienia, przy czym niemal połowa ośrodków (48%) podkreśliła, że niedożywienie dotyczy ponad połowy ich pacjentów. Ten smutny wniosek wskazuje, że rozpoznanie problemu zaburzeń karmienia jest stawiane późno i wiąże się z wystąpieniem poważnych konsekwencji, jakie niesie niedożywienie w pierwszych latach życia.

Wsparcie rodziców po stracie dziecka

Problematyka dotycząca zasadności i celowości udzielania wsparcia rodzicom po stracie dziecka, szczególnie psychologicznego jest uregulowana m.in. w następujących pozycjach:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. 2015 poz. 2007),
- Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756),
- Miernik B., Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psycho-pedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym (Instytut Pedagogiki na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II),
- P. Fiegler, K. Kamiński, W. Kaźmierczak, J. Radzioch, P. Węgrzyn: Przyczyny, etiologia oraz współczesne metody diagnostyki i leczenia poronień, „Ginekologia Praktyczna” nr 12/2004.

¹³⁵ Engle W.A., Tomashek K.M., Wallman C. Committee on Fetus and Newborn. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 120 (6): 2007

¹³⁶ Rybak A., Socha P., Stolarczyk A., Socha J.: Ocena częstości występowania oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń karmienia u dzieci w Polsce. Standardy Medyczne. Pediatria 2011; 8: 131-144.

5. Koszty

Koszty jednostkowe oraz planowane koszty całkowite

Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w wysokości 9 000 000 euro (85%). Pozostałe 15 % będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (10%) oraz wkładu własnego (5%). W ramach Programu Regionalnego „*Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027*”, całościowa alokacja na program wynosi 46 588 236 PLN (wg kursu euro 1 euro=4,4 PLN).

Niniejszy Projekt będzie realizowany w oparciu o koszty rzeczywiście poniesione oraz o koszty jednostkowe. Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia na terenie województwa opolskiego. Działania dla których zostały określone stawki jednostkowe należy obowiązkowo rozliczać według stawek jednostkowych, a działania nie ujęte w metodologii wyliczania stawek jednostkowych należy rozliczać według kosztów rzeczywistych.

W programie wystąpią również koszty związane z organizacją przedsięwzięć – tzw. koszty pośrednie oraz koszty działań uzupełniających tj.: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, działań informacyjno-promocyjnych, dojazdu na rehabilitację/opiekę nad osobami niesamodzielnymi. Koszty przewidziane w programie muszą być ponoszone na warunkach określonych w wytycznych dot. kwalifikowalności wydatków. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Programem Regionalnym „*Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027*”.

Ścieżka interwencji dla poszczególnej osoby zostanie dostosowana do jej indywidualnych potrzeb, przy czym nie każda osoba będzie musiała zostać objęta całym pakietem usług. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet odpowiadający na zdiagnozowane deficyty, wskazujący m.in. planowaną ilość świadczeń w poszczególnych działaniach merytorycznych i wynikające z nich koszty. Populacja uczestnicząca w danej interwencji jest uzależniona od liczby osób zainteresowanych działaniami projektowymi. Każda osoba spełniająca kryteria będzie mogła zgłosić swój udział w projekcie.

Koszty organizacyjne, w tym koszty monitorowania postępu realizacji projektu będą wchodziły w katalog kosztów pośrednich. Ich wysokość regulują zasady zawarte w wytycznych dot. kwalifikowalności wydatków. Ostatecznie będzie ona uzależniona od wartości poszczególnych projektów.

Poszczególne stawki jednostkowe za świadczenia znajdują się z załączonym do Programu dokumencie pn. „*Metodologia wyliczania stawek jednostkowych dla programu pn. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026*”.

Przy konstruowaniu szczegółowego budżetu projektu beneficjent będzie zobowiązany do uzasadnienia wyboru poszczególnych działań w programie, ich kosztu, ilości oraz czasu trwania. Wszystkie koszty w ramach projektu muszą być ponoszone w sposób racjonalny, efektywny oraz zapewniający terminową realizację.

Należy pamiętać, że każde działanie projektu powinno zostać dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestnika projektu tak aby było ono jak najbardziej skuteczne. Beneficjent musi określić ścieżkę wsparcia dla danej osoby dostosowaną do zdiagnozowanych potrzeb która jednocześnie pozwoli na osiągnięcie zakładanych efektów. Propozycja złożona przez beneficjenta we wniosku

aplikacyjnym będzie podlegała ocenie zarówno pod kątem trafności zaproponowanych działań jak i ich efektywności kosztowej.

Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027”. Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w wysokości 9 000 000,00 euro (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

6. Monitorowanie i ewaluacja

System monitorowania oparty będzie przede wszystkim na sprawozdawczości w ramach danych raportowanych przez Beneficjentów (realizatorów programu) w ramach obowiązków sprawozdawczych, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

W ramach monitorowania programu będzie dokonywana ocena zgłaszalności do Programu oraz ocena jakości świadczeń w Programie.

Monitorowanie odbywać się będzie w całym okresie realizacji Programu. Realizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za bieżący nadzór nad realizacją założonych interwencji. Monitorowanie zakłada prowadzenie regularnej oceny zgłaszalności do Programu polegającej na monitorowaniu listy uczestnictwa oraz oceny jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w Programie na podstawie ankiety oceniającej realizację Programu (zał. 3 do niniejszego Programu).

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji Programu. Będzie ona opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu na podstawie informacji pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjenta, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana na podstawie deklaracji udziału uczestników w danym projekcie. Preferencyjnie traktowane będą osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Informacja o poziomie frekwencji będzie analizowana w trakcie realizacji Programu, a dokonywana będzie przez beneficjentów-realizatorów na podstawie informacji zbieranych w trakcie realizacji Programu. W przypadku niskiej frekwencji pozwoli to na wprowadzanie dodatkowych działań, np. w formie uzupełniającej akcji zapraszającej do udziału. Za analizę zgłaszalności do danego projektu i podejmowanie ewentualnych działań dodatkowych/naprawczych odpowiadać będzie beneficjent-realizator.

Ocena jakości świadczeń w programie

Badanie jakości prowadzone będzie przez beneficjenta-realizatora na podstawie ankiety oceniającej realizację Programu pn.: „Ankieta satysfakcji uczestników Programu”, wypełnianej przez uczestnika. Wskaźnik docelowy, który powinien osiągnąć Realizator to 70% ankiet z oceną pozytywną.

Każdy uczestnik będzie poinformowany przez beneficjenta o możliwości zgłaszania uwag do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Beneficjent będzie przeprowadzać ocenę Programu z częstotliwością dostosowaną do etapów realizacji lub zadań w jego ramach realizowanych. Obligatoryjnie ocena będzie musiała być przeprowadzona na zakończenie realizacji Programu i obejmować wszystkie usługi, którymi w ramach programu objęci będą świadczeniobiorcy.

Ocena efektywności programu

Analizie i ocenie podlegać będzie poziom osiągnięcia wskaźników określonych w niniejszym Programie. Wykonana analiza odnosić się będzie do osiągniętych efektów w porównaniu z założonymi miernikami efektywności i przeprowadzona zostanie na zakończenie jego realizacji.

Projekt przewiduje zapewnienie trwałości efektów m.in. dzięki wzrostowi liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych posiadających wysokie kwalifikacje w zakresie opieki okołoporodowej, które mogą zostać wykorzystane do realizacji ewentualnych kolejnych programów lub w ramach standardowej opieki nad pacjentami.

7. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany w latach 2024–2026. Kontynuacja Programu w kolejnych latach będzie uzależniona od zabezpieczenia środków w budżecie Województwa Opolskiego na ten cel.

8. Piśmiennictwo

1. Association of Women’s Health, Obsteric and Neonatal Nurses (AWHONN). Assessment and care of the late preterm infant. Evidence-based clinical practice guideline. Am Fam Physician. 2007,
2. Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>,
3. Baston H., Hall J., Opieka przedporodowa: przygotowanie do porodu [w:] Podstawy położnictwa. Przed porodem. Baston H., Hall J. Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011,
4. Bolwby J., Attachment and loss. Vol.1 London: Penguin Books, 1969,
5. Centrum Nauki o Laktacji, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/sytuacja-w-polsce>
6. Chazan B., Poprawa stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków, Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, pod red. J. Szyborskiego, Warszawski

- Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012,
7. Chojnicka I., Pisula E. (2016). Adaptacja i walidacja polskiej skali ADOS-2. Raport z realizacji projektu “Adaptacja i walidacja polskiej wersji ADOS-2 i ADI-R – narzędzi służących do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu i monitorowania postępów w terapii osób nimi dotkniętych – dla celów standaryzacji procesu diagnostycznego”, sfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przy współdziałaniu Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa,
 8. Diagnoza wyzwań, potrzeb i potencjałów obszarów/sektorów objętych RPO WO 2014-2020, Zarząd Województwa Opolskiego, Opole 2014,
 9. Engle W.A., Tomashek K.M., Wallman C. Committee on Fetus and Newborn. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 120 (6): 2007,
 10. *Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w województwie opolskim. Raport końcowy*, EU-Consult sp. z o.o. – lider konsorcjum, Polska Agencja Ewaluacji Sektora Publicznego S.A. – partner konsorcjum, <https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/2015/05/Raport-ko%C5%84cowy-ewaluacja-RPZ-wersja-dost%C4%99pna-cyfrowo-na-stron%C4%99.pdf>
 11. Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Wczesne wspomaganie i wsparcie psychologiczno-pedagogiczne, Kraków 2009,
 12. Fundacja Rodzic po Ludzku; <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/wiesci-ze-swiatek/fundacja-rodzic-po-ludzku-od-poczatku-istnienia-propaguje-zalecenia-swiatekowej-organizacji-zdrowia-porod-nie-jest-choroba-z-1985-roku> ,
 13. Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027; Zarząd Województwa Opolskiego, Opole 2022,
 14. Gajewska E., Narzędzia diagnostyczne do oceny wczesnego rozwoju motorycznego stosowane w fizjoterapii dziecięcej, Zakład Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, https://child-neurology.eu/neurologia_40-53-58.pdf ,
 15. Ganc M., Kobosko J., Jędrzejczak W., Skoczylas A., Geremek-Samsonowicz A., Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP) – opis narzędzia i prezentacja jego wykorzystania na przykładzie trzech studiów przypadku dzieci z zaburzeniami słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Warszawa/Kajetany, <https://www.nowaaudiofonologia.pl/Karty-Oceny-Rozwoju-Psychoruchowego-n-KORP-opis-narzedzia-i-prezentacja-jego-nykorzystania,128710,0,1.html>
 16. Gawor M., Rozwój dziecka od okresu noworodkowego do 3 roku życia, w: Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego Tom I, Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, red. L. Sochocka, A. Wojtyłko, Opole 2012,
 17. *Ginekologia po Dyplomie 2017 04 Choroby siatkówki podczas ciąży*,
 18. Głos Fizjoterapeuty, <https://glosfizjoterapeuty.pl/2021/03/wizyta-patronazowa-fizjoterapeuty-u-niemowlecia-powinna-byc-obowiazkowa> ,
 19. GUS, <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/4271,pojecie.html> ,
 20. GUS, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015,

21. GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2017 r. Urodzenia i dzietność, Warszawa 2018,
22. GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, Warszawa 2021,
23. Hawthorne J., Centrum Badań nad Rodziną, Uniwersytet Cambridge,
<http://www.nbas.edu.pl/cms/ckfinder/userfiles/files/Joanna%20Hawthorne,%20Betty%20Hutchon.pdf> ,
24. Hospital discharge of the high risk neonate proposed guidelines. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Pediatrics. 1998,
25. <https://ckppip.edu.pl/>,
26. https://commission.europa.eu/system/files/2017-12/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_pl.pdf ,
27. https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en ,
28. <https://gpp.edu.pl/diagnoza-integracji-sensorycznej> ,
29. <https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/zaprowadz-dziecko-na-bilans-zdrowia> ,
30. <https://podyplomie.pl/pediatrica/35586,zasady-bilansu-czemu-sluza-i-czego-nie-nalezy-przeoczyć> ,
31. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-UE/zalecenie-2021-1004-w-sprawie-ustanowienia-europejskiej-gwarancji-dla-dzieci-69453562> ,
32. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2021-roku,1,12.html> oraz publikacje archiwalne za lata 2011–2020,
33. <https://www.katowice.uw.gov.pl/download/1343> ,
34. <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci> ,
35. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-dostepnosci-badan-prenatalnych.html> ,
36. https://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-1234-PO_KL_Jednorodne_Grupy_Pacjentow_przewodnik_po_systemie.html
37. Jadczyk-Szumilo T., Znaczenie jakości wczesnej komunikacji Matka – Dziecko dla relacji przywiązania. Wykorzystanie skali Brazeltona do oceny możliwości noworodka w zakresie budowania relacji przywiązania, <https://nbas.pl/materialy> ,
38. Journal List J Curr Ophthalmol v.30(3); 2018 Sep; J Curr Ophthalmol. 2018 Sep; 30(3): 202–210; Published online 2018 Jan 3. doi: 10.1016/j.joco.2017.11.012,
39. Karmienie piersią w Polsce Raport 2015 Kampania Mleko Mamy Rządu Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji,
40. Kaufman B.N., Uwierzyć w cud. Terapia dzieci autystycznych, Warszawa 1991, t. II, oraz Pennock K., Ratowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu, Toruń 1994,
41. Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek), Ministerstwo Zdrowia, 2013,
42. Korniszewski L., Typy wad wrodzonych w: Dziecko z zespołem wad wrodzonych, red. L. Korniszewski Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005,
43. Krówka D., Żur A., Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej, GinPolMedProject, 2013,
44. Lahood A., Bryant C.A. Outpatient care of premature infant. American Family Physician 2007,
45. Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., PRCM Working Group, Polish registry of

- congenital malformations – aims and organization of the registry monitoring 300 000 births a year, *J Appl. Genet.* 46, 2005,
46. Miernik B., Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psycho-pedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym, *Katolicki Uniwersytet Lubelski*,
 47. Miś L., Mirewska E. (2014). Rola pracownika socjalnego w systemie służby zdrowia. *Studia Sieradzana*, nr 6a, ISSN 229-2928,
 48. Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r, Warszawa,
 49. Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli - Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf> ,
 50. Narodowy Fundusz Zdrowia, Porody i opieka okołoporodowa, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNjU3Zjg1M2YtMDI4Yy00Njk4LTgwYjctMzczNDA0YTljYTM5IiwidCI6IjJINzcvYzE2LWMwNzEtNDA1Mi04MzdjLTU0NWJlZTBiMzQwYyIsImMiOjI9> ,
 51. Pasternok M., Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Perinatologii dla Obszaru Województwa Opolskiego,
 52. Program polityki zdrowotnej pn.: ”Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupska na lata 2022–2030”, Słupsk 2022,
 53. Program polityki zdrowotnej pn.: „Gminna Szkoła Rodzenia - program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszków”, Wyszków 2020,
 54. Przewęda R., Wybraniec B., Charakterystyka rozwoju motorycznego dziecka w wieku przedszkolnym. *Wychowanie w przedszkolu* nr 7/8,
 55. Raport Instytutu Matki i Dziecka „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w szpitalach publicznej służby zdrowia” za lata 1999-2003,
 56. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej, *Ginekologia Polska* nr 5/2009, opracowane przez zespół ekspertów pod przewodnictwem prof. dr. hab. J. Kotarskiego, prof. dr hab. M. Wielgosia,
 57. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018 Jan; 40(1): 32–42. Published online 2017 Aug 7. doi: [10.1055/s-0037-1605366](https://doi.org/10.1055/s-0037-1605366)Ocular Changes During Pregnancy Pedro Marcos-Figueiredo, Ana Marcos-Figueiredo, Pedro Menéres, and Jorge Braga,
 58. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Warszawa 2018, poz. 1756,
 59. Rozporządzenie MZ w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 23 września 2010 r.,
 60. Rybak A., Socha P., Stolarczyk A., Socha J.: Ocena częstości występowania oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń karmienia u dzieci w Polsce. *Standardy Medyczne. Pediatria* 2011.
 61. Rządowy 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 2018-2023, Warszawa 2021,
 62. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/karmienie-piersia-samo-zdrowie-dla-mamy-i-dziecka>,

63. Sochocka L., Wojtyłko A. (red.), Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego, Opole 2012, t. 1
64. Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–2020, <https://bip.opolskie.pl/wp-content/uploads/2016/09/Strategia-ochrony-zdrowia-dla-wojew%C3%B3dztwa-opolskiego-na-lata-2014-2020-CA%C5%81O%C5%9A%C4%86-z-numerem-i-dat%C4%85-przyj%C4%99cia-przez-ZWO.pdf>
65. Szamotulska K., Mierzejewska E., Zgony niemowląt i noworodków w latach 1995–2015 w Polsce; Developmental Period Medicine, 2017;XXI,2,
66. Szczałuba K., Obersztyn E., Mazurczak T., Zastosowanie nowoczesnych technik cytogenetyki molekularnej w diagnostyce wrodzonych wad rozwojowych, Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 3, zeszyt 2, 108-116, 2010,
67. Szredzińska R. – Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Zdrowie dzieci i młodzieży, <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-8fecbaa9-b1b8-4ef7-b9f4-61fc89f3b3aa>,
68. Szymborski J., Zdrowie publiczne i polityka rozwojowa, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012
69. Szymborski J., ZDROWIE PUBLICZNE w PROJEKTACH PROGRAMOWYCH POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ, [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, pod red. J. Szymborskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012,
70. Urząd Statystyczny w Opolu, Warunki życia ludności w województwie opolskim w latach 2015–2020, Opole 2021,
71. Winczura B., Wczesne rozpoznawanie autyzmu u małych dzieci – sygnały ostrzegawcze dla diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu. Psychiatria i Psychologia Kliniczna. 19 (2),
72. Wojtyłko-Gołownik A., Bağlaj M., Wojtyłko A., Diagnostyka prenatalna wad wrodzonych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, 2014,
73. Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005–2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Poznań 2010,
74. Zabłocki K. J., Udział rodziny we wczesnym wspomaganie małego dziecka z zaburzeniami rozwojowymi, w: Wspomaganie rozwoju małego dziecka, red. G. Pańtak, Zeszyty naukowe 1/2014 Pedagogika, Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa w Warszawie 2014,
75. Zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” wprowadzające nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC),
76. Zdrowie 2020 Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka, Europejski Komitet Regionalny WHO, Malta 2012,
77. ZDROWIE 21, ZDROWIE DLA WSZYSTKICH w XXI WIEKU, Podstawowe założenia polityki zdrowia, dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO, <https://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who>.

9. Załączniki

1. „Metodologia wyliczania stawek jednostkowych dla programu pn. *Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026*”
2. Ankieta satysfakcji uczestników Programu.

Załącznik nr 1

„Metodologia wyliczania stawek jednostkowych dla programu pn. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”

Wstęp

Zgodnie z art. 53 ust. 1 lit. b–d rozporządzenia ogólnego, wydatki związane z realizacją programów finansowanych z funduszy strukturalnych mogą być rozliczane na podstawie zwrotu rzeczywiście poniesionych kosztów lub w oparciu o metody uproszczone, do których zalicza się:

- ✓ stawki jednostkowe,
- ✓ kwoty ryczałtowe,
- ✓ stawki ryczałtowe.

Stosowanie uproszczonych metod rozliczania wydatków jest rekomendowane przez Komisję Europejską oraz Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie doświadczeń z poprzedniego okresu programowania na lata 2014–2020. Rozliczanie wydatków za pomocą metod uproszczonych stanowi decydujące odciążenie administracyjne dla beneficjentów oraz instytucji, które wdrażają programy finansowane z funduszy strukturalnych, a także pozwala w większym stopniu skupić się na osiąganiu rezultatów poszczególnych interwencji. Z wyników audytów przeprowadzonych przez Europejski Trybunał Obrachunkowy wynika, że przy wydatkowaniu środków z zastosowaniem tychże uproszczonych metod rozliczania wydatków, rzadko występują nieprawidłowości.

Stawki jednostkowe mogą być stosowane na podstawie metodologii wskazującej na to, że przyjęte stawki są:

- ✓ uczciwe – obliczenie musi być uzasadnione, odnoszące się do rzeczywiście istniejących kategorii kosztów i stosowanych do ich rozliczenia kwot. Przyjęte metody obliczeń powinny być dostosowane do potrzeb i warunków realizacji konkretnych projektów.
- ✓ sprawiedliwe – przyjęta metodologia nie faworyzuje niektórych beneficjentów lub operacji w stosunku do innych. Obliczanie stawek jednostkowych musi zapewnić równe traktowanie beneficjentów i/lub operacji.
- ✓ weryfikowalne – instytucja zarządzająca programem musi być w stanie wykazać, na jakiej podstawie ustalono stawkę jednostkową. Kluczowym elementem jest zapewnienie zgodności z zasadą należytego zarządzania finansami.

Metodologia jest narzędziem niezbędnym do rzetelnego ustalenia wysokości stawek jednostkowych zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027*. Stawki jednostkowe opracowane na podstawie niniejszej metodologii stosuje się do wdrożenia projektów w ramach programu pn. „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.

Opracowane stawki jednostkowe mogą zostać zastosowane w niniejszych projektach bez konieczności weryfikacji dokumentów księgowych. Wskazanie stawek jednostkowych dla ww. programu ma na celu ułatwienie beneficjentom rozliczanie projektu.

Stawki jednostkowe określone poniżej dotyczą świadczeń zdrowotnych, które będą udzielane w ramach wdrażania programu polityki zdrowotnej pn.: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026” i **nie obejmują kosztów pośrednich**

(beneficjentowi przysługują koszty pośrednie naliczone od stawki jednostkowej). Wydatki objęte stawką jednostkową włączone są do wyliczania poziomu kosztów pośrednich.

Rozliczenie kosztów niniejszych świadczeń zdrowotnych za pomocą stawek jednostkowych jest uzasadnione dużą ilością składowych kosztu jednej usługi zdrowotnej. Zasadnym jest zatem wskazanie stawki jednostkowej w celu ułatwienia beneficjentom rozliczania świadczenia oraz usprawnienia weryfikacji wniosków o płatność przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Opolskiego na lata 2021–2027 (wprowadzenie stawki jednostkowej ograniczy ryzyko błędów przy rozliczaniu wniosków o płatność). Dodatkowo wprowadzenie stawek jednostkowych, jak zaznaczono na wstępie, jest zgodne z kierunkiem Komisji Europejskiej zmierzającym do zmniejszenia obciążeń administracyjnych beneficjentów.

Stawki jednostkowe zostały opracowane dla następujących świadczeń/pakietów medycznych, które będą udzielane w ramach wdrażania przedmiotowego programu, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego:

1. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – badanie USG genetyczne płodu,
2. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – PAPP-A osoczowe białko ciężowe A,
3. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – badanie Beta-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta),
4. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – badanie PiGF – łożyskowego czynnika wzrostu,
5. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – przesiewowe badanie genetyczne wykonane na wolnym płodowym DNA,
6. Mobilna opieka okołoporodowa – mobilne szkoły rodzenia,
7. Mobilna opieka okołoporodowa – mobilna poradnia laktacyjna,
8. Mobilna opieka okołoporodowa – rozszerzona opieka położnej POZ,
9. Mobilna opieka okołoporodowa – wsparcie kobiet po ciąży mnogiej,
10. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – neurologopeda,
11. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – neonatolog,
12. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – psycholog,
13. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – I-sza pomoc przedmedyczna u noworodków w ramach rozszerzonej opieki pielęgniarki/położnej,
14. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – pielęgniarstwo neonatologiczne w ramach rozszerzonej opieki pielęgniarki/położnej po 6 tyg. od porodu,
15. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – dietetyk,
16. Poradnictwo specjalistyczne fizjoterapeuty dla rodziców/opiekunów prawnych z zakresu prawidłowego rozwoju,
17. Poradnictwo specjalistyczne fizjoterapeuty i wczesna rehabilitacja kobiet po porodzie,
18. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców – prawnik,
19. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – ocena rozwoju wg kamieni milowych,
20. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa,
21. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Skala Brazeltona,
22. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Metoda Prechtla,
23. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Skale Rozwoju Dzieci Bayley (BSID),
24. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP),
25. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 3 (1 r.ż.- USG przeziemiączkowe lub jamy brzusznej),

26. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 3 (od 2 r.ż. - USG jamy brzusznej),
27. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – przesiewowe badanie objawów spectrum autyzmu (ADOS-2; I spotkanie),
28. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – przesiewowe badanie objawów spectrum autyzmu (ADOS-2; II spotkanie),
29. Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – przesiewowe badanie objawów spectrum autyzmu (ADOS-2; III spotkanie),
30. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r. życia – pediatra,
31. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r. życia – neurologopeda,
32. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r. życia – psycholog,
33. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r. życia – gastrolog,
34. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r. życia – dietetyk,
35. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r. życia – wizyty patronażowe fizjoterapeuty,
36. Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r. życia – Diagnoza SI.

Metodologia

Stawki jednostkowe zostały wyliczone w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia poszczególnych podmiotów świadczących usługi medyczne.

W pierwszej kolejności wystosowano pismo do Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o wskazanie stawek przyjętych przez fundusz za wskazane świadczenia. Zgodnie z odpowiedzią z dnia 11 sierpnia 2023 r. znak: NFZ08-WSOZ-SLA-AOS.070.5.2023 uzyskano informację, że w ramach środków publicznych finansowane są następujące świadczenia:

1. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – badanie USG genetyczne płodu,
2. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – PAPPA-A osoczowe białko ciężowe A,
3. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – badanie Beta-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta).

Jako stawkę jednostkową w/w usług przyjęto stawkę NFZ, którą rozlicza płatnik za podobne świadczenia realizowane w systemie publicznym zgodnie z zarządzeniem nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

Wystosowano również zapytanie o cenę do następujących jednostek:

1. Femina - Opolskie Centrum Badań Prenatalnych, 46-020 Opole ul. Tadeusza Kościuszki 35,
2. MediClinica - Centrum Medyczne w Opolu, 45-368 Opole ul. Ozimska 53,
3. Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., 47-303 Krapkowice os. XXX-lecia 21,
4. OPTIMA MEDYCYNA SA, 45-861 Opole ul. Dambonia 171,
5. Medicus w Opolu Sp. z o.o., 45-706 Opole Plac Piłsudskiego 5,
6. NZOZ Zdrowa Rodzina S.C. R. Mehl, E. Janiuk, G. Zimnal, 45-715 Opole ul. Krapkowicka 10A,
7. Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, 45-066 Opole ul. Reymonta 8,
8. SP ZOZ Szpital Zespolony w Kędzierzynie-Koźlu Nadolna Anna, 47-220 Kędzierzyn-Koźle ul. Roosevelta 4,

9. Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A., 46-100 Namysłów ul. Oleśnicka 4,
10. Szpital Powiatowy im. Prałata J. Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich, 47-100 Strzelce Opolskie ul. Polska 36A,
11. Prudnickie Centrum Medyczne S.A. w Prudniku, 48-200 Prudnik ul. Szpitalna 14,
12. Zakład Lecznictwa Szpitalnego w Nysie, 48-300 Nysa, ul. Bohaterów Warszawy 34,
13. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu, 45-075 Opole ul. Krakowska 44,
14. Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku, 46-200 Kluczbork ul. M. C. Skłodowskiej 23,
15. Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, 46-300 Olesno ul. Klonowa 1,
16. Szpital Powiatowy w Głubczycach, 48-100 Głubczyce, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 26,
17. Brzeskie Centrum Medyczne SPZOZ w Brzegu, 49-301 Brzeg ul. Mossora 1,
18. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „CHIRMED” Sp. z o. o. w Opolu, 45-741 Opole ul. Krapkowicka 20,
19. Grupowa Praktyka Lekarzy Rodziny Osadca-Zych M., Lejkowska K., 48-303 Nysa ul. Marszałka J. Piłsudskiego 12A,
20. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MED-PIAST"S.C., 47-100 Strzelce Opolskie ul. Piastów Śląskich 20,
21. Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej "MEDYKEN" Ewa Jarczyńska-Nimsz, 49-300 Brzeg ul. Z. Herberta 5,
22. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDICOGEN” Sp. z o. o., 47-225 Kędzierzyn-Koźle ul. Szkolna 17A,
23. Zakład Usług Medycznych S.J. MIECZYŚLAW CHUDY, BARBARA OBARA NZOZ, 48-300 Nysa ul. S. Moniuszki 7,
24. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED, 46-081 Dobrzeń Wielki ul. Reymonta 2,
25. Dariusz Kowalczyk Gabinet Ginekologiczny, 45-058 Opole ul. Ozimska 34,
26. Piątkowska-Pawlica Alicja, lek. med. Prywatny specjalistyczny gabinet ginekologiczno-położniczy, 46-020 Opole ul. Św. Wojciecha 14,
27. Góralewicz Jolanta, lek. med. ginekolog położnik, 46-020 Opole ul. Katowicka 19,
28. Głowacki Jarosław, lek. ginekolog, Gabinet ginekologiczny, 45-031 Opole ul. Horoszkiewicza 6,
29. Gębka Paweł Ginekolog Położnik, 45-062 Opole ul. Tadeusza Kościuszki 40/2,
30. Głęb Grzegorz, specjalista ginekolog, 46-020 Opole ul. 1 Maja 9,
31. Opolskie Centrum Dietetyki "Pełnia Zdrowia", 46-020 Opole ul. Zielonogórska 3,
32. Centrum Leczenia Otyłości NZOZ SABA, 45-058 Opole ul. Ozimska 25,
33. Centrum Rehabilitacji Aqua-Reh, 46-020 Opole ul. Zamiejska 79,
34. Dieta Plus. Poradnictwo Żywieniowe i Dietetyczne J. Gruszka, 46-020 Opole ul. Kardynała Bolesława Kominka 2,
35. Gmyrek Danuta, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pediatrii, Kliniczny Oddział Pediatrii SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu, 47-200 Kędzierzyn-Koźle ul. 24 Kwietnia 13,
36. Wierzchowiec Jan, Konsultant Wojewódzki ds. rehabilitacji medycznej, Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o., 48-317 Korfantów ul. Wyzwolenia 11,
37. Kudaś Dorota, Konsultant Wojewódzki ds. pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, Okręgowa Izba Pielęgniarek Położnych w Opolu, 45-123 Opole ul. Budowlanych 44A,
38. prof. nadzw. dr hab. Jan Szczygielniak, Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii,
39. Luxmed Lublin, 20-080 Lublin ul. Radziwiłłowska 5,
40. Vitalabo, 85-795 Bydgoszcz ul. Hallera 2E,
41. Aurea Clinic, 01-209 Warszawa ul. Dzielna 64/Lokal U11,

42. OMNIS. Diagnostyka i terapia psychologiczna, 48-300 Nysa ul. Emilii Gierczak 2,
43. Stowarzyszenie św. Celestyna, 57-100 Strzelin Mikoszków 27,
44. Centrum Terapii Psychika Języka Elżbieta Działuk-Micun, 45-707 Opole ul. Wrocławska 18a,
45. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, 45-418 Opole ul. W. Witosa 26,
46. SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach im. św. Jana Pawła II, 48-340 Głucholazy ul. Karłowicza 40,
47. Diabetica Sp. z o. o., ul. Bohaterów Warszawy 27, 48-300 Nysa.

W związku z wystosowanymi zapytaniem otrzymano 8 odpowiedzi zwrotnych, które wzięto pod uwagę podczas wyliczania kosztów opisanych procedur. Ofertę ze Szpitala Powiatowego im. Prałata J. Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich odrzucono z uwagi na występującą w większości kategorii rażąco niską stawkę jednostkową, tj. minimum o 50 zł niższą od najniższej stawki za dane świadczenie. Odpowiedź otrzymano z jednostek, które realizują daną procedurę, i które mogły dokonać takiej wyceny.

Do wyliczenia stawek jednostkowych wzięto pod uwagę dane z NFZ tylko do tych świadczeń, których zakres jest zbieżny ze świadczeniami refundowanymi przez NFZ.

N/w świadczenia medyczne:

- ✓ Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – neonatolog,
- ✓ Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 3 (1 r.ż.- USG przeziemiączkowe lub jamy brzusznej),
- ✓ Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 3 (od 2 r.ż. - USG jamy brzusznej),
- ✓ Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r. życia – gastrolog.

posiadają o wiele szerszy zakres uszczegółowiony w niniejszym programie polityki zdrowotnej, odbiegający od standardowych czynności wykonywanych podczas podobnego świadczenia refundowanego przez NFZ. Dlatego też w w/w przypadkach wzięto pod uwagę jedynie stawki jednostkowe zaproponowane przez podmioty lecznicze, od których otrzymano odpowiedź zwrotną na wystosowane zapytanie. Ponadto dla usługi pn. „poradnictwo specjalistyczne dla rodziców – prawnik” z uwagi na jej standardowy charakter i ściśle powiązanie z realizowanymi w programie świadczeniami zdrowotnymi również przyjęto stawkę jednostkową. Przedstawione w dalszej części metodologii stawki jednostkowe dla poszczególnych usług stanowią średnią arytmetyczną z otrzymanych ofert za poszczególne świadczenia przekazane przez oferentów.

Opis stawki jednostkowej nie dopuszcza wydatków, które stanowią wydatek niekwalifikowalny w rozumieniu *Wytyczne dotyczące kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027*. Świadczenia, dla których wyliczono stawki jednostkowe opisane są szczegółowo w Programie pn.: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026” i są niezbędne dla jego realizacji. Z metodologii wynika koszt rynkowy świadczenia medycznego, w oparciu o który wyliczana została stawka jednostkowa.

W ramach stawek jednostkowych nie przewidziano zakupu **środków trwałych** oraz wydatków w ramach **cross-finansingu**. Przedmiotowe koszty, o ile wystąpią, wskazane będą w budżecie projektu poza stawkami jednostkowymi. Stawki jednostkowe nie są jedynym rodzajem wydatków dopuszczonym do wskazania w budżecie projektu.

Koszty pośrednie to koszty niezbędne do realizacji projektu, ale niedotyczące bezpośrednio głównego przedmiotu projektu. Katalog kosztów pośrednich określono w rozdziale 3.12 *Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027*.

Ryzyko związane z wprowadzeniem stawek jednostkowych jest ograniczone z uwagi na rzetelną metodologię ich wyliczenia, w toku której udowodniono ich rynkowość.

Występuje niewielkie ryzyko, że stawki jednostkowe nie będą wystarczająco stymulować do zapewnienia wysokiej wydajności i jakości prowadzonych działań. Ryzyko zostanie zniwelowane poprzez dokładne zdefiniowanie oczekiwanego świadczenia, jakie powinno być udzielone w ramach stawki jednostkowej, prowadzenie szkoleń w ramach programu oraz zaangażowanie osób posiadających odpowiednią wiedzę i doświadczenie w zakresie prowadzenia badań.

Ponadto istnieje ryzyko, iż kwoty stawek jednostkowych ustalone zostały na zbyt niskim poziomie, co może przełożyć się na niewielkie zainteresowanie Wnioskodawców konkursem. Przedmiotowe ryzyko zostało znacząco ograniczone poprzez metodologię, która uwzględnia średnią z cen rynkowych przekazanych przez podmioty, które będą mogły wdrażać przedmiotowy program polityki zdrowotnej.

Stawki jednostkowe dla poszczególnych świadczeń/usług zdrowotnych

Nazwa	Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – badanie USG genetyczne płodu
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 min.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnianie dokumentacji projektowej, dokumentacji medycznej, 2. Wywiad, 3. Wykonanie badania USG genetycznego płodu, 4. Zlecenie i interpretacja badań biochemicznych - test podwójny (oznaczenia w surowicy krwi): <ul style="list-style-type: none"> – PAPP-A osoczowe białko ciążowe A, – Beta-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta), 5. Omówienie wyników badania z pacjentką, 6. Opis badania w systemie medycznym. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> Aparat ultrasonograficzny wyposażony w dwie głowice: convex przezbrzuszny 3,5-5 (6) MHz i głowicę przezpochwową 7-9 (10) MHz, z opcją kolorowego Dopplera. Komputer wraz z oprogramowaniem certyfikowanym, umożliwiającym kalkulację ryzyka wystąpienia aneuploidii zgodnie z kryteriami określonymi przez obowiązujące standardy i rekomendacje, wraz z aktualną licencją. Program komputerowy obliczający ryzyko aberracji chromosomalnych wraz z aktualną licencją. Materiały zużywalne: żel, środki dezynfekcyjne, rękawiczki papierowe, podkłady, rękawiczki itp.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> lekarz specjalista / w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii posiadający udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) oraz zasadami Fetal Medicine Foundation (FMF) lub inny lekarz specjalista posiadający udokumentowane umiejętności w opisanym powyżej zakresie</p>
Cena jednostkowa stawki	415,33 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, którym wykonano badanie USG genetyczne płodu</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	<p>Dane NFZ w ramach świadczeń gwarantowanych z rodzaju programów zdrowotnych w zakresie programu badań prenatalnych mieszczą się badania genetyczne USG płodu wykonane w I i II trymestrze:</p> <p>liczba punktów 28,35 x 14,65 zł = 415,33 zł</p>
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	<p>Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest zgodna z kosztem, który rozlicza płatnik (NFZ) za podobne świadczenie w systemie publicznym.</p> <p>Stawkę taką uznano za odpowiadającą stawkom rynkowym, ponieważ taka rozliczana jest aktualnie przez NFZ. Zakres świadczenia jest zbieżny ze świadczeniem refundowanym przez NFZ, stąd też taką stawkę uznano za obowiązującą.</p>
Sposób weryfikacji	Oświadczenie lekarza i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – PAPP-A osoczowe białko ciężowe A
Zakres	Wykonanie badania laboratoryjnego w zakresie badania biochemicznego PAPP-A
Cena jednostkowa stawki	246,12 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<i>Liczba osób, którym wykonano badanie biochemiczne PAPP-A</i> Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Dane NFZ w ramach świadczeń gwarantowanych z rodzaju programów zdrowotnych w zakresie programu badań prenatalnych mieszczą się Badanie biochemiczne PAPP-A liczba punktów 16,80 x 14,65 zł = 246,12 zł
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest zgodna z kosztem, który rozlicza płatnik (NFZ) za podobne świadczenie w systemie publicznym. Stawkę taką uznano za odpowiadającą stawkom rynkowym, ponieważ taka rozliczana jest aktualnie przez NFZ. Zakres świadczenia jest zbieżny ze świadczeniem refundowanym przez NFZ, stąd też taką stawkę uznano za obowiązującą.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie lekarza i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – badanie Beta-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta)
Zakres	Wykonanie badania laboratoryjnego w zakresie badania biochemicznego Beta-hCG
Cena jednostkowa stawki	76,91 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<i>Liczba osób, którym wykonano badanie biochemiczne Beta-hCG</i> Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Dane NFZ w ramach świadczeń gwarantowanych z rodzaju programów zdrowotnych w zakresie programu badań prenatalnych mieszczą się Badanie biochemiczne <i>Beta-hCG</i> : liczba punktów 5,25 x 14,65 zł = 76,91 zł
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest zgodna z kosztem, który rozlicza płatnik (NFZ) za podobne świadczenie w systemie publicznym. Stawkę taką uznano za odpowiadającą stawkom rynkowym, ponieważ taka rozliczana jest aktualnie przez NFZ. Zakres świadczenia jest zbieżny ze świadczeniem refundowanym przez NFZ, stąd też taką stawkę uznano za obowiązującą.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie lekarza i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – badanie PiGF - łożyskowego czynnika wzrostu
Zakres	<p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wykonanie badania laboratoryjnego w zakresie badania biochemicznego PiGF, 2. Zebranie wywiadu, 3. Pomiar ciśnienia tętniczego (MAP), 4. W trakcie badania USG pomiar wskaźnika pulsacji w tętnicach macicznych (Ut PI), 5. Wyliczeniu ryzyka wystąpienia stanu przedrzucawkowego – zgodnie ze standardem Fetal Medicine Foundation – wydanie zaleceń dla pacjentki. <p>Badanie można wykonać pomiędzy 11 a 14 tygodniem ciąży.</p>
Cena jednostkowa stawki	200,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<i>Liczba osób, którym wykonano badanie PiGF - łożyskowego czynnika wzrostu</i> Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie lekarza i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Wczesne wykrywanie wad rozwojowych – przesiewowego badania genetyczne wykonane na wolnym płodowym DNA
Zakres	Nieinwazyjne badanie dna płodowego (test NIPT) z krwi matki zalecane u pacjentek, u których wyliczone ryzyko urodzenia płodu z najczęstszymi nieprawidłowościami genetycznymi jest w przedziale 1/100-1/1000.
Cena jednostkowa stawki	1900,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<i>Liczba osób, którym wykonano przesiewowego badania genetyczne wykonane na wolnym płodowym DNA</i> Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie lekarza i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Mobilna opieka okołoporodowa – Mobilne szkoły rodzenia
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 90 minut (10 spotkań w grupach min. 5 osobowych).</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej 2. Omówienie tematów: <ul style="list-style-type: none"> - CIAŻA – zmiany zachodzące w organizmie kobiety w czasie ciąży, zasady prawidłowego odżywiania, - PORÓD – Przygotowanie indywidualnego planu porodu z pacjentką, przebieg I, II i III okresu porodu i zwiastuny zbliżającego się porodu, czynna postawa rodzącej podczas porodu itp., - ZASADY OPIEKI POPORODOWEJ – Powikłania w połogu - obserwacja, symptomy. Postępowanie higieniczno-lecznicze. Stany emocjonalne w czasie ciąży, depresja poporodowa, przystosowanie się do nowej roli, - KARMIENIE PIERSIĄ (KP) – zalety i zasady karmienia piersią, praktyczne aspekty KP, problemy związane z KP i sposoby radzenia sobie z nimi, odżywianie się matki karmiącej, - POWRÓT PŁODNOŚCI PO PORODZIE i współżycie seksualne, - ĆWICZENIA I GIMNASTYKA OGÓLNIE USPRAWNIAJĄCA, - PIELĘGNACJA NOWORODKA/NIEMOWLĘCIA – opieka noworodka – ćwiczenia: masaż brzuszka, kangurowanie, sposoby uspakajania noworodka. Stany przejściowe u noworodka, metody obserwacji i wdrożenia odpowiedniej pielęgnacji, - PIERWSZA POMOC w stanach nagłych u noworodka i niemowlęcia, - PROBLEMY ZDROWOTNE w okresie noworodkowym, - SZCZEPIENIA OBOWIĄZKOWE I ZALECANE.
Cena jednostkowa stawki	312,80 zł za 1 spotkanie
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba uczestników mobilnej szkoły rodzenia</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia położnej i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie położnej i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Mobilna opieka okołoporodowa – Mobilna poradnia laktacyjna
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> do 1–2 godzin.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i> Celem porad laktacyjnych jest udzielenie pomocy matkom, gdy mają problemy z karmieniem (dziecko nie potrafi prawidłowo chwycić brodawki i ssać, a pierś robi się twarda i boli, jak poradzić sobie z nawałem pokarmu, który może doprowadzić do zastoju lub nawet zapalenia piersi), zbada piersi, sprawdzi stan brodawek i oceni prawidłowość pozycji, sposób przystawiania i efektywność ssania dziecka. Wizyty powinny odbywać się u pacjenta w domu.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> Minimalny tytuł to „doradca laktacyjny”, ale pożądanym jest tytuł „edukator ds. laktacji” poświadczony certyfikatem Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.</p> <p><i>Pielęgniarka lub położna:</i> posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, tytuł zawodowy licencjata położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.</p>
Cena jednostkowa stawki	206,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, którym udzielono porady w ramach mobilnej poradni laktacyjnej</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia pielęgniarki lub położnej i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie pielęgniarki lub położnej i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Mobilna opieka okołoporodowa – Rozszerzona opieka położnej POZ
Zakres	<p><i>Czas trwania wizyty:</i> około 1 godziny.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i> Wsparcie rodziców/opiekunów prawnych oczekujących na dziecko/ wychowujących dziecko w ramach mobilnej opieki okołoporodowej, poprzez opiekę położnej wykraczającą poza zakres finansowania w ramach NFZ (do 20 tygodnia ciąży oraz specjalistyczną, kompleksową opiekę nad położną po 6 tygodniu od urodzenia dziecka do 6 m-ca życia dziecka według wieku korygowanego). Opieka ta powinna uwzględniać indywidualizację opieki okołoporodowej – jej celem powinno być poszukiwanie nowych rozwiązań, poprawiających komfort życia i wychodzących naprzeciw potrzebom kobiet w ciąży, przygotowujących się do porodu. Pomóc rodzicom po porodzie odnaleźć się w nowej roli matka-dziecko, ojciec-dziecko. Jak i również rozwiązywanie bieżących problemów związanych z opieką nad noworodkiem-niemowlęciem. Wizyty powinny odbywać się u pacjenta w domu.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> <i>Położna:</i> posiada kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwa rodzinnego (środowiskowej) lub mgr pielęgniarstwa lub położnictwa.</p>
Cena jednostkowa stawki	217,50 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, którym udzielono porady w ramach rozszerzonej opieki położnej środowiskowej</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia położnej i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie położnej i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Mobilna opieka okołoporodowa – Wsparcie kobiet po ciąży mnogiej
Zakres	<p><i>Czas trwania wizyty:</i> około 1 godziny.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i> Wsparcie zakłada udzielanie porad m.in. dotyczących karmienia piersią kilkoro dzieci urodzonych w wyniku ciąży mnogiej oraz gdzie szukać pomocy w razie nagłych wypadków. W ramach programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem zaoferowana zostanie intensywna opieka położnej, która będzie świadczona w zależności od potrzeb do 2 godzin dziennie przez pierwsze 3-mce życia dzieci. Wizyty powinny odbywać się u pacjenta w domu.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> <i>Położna:</i> posiada doświadczenie w pracy pielęgniarki, położnej na oddziale neonatologicznym lub specjalizacja neonatologiczna oraz posiadany kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwa rodzinnego (środowiskowej). <i>mgr pielęgniarstwa lub położnictwa:</i> posiada doświadczenie w pracy pielęgniarki, położnej na oddziale neonatologicznym lub specjalizacja neonatologiczna.</p>
Cena jednostkowa stawki	260,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, którym udzielono porady w ramach wsparcia po ciąży mnogiej</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia położnej i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie położnej i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – neurologopeda
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnianie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Wywiad logopedyczny, 3. Omówienie problemu żywieniowego dziecka, 4. Edukacja w zakresie prawidłowych zasad żywieniowych, wzorców karmienia, doboru akcesoriów do karmienia, oceny zachowań problemowych, wspierania rozwoju mowy, różnych technik karmienia, zabaw rozwijających komunikację i mowę, 5. Opis i wydanie zaleceń do pracy z dzieckiem w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> łyżeczki jednorazowe, rękawiczki, płyny dezynfekcyjne, zestaw zabawek dla niemowląt, sprzęt do behawioralnego badania słuchu, kamera, lustro, przewijak, komputer, monitor, program do analizy nagrań video, drukarka.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> wykształcenie wyższe, logopedyczne, studia specjalizacyjne z zakresu neurologopedii, studia podyplomowe z zakresu wczesnej interwencji, szkolenia z zakresu diagnozy i terapii niemowląt i małych dzieci, doświadczenie w pracy klinicznej min. 3 lata.</p>
Cena jednostkowa stawki	211,67 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem neurologopedy</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia neurologopedy i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie neurologopedy i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – neonatolog
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zapoznanie się z dokumentacją medyczną płodu i dziecka, 2. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 3. Zebranie wywiadu prenatalnego (szczególnie gdy rodzice zgłaszają się z powodu wady lub innej patologii stwierdzonej w badaniu prenatalnym), 4. Omówienie problemu i zaznajomienie rodziców z możliwościami terapeutycznymi po narodzinach dziecka, 5. Udzielenie porad przyszłym rodzicom z zakresu profilaktyki i opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, 6. Podsumowanie i sformułowanie zaleceń, 7. Sporządzenie opisu w systemie medycznym. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> komputer z oprogramowaniem, gabinet lekarski, ulotki i materiały edukacyjne.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> lekarz ze specjalizacją w dziedzinie neonatologii.</p>
Cena jednostkowa stawki	237,50 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem neonatologicznym</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia neonatologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie neonatologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – psycholog
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnianie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Pogłębiony wywiad psychologiczny, 3. Omówienie problemu, 4. Badanie metodami kwestionariuszowymi, testy psychologiczne i inne, 5. Psychoedukacja, 6. Wsparcie psychologiczne, 7. Trening umiejętności rodzicielskich – wspieranie kompetencji rodzica przy użyciu m.in. nagrań video, plansz edukacyjnych, demonstracji zabawek, literatury wspomagającej, 8. Opis w systemie medycznym i wydanie zaleceń do pracy z dzieckiem w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> prezentacje multimedialne, komputer, monitor, program do obsługi nagrań video, plansze edukacyjne, testy psychologiczne, drukarka, zestaw zabawek, przewijak.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> mgr psychologii ze specjalnością kliniczną, doświadczenie w pracy klinicznej min. 3 lata, doświadczenie w pracy z rodziną w sytuacji kryzysowej oraz rodziną z małym dzieckiem.</p>
Cena jednostkowa stawki	220,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem psychologicznym</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia psychologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie psychologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – Pierwsza pomoc przedmedyczna u noworodków w ramach rozszerzonej opieki pielęgniarki/położnej
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut (możliwość realizacji indywidualnie i w grupie).</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Wywiad dotyczący sytuacji zdrowotnej noworodka, 3. Przedstawienie rodzicom zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz zachowań w sytuacji nagłych zdarzeń wymagających interwencji medycznej, 4. Wywiad dotyczący oczekiwań i potrzeb rodzica, 5. Edukacja w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej u noworodka z wykorzystaniem instruktażu werbalnego, filmów edukacyjnych oraz pokazu pierwszej pomocy na fantomie noworodkowym, 6. Ćwiczenia z wykorzystaniem nabytej wiedzy w obecności położnej. Różnorodność scenariuszy dostosowana do potrzeb rodziców, 7. Pytania i dyskusja, wyjaśnienie wątpliwości ze strony rodzica, 8. Wsparcie umiejętności i kompetencji rodziców, pozytywna informacja zwrotna, 9. Opis w systemie medycznym i wydanie ewentualnych zaleceń do pracy w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> komputer, monitor, program do odtwarzania filmów, przewijak, plansze i ulotki edukacyjne.</p>
Cena jednostkowa stawki	226,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem specjalistycznym pielęgniarki/położnej w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej u noworodków</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia pielęgniarki/położnej i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie pielęgniarki/położnej i uczestników programu o udzielonym

Nazwa	Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych - Poradnictwo z zakresu pielęgniarstwa neonatologicznego w ramach rozszerzonej opieki pielęgniarki/położnej po 6 tyg. od porodu
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Wywiad dotyczący oczekiwań i potrzeb rodzica oraz sytuacji zdrowotnej dziecka, 3. Pielęgnacja skóry niemowlęcia. Omówienie najczęstszych problemów skórnych okresu niemowlęcego (ciemieniucha, trądzik, AZS, ŁZS, potówki, odparzenia), 4. Dobór odpowiedniego sprzętu - butelki, bujaczki, fotelik do karmienia, smoczki, itp., 5. Omówienie szerokiego problemu kolek niemowlęcych, 6. Omówienie rozwoju niemowlęcia- normy nabywania umiejętności, 7. Stany nagłe- oparzenia, wysoka gorączka, urazy itp., 8. Omówienie postępowania w przypadku ukąszenia owadów, 9. Omówienie roli rytuałów w funkcjonowaniu niemowlęcia w rytmie dobowym, 10. Pielęgnacja dziecka w chorobie- podawanie leków, ocena ogólnej kondycji dziecka, itp., 11. Schemat żywienia dzieci, 12. Zalecenia żywieniowe, podawanie witamin, umiejętności dziecka w zakresie karmienia i przykładowe pokarmy podawane w 1 roku życia dziecka, 13. Zalecenia pielęgnacyjne, 14. Opis w systemie medycznym i zalecenia do pracy w domu. <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> pielęgniarka lub położna, doświadczenie w pracy pielęgniarki na oddziale neonatologicznym (2 lata w ciągu ostatnich 5 lat pracy zawodowej), tytuł mgr pielęgniarstwa neonatologicznego lub położniczo-ginekologicznego, kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa neonatologicznego.</p>
Cena jednostkowa stawki	201,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem specjalistycznym pielęgniarki/położnej w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia pielęgniarki/położnej i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie pielęgniarki/położnej i uczestników programu o udzielonym

Nazwa	Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych – dietetyk
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Zebranie pogłębionego wywiadu dietetycznego i medycznego, w szczególności dot. schorzeń towarzyszących, obciążeń rodzinnych i preferencji dietetycznych, 3. Ocena potrzeb dietetycznych kobiety w ciąży/rodzica, 4. Poradnictwo z zakresu profilaktyki i zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży i porodu, zdrowego żywienia dzieci, propagowanie dobrego – zdrowego rodzicielstwa, 5. Poradnictwo indywidualne dla matek z problemami zdrowotnymi (insulinooporność, choroby tarczycy, cukrzyca, choroby autoimmunologiczne i in.), 6. Opis w systemie medycznym, wydanie zaleceń dietetycznych. <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> posiada co najmniej tytuł zawodowy licencjata w zakresie dietetyki na kierunku przyporządkowanym do dyscypliny nauki medyczne, nauki farmaceutyczne, nauki o zdrowiu lub nauki o kulturze fizycznej (po dniu 30 września 2019 r.), studia w zakresie dietetyki (po dniu 30 września 2012 r.), co najmniej tytuł zawodowy licencjata na kierunku dietetyka lub na innym kierunku w specjalności dietetyka lub na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka w specjalności żywienie człowieka (przed dniem 1 października 2007 r.), ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyka lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk albo ukończenie technikum, albo szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka (przed dniem 1 września 2013 r.).</p>
Cena jednostkowa stawki	200,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem dietetycznym dla rodziców/opiekunów prawnych</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia dietetyka i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszty stawek jednostkowych zostały wyliczone w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie dietetyka i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Poradnictwo specjalistyczne fizjoterapeuty dla rodziców/opiekunów prawnych – z zakresu prawidłowego rozwoju
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut; 2–3 spotkania.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnianie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Pogłębiony wywiad fizjoterapeutyczny, 3. Omówienie problemu, z jakim zwraca się rodzic, 4. Obserwacja motoryki spontanicznej dziecka, 5. Instruktaż pielęgnacji (noszenia, podnoszenia, przewijania dziecka), 6. Edukacja z zakresu profilaktyki wad postawy, 7. Propagowanie zdrowego rodzicielstwa, zwiększanie zaangażowania rodziny w proces rehabilitacji, zwiększanie wiedzy rodziców na temat prawidłowego rozwoju dziecka, 8. Opis i wydanie zaleceń do pracy z dzieckiem w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> maty, stół terapeutyczny, środki dezynfekcyjne, zestaw zabawek dla niemowląt i dzieci do lat 3.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> ukończone jednolite 5-letnie studia wyższe w zakresie fizjoterapii (po dniu 1 października 2017 r.) oraz odbyta 6-miesięczna praktyka zawodowa i uzyskany tytuł zawodowy magistra, co najmniej tytuł licencjata w zakresie fizjoterapii (po dniu 30 września 2012 r. i przed dniem 1 października 2017 r.), studia wyższe na kierunku fizjoterapia zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskany tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku (po dniu 31 grudnia 1997 r.), studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja i uzyskany tytuł magistra na tym kierunku (przed dniem 1 stycznia 1998 r.), studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskany tytuł magistra oraz ukończona specjalizacja I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej (przed dniem 1 stycznia 1998 r.), studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskany tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończona w ramach studiów 2-letnia specjalizacja z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej (przed dniem 1 stycznia 1980 r.), studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskany tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończony 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu (przed dniem 1 stycznia 1980 r.), szkoła policealna publiczna lub niepubliczna o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskany tytuł zawodowy technika fizjoterapii (przed 25 września 2015 r.); posiada min. 3 lata doświadczenia w pracy z kobietami w okresie okołoporodowym oraz noworodkiem, niemowlęciem i małym dzieckiem.</p>
Cena jednostkowa stawki	226,67 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto wsparciem fizjoterapeuty dla rodziców/opiekunów prawnych z zakresu prawidłowego rozwoju</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia fizjoterapeuty i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie fizjoterapeuty i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Usługa i poradnictwo specjalistyczne fizjoterapeuty dla rodziców/opiekunów – Poradnictwo specjalistyczne fizjoterapeuty i wczesna rehabilitacja kobiet po porodzie
Zakres	<p><i>Czas trwania: 45–60 minut.</i></p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnianie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Konsultacja diagnostyczna kobiet w ciąży w II trymestrze (14–27tc) (1 wizyta): pogłębiony wywiad fizjoterapeutyczny, analiza postawy ciała i codziennych nawyków, badanie napięcia powłok brzusznych oraz stanu funkcjonalnego mięśni brzucha palpacyjne, testami funkcjonalnymi i z wykorzystaniem aparatu USG, badanie mięśni dna miednicy, 3. Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki funkcjonalnej – pacjentka zostanie ukierunkowana, w jaki sposób zniwelować dysfunkcje lub nie doprowadzić do ich powstania, oraz odpowiednio przygotować się do porodu, 4. Specjalistyczne poradnictwo dla kobiet po porodzie fizjologicznym oraz po cięciu cesarskim (2 wizyty). Funkcjonalna diagnostyka poporodowa obejmuje: ocenę mięśni dna miednicy po porodzie, ocenę rozejścia spojenia łonowego, ocenę powłok brzusznych z wykorzystaniem USG, ocenę posturalną, ocenę blizny po cesarskim cięciu lub nacięciu/pęknięciu krocza, 5. Wczesna fizjoterapia kobiet po porodzie obejmuje: terapię mięśni dna miednicy, rozejścia mięśnia prostych brzucha, mobilizację blizny po cesarskim cięciu lub nacięciu/pęknięciu krocza, 6. Instruktaż ćwiczeń do wykonania w warunkach domowych, 7. Edukacja z zakresu profilaktyki. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> aparat USG, maty, stół terapeutyczny (kozetka), parawan, środki dezynfekcyjne, taśmy do kinesiotalingu, komputer z oprogramowaniem, ulotki i materiały edukacyjne, pomieszczenie gwarantujące intymne warunki badania i pracy.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> mgr fizjoterapii, doświadczenie w pracy min. 3 lata doświadczenia w pracy z kobietami w okresie okołoporodowym, ukończony kurs ultrasonografii w fizjoterapii zaburzeń dna miednicy.</p>
Cena jednostkowa stawki	256,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto wsparciem fizjoterapeuty oraz podano wczesnej rehabilitacji po porodzie</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia fizjoterapeuty i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie fizjoterapeuty i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów – prawnik
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej, 2. Zebranie wywiadu dot. oczekiwań i potrzeb uczestnika, 3. Specjalistyczne poradnictwo prawne, m.in. z zakresu przysługujących rodzicom/opiekunom prawnym, w tym zasiłków macierzyńskich/tacierzyńskich, zasad udzielania pomocy z programu 800+, praw wynikających z dokumentów <i>Ustawa o Prawach Pacjenta, Ustawa Za Życiem</i>, itp. 4. Opis w systemie medycznym i wydanie ewentualnych zaleceń dot. dalszego postępowania. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> komputer z oprogramowaniem, ulotki i materiały edukacyjne, pomieszczenie wyposażone w fotele i stolik, gwarantujące odpowiednie warunki.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> magister prawa.</p>
Cena jednostkowa stawki	270,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem prawnym</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia prawnika i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu usługi.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie prawnika i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – ocena rozwoju wg kamieni milowych
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Pogłębiony wywiad okołoporodowy, dotyczący bieżącego stanu dziecka, chorób towarzyszących, sytuacji rodzinnej i społecznej, 3. Badanie przedmiotowe dziecka, 4. Ocena zachowania spontanicznego dziecka w następujących sferach rozwoju psychoruchowego: ruchowy, społeczny, mowy i ruchów precyzyjnych, 5. Diagnoza oraz wczesna identyfikacja dzieci z istniejącymi opóźnieniami rozwojowymi lub zagrożonych ich powstaniem, 6. Opis w systemie medycznym i wydanie ewentualnych zaleceń do pracy w warunkach domowych. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> gabinet, stół, lustro, zestaw zabawek dla dzieci do lat 3, środki dezynfekcyjne, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> lekarz ze specjalizacją w dziedzinie neonatologii lub pediatrii.</p>
Cena jednostkowa stawki	282,29 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto pogłębioną diagnostyką rozwoju dziecka - oceną rozwoju wg kamieni milowych</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia neonatologa lub pediatry i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie neonatologa lub pediatry i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 60–90 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Pogłębiony wywiad dotyczący sytuacji zdrowotnej, rodzinnej i społecznej dziecka, dotychczas wykonanej diagnostyki rozwoju psychoruchowego dziecka i wyniki badań, 3. Wykonanie badania zgodnie z procedurą przewidzianą przez skalę, 4. Ocena i interpretacja badania, 5. Udzielenie informacji zwrotnej rodzicowi, 6. Opis w systemie medycznym i ewentualne zalecenia do pracy w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> standaryzowany zestaw do badania Monachijską Funkcjonalną Diagnostyką Rozwojową, arkusze oceny badania, mata, stolik i krzeselka dostosowane do wieku dziecka, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> psycholog, neurologopeda, fizjoterapeuta, pedagog, mający ukończone studia wyższe, doświadczenie w diagnozowaniu lub pracy z niemowlętami i małymi dzieckiem, ukończony kurs z zakresu Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej.</p>
Cena jednostkowa stawki	254,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto pogłębioną diagnostyką rozwoju dziecka - Monachijską Funkcjonalną Diagnostyką Rozwojową</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia psychologa, neurologopedy, fizjoterapeuty lub pedagoga i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie psychologa, neurologopedy, fizjoterapeuty lub pedagoga i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Skala Brazeltona
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Pogłębiony wywiad dotyczący sytuacji zdrowotnej i rodzinnej noworodka, 3. Przeprowadzenie obserwacji zachowania noworodka zgodnie ze standardem Skali NBAS, 4. Ocena badania, 5. Udzielenie informacji zwrotnej rodzicowi, 6. Opis badania i wydanie zaleceń do pracy w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> standaryzowany zestaw do przeprowadzenia badania skalą NBAS (latarka, czerwona piłeczka, grzechotka, dzwoneczek, szpatułka), przewijak, mata, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> psychologowie, położne, lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, doświadczenie w pracy z niemowlętami, ukończony Kurs NBAS (posiadanie certyfikatu)</p>
Cena jednostkowa stawki	226,67 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto pogłębioną diagnostyką rozwoju dziecka - Skalą Brazeltona</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia psychologa, położnej, lekarza, fizjoterapeuty lub pielęgniarki i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie psychologa, położnej, lekarza, fizjoterapeuty lub pielęgniarki i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Metoda Prechtla
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Pogłębiony wywiad okołoporodowy, dotyczący bieżącego stanu dziecka, chorób towarzyszących, sytuacji rodzinnej i społecznej, 3. Ocena zachowania dziecka zgodnie ze standardem przyjętym przez metodę, w stanie czuwania z wykorzystaniem filmów nagranych przez rodziców, 4. Ocena i interpretacja badania, 5. Opis w systemie medycznym i zalecenia dla rodziców. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> komputer z oprogramowaniem, gabinet.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> lekarz neonatolog, lekarz specjalista rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapeuta, ukończony Kurs Metody Prechtla.</p>
Cena jednostkowa stawki	255,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto pogłębioną diagnostyką rozwoju dziecka - Metodą Prechtla</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia neonatologa, rehabilitanta lub fizjoterapeuty i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie neonatologa, rehabilitanta lub fizjoterapeuty i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Skale Rozwoju Dzieci Bayley (BSID)
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 60–90 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i medycznej, 2. Pogłębiony wywiad dotyczący sytuacji zdrowotnej, rodzinnej i społecznej dziecka, dotychczas wykonanej diagnostyki rozwoju psychoruchowego dziecka i wyniki badań, 3. Wykonanie badania zgodnie z procedurą przewidzianą przez BSID, 4. Ocena i interpretacja badania, 5. Udzielenie informacji zwrotnej rodzicowi, 6. Opis w systemie medycznym i ewentualne zalecenia do pracy w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> standaryzowany zestaw do badania BSID, arkusze oceny badania, mata, stolik i krzeselka dostosowane do wieku dziecka, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> magister fizjoterapii, pedagogiki specjalnej, neurologopedii lub psychologii doświadczenie w diagnozowaniu lub pracy z niemowlętami i małymi dzieckiem, ukończony kurs kwalifikujący do użycia metody BSID.</p>
Cena jednostkowa stawki	244,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto BSID w ramach pogłębionej diagnostyki rozwoju dzieci do lat 3</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia fizjoterapeuty, pedagoga, neurologopedy lub psychologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie fizjoterapeuty, pedagoga, neurologopedy lub psychologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP)
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 60–90 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i medycznej, 2. Pogłębiony wywiad dotyczący sytuacji zdrowotnej, rodzinnej i społecznej dziecka, dotychczas wykonanej diagnostyki rozwoju psychoruchowego dziecka i wyniki badań, 3. Wykonanie badania zgodnie z procedurą przewidzianą przez KORP, 4. Ocena i interpretacja badania, 5. Udzielenie informacji zwrotnej rodzicowi, 6. Opis w systemie medycznym i ewentualne zalecenia do pracy w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> standaryzowany zestaw do badania KORP, arkusze oceny badania, mata, stolik i krzeselka dostosowane do wieku dziecka, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> magister fizjoterapii, pedagogiki specjalnej, neurologopedii lub psychologii, doświadczenie w diagnozowaniu lub pracy z niemowlętami i małymi dzieckiem, ukończony kurs z zakresu KORP.</p>
Cena jednostkowa stawki	260,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto KORP w ramach pogłębionej diagnostyki rozwoju dzieci do lat 3</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia fizjoterapeuty, pedagoga, neurologopedy lub psychologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie fizjoterapeuty, pedagoga, neurologopedy lub psychologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 3 (1 r.ż. – USG przeziemiączkowe lub jamy brzusznej)
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 30–45 minut (2x 1 r.ż.).</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnianie dokumentacji projektowej i medycznej , 2. Zebranie wywiadu medycznego dziecka, obciążenie chorobami towarzyszącymi, rozwój prenatalny, bieżące leczenie, analiza dokumentacji obrazowej dziecka, 3. Wykonanie badania ultrasonograficznego, 4. Analiza i interpretacja wyniku, 5. Opis w systemie medycznym i dalsze zalecenia. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> żel, środki dezynfekcyjne, pieluszki, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> lekarz ze specjalizacją radiologii lub pediatrii z certyfikatem Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, doświadczenie w pracy z niemowlętami i małymi dziećmi do lat 3 (2 lata w ciągu ostatnich 5 lat pracy zawodowej).</p>
Cena jednostkowa stawki	261,67 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto profilaktycznym badaniem USG dzieci do lat 3 (1 r.ż.- USG przeziemiączkowe i jamy brzusznej) w ramach pogłębionej diagnostyki rozwoju dzieci do 3 lat</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia radiologa lub pediatry i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie radiologa lub pediatry i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 3 (od 2 r.ż. – USG jamy brzusznej)
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 30–45 minut (1x 2 r.ż.).</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnianie dokumentacji projektowej i medycznej, 2. Zebranie wywiadu medycznego dziecka, obciążenie chorobami towarzyszącymi, rozwój prenatalny, bieżące leczenie, analiza dokumentacji obrazowej dziecka, 3. Wykonanie badania ultrasonograficznego, 4. Analiza i interpretacja wyniku, 5. Opis w systemie medycznym i dalsze zalecenia. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> żel, środki dezynfekcyjne, pieluszki, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> lekarz ze specjalizacją radiologii lub pediatrii z certyfikatem Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, doświadczenie w pracy z niemowlętami i małymi dziećmi do lat 3 (2 lata w ciągu ostatnich 5 lat pracy zawodowej).</p>
Cena jednostkowa stawki	257,67 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto profilaktycznym badaniem USG dzieci do lat 3 (od 2 r.ż. - USG jamy brzusznej) w ramach pogłębionej diagnostyki rozwoju dzieci do 3 lat</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia radiologa lub pediatry i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie radiologa lub pediatry i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – przesiewowe badanie objawów spektrum autyzmu (ADOS-2), spotkanie I
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 60 minut.</p> <p>W usłudze mieszczą się trzy spotkania, które są integralną całością procesu diagnostycznego, obejmuje dzieci w wieku 12–36 miesięcy u których na poziomie pogłębionej diagnozy rozwoju psychoruchowego pojawia się podejrzenie zaburzeń ze spektrum autyzmu lub które mają obciążony wywiad.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i medycznej, 2. Pogłębiony wywiad dotyczący sytuacji zdrowotnej, rodzinnej i społecznej dziecka, analiza dokumentacji, szczególnie wyników dotychczas wykonanej diagnostyki rozwoju psychoruchowego dziecka i innych badań, 3. Pogłębiony wywiad psychologiczny dot. objawów spektrum autyzmu, ewentualny dobór i zastosowanie przesiewowych metod kwestionariuszowych, 4. Pogłębiona obserwacja dziecka w zakresie aktywności swobodnej i kierowanej, pod kątem objawów spektrum autyzmu, 5. Udzielenie informacji zwrotnej rodzicowi oraz psychoedukacja z zakresu rozwoju dzieci z objawami spektrum autyzmu, 6. Opis w systemie medycznym i ewentualne zalecenia do pracy oraz diagnostyki. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> arkusze wywiadu objawów spektrum autyzmu, mata, stolik i krzeselka dostosowane do wieku dziecka, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> magister psychologii, doświadczenie 5 lat w diagnozowaniu lub pracy z niemowlętami i małymi dzieckiem, ukończony kurs kwalifikujący do użycia metody ADOS-2.</p>
Cena jednostkowa stawki	193,33 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto ADOS-2 w ramach pogłębionej diagnostyki rozwoju dzieci do lat 3</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia psychologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie psychologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – przesiewowe badanie objawów spektrum autyzmu (ADOS-2), spotkanie II
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 60–90 minut.</p> <p>W usłudze mieszczą się trzy spotkania, które są integralną całością procesu diagnostycznego, obejmuje dzieci w wieku 12–36 miesięcy u których na poziomie pogłębionej diagnozy rozwoju psychoruchowego pojawia się podejrzenie zaburzeń ze spektrum autyzmu lub które mają obciążony wywiad.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i medycznej, 2. Uzupelnienie wywiadu o bieżące obserwacje rodziców, analiza dokumentacji, szczególnie wyników dodatkowych badań (np. badanie słuchu), 3. Badanie skalą ADOS-2, 4. Opracowanie wyników i opis w systemie medycznym, ewentualne zalecenia do pracy w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> arkusze wywiadu objawów spektrum autyzmu, mata, stolik i krzeselka dostosowane do wieku dziecka, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> magister psychologii, doświadczenie 5 lat w diagnozowaniu lub pracy z niemowlętami i małymi dzieckiem, ukończony kurs kwalifikujący do użycia metody ADOS-2.</p>
Cena jednostkowa stawki	400,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto ADOS-2 w ramach pogłębionej diagnostyki rozwoju dzieci do lat 3</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia psychologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie psychologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka – przesiewowe badanie objawów spektrum autyzmu (ADOS-2), spotkanie III
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 60–90 minut.</p> <p>W usłudze mieszczą się trzy spotkania, które są integralną całością procesu diagnostycznego, obejmuje dzieci w wieku 12–36 miesięcy u których na poziomie pogłębionej diagnozy rozwoju psychoruchowego pojawia się podejrzenie zaburzeń ze spektrum autyzmu lub które mają obciążony wywiad.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i medycznej, 2. Przygotowanej poszerzonej pisemnej opinii psychologicznej podsumowującej wywiad, obserwację oraz dane z badania skalą ADOS-2, celem weryfikacji hipotez dot. objawów ze spektrum autyzmu u dziecka, 3. Omówienie wyników z rodzicami, psychoedukacja dot. wspierania dziecka w spektrum autyzmu, 4. Omówienie dalszej drogi diagnostycznej oraz dostępnego wsparcia instytucjonalnego i terapeutycznego, 5. Wsparcie psychologiczne dla rodzica otrzymującego trudną informację o stanie zdrowia dziecka, 6. Opis w systemie medycznym, ewentualne zalecenia do pracy w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> arkusze wywiadu objawów spektrum autyzmu, mata, stolik i krzeselka dostosowane do wieku dziecka, komputer z oprogramowaniem.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> magister psychologii, doświadczenie 5 lat w diagnozowaniu lub pracy z niemowlętami i małymi dzieckiem, ukończony kurs kwalifikujący do użycia metody ADOS-2.</p>
Cena jednostkowa stawki	400,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto ADOS-2 w ramach pogłębionej diagnostyki rozwoju dzieci do lat 3</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia psychologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie psychologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia – pediatra
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej. 2. Pogłębiony wywiad prenatalny, dot. bieżącego stanu zdrowia dziecka, chorób towarzyszących, rozwoju, sytuacji rodzinnej i społecznej, sposobu odżywiania, wywiadu dotyczącego czynności przewodu pokarmowego. 3. Badanie przedmiotowe z oceną rozwoju fizycznego oraz stanu odżywienia dziecka. Omówienie obserwacji i weryfikacja wskazań do pogłębienia diagnostyki, np. konsultacji optometry. 4. Diagnoza zaburzeń karmienia i żywienia niemowląt i małych dzieci do lat 3. 5. Ustalanie przyczyn zaburzeń odżywiania i planowanie postępowania mającego na celu niwelowanie nieprawidłowości. 6. Współpraca interdyscyplinarna w zespole ds. żywienia. 7. Ocena nagrań video i współpraca z psychologiem, neurologopedą i dietetykiem w zakresie wspierania kompetencji rodzicielskich w sytuacji karmienia dziecka (trening video). 8. Opis w systemie medycznym i zalecenia do pracy w warunkach domowych. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> waga, przewijak, zestaw zabawek dla dzieci do lat 3, komputer z oprogramowaniem, ulotki i materiały edukacyjne, środki dezynfekcyjne.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> lekarz ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, doświadczenie w pracy z niemowlętami i małymi dziećmi z zaburzeniami karmienia i żywienia.</p>
Cena jednostkowa stawki	250,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem pediatrycznym w celu niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia pediatry i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie pediatry i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia – neurologopeda
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Zebranie pogłębionego wywiadu dot. rozwoju dziecka, funkcji pokarmowych i karmienia, 3. Badanie neurologopedyczne niemowlęcia obejmujące: kontakt emocjonalno-społeczny, napięcie mięśni w obszarze ustno-twarzowym, ocenę odruchów ustno-twarzowych, ocenę funkcji pokarmowych (dojrzałości i jakości), ocenę anatomiczno-funkcjonalną i sensomotoryczną obszaru ustno-twarzowego, 4. Diagnoza logopedyczna w oparciu o wywiad, obserwację i badanie, 5. Określenie indywidualnych zasad żywieniowych, wzorców karmienia, doboru akcesoriów do karmienia, oceny zachowań problemowych, wspierania rozwoju mowy, różnych technik karmienia, zabaw rozwijających komunikację i mowę, 6. Informacja zwrotna dla rodziców i zalecenia dotyczące stymulacji logopedycznej, techniki karmienia, stymulacji rozwoju komunikacji i mowy, 7. Współpraca w interdyscyplinarnym zespole ds. żywienia dzieci, 8. Opis w systemie medycznym. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> łyżeczki jednorazowe, rękawiczki, płyny dezynfekcyjne, zestaw zabawek dla niemowląt, sprzęt do behawioralnego badania słuchu, kamera, lustro, przewijak, komputer, monitor, program do analizy nagrań video, drukarka.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> wykształcenie wyższe, logopedyczne, studia specjalizacyjne z zakresu neurologopedii, studia podyplomowe z zakresu wczesnej interwencji, szkolenia z zakresu diagnozy i terapii niemowląt i małych dzieci, doświadczenie w pracy klinicznej min. 3 lata.</p>
Cena jednostkowa stawki	206,67 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem neurologopedycznym w celu niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia neurologopedy i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie neurologopedy i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia – psycholog
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 60–120 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Wywiad psychologiczny, 3. Omówienie problemu, 4. Badanie psychologiczne, 5. Wsparcie edukacyjne, 6. Opis w systemie medycznym i wydanie zaleceń do pracy z dzieckiem w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> prezentacje multimedialne, komputer, monitor, program do obsługi nagrań video, plansze edukacyjne, testy psychologiczne, drukarka, zestaw zabawek, przewijak.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji specjalisty:</i> mgr psychologii ze specjalnością kliniczną, doświadczenie w pracy klinicznej min. 3 lata, doświadczenie w pracy z rodziną w sytuacji kryzysowej oraz rodziną z małym dzieckiem.</p>
Cena jednostkowa stawki	220,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem psychologa w celu niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia psychologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie psychologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia – gastrolog
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Pogłębiony wywiad prenatalny, dot. bieżącego stanu zdrowia dziecka, chorób towarzyszących, rozwoju, sytuacji rodzinnej i społecznej, sposobu odżywiania, wywiadu dotyczącego czynności przewodu pokarmowego, 3. Badanie przedmiotowe z oceną rozwoju fizycznego oraz stanu odżywienia dziecka, 4. Analiza wartości antropometrycznych, 5. Diagnoza zaburzeń karmienia i żywienia niemowląt i małych dzieci do lat 3, 6. Ustalanie przyczyn zaburzeń odżywiania i planowanie postępowania mającego na celu niwelowanie nieprawidłowości, 7. Współpraca interdyscyplinarna w zespole ds. żywienia, 8. Ocena nagrań video i współpraca z psychologiem oraz neurologopedą w zakresie wspierania kompetencji rodzicielskich w sytuacji karmienia dziecka (trening video), 9. Działania profilaktyczne oraz edukacyjne promujących zdrowe odżywianie i zdrowy styl życia, 10. Rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie chorób górnych odcinków przewodu pokarmowego oraz żołądka i jelit mających przyczyny organiczne lub czynnościowe, 11. Opis w systemie medycznym i zalecenia do pracy w warunkach domowych dla rodzica oraz badań dla lekarza POZ. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> waga, przewijak, zestaw zabawek dla dzieci do lat 3, komputer z oprogramowaniem, ulotki i materiały edukacyjne, środki dezynfekcyjne.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> lekarz ze specjalizacją w dziedzinie gastroenterologii, doświadczenie w pracy z niemowlętami i małymi dziećmi z zaburzeniami karmienia i żywienia.</p>
Cena jednostkowa stawki	210,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem gastrologa w celu niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia gastrologa i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie gastrologa i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia – dietetyk
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Zebranie pogłębionego wywiadu dietetycznego i medycznego, w szczególności dot. schorzeń towarzyszących, obciążeń rodzinnych i preferencji dietetycznych oraz trudności w karmieniu dziecka, 3. Ocena potrzeb dietetycznych dziecka pod opieką zespołu żywieniowego, 4. Poradnictwo z zakresu profilaktyki i zachowań prozdrowotnych w żywieniu dzieci, propagowanie dobrego – zdrowego rodzicielstwa, 5. Ułożenie jadłospisu i korygowanie diety w trakcie leczenia dziecka, układanie diety w przypadku chorób powstałych na tle nieodpowiedniego żywienia, układanie planów żywieniowych, 6. Współpraca interdyscyplinarna w zespole ds. zaburzeń żywienia, 7. Opis w systemie medycznym, wydanie zaleceń dietetycznych. <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> studia wyższe tytuł dietetyka, doświadczenie w pracy min. 3 lata, kierunkowe kursy i szkolenia.</p>
Cena jednostkowa stawki	200,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem dietetycznym w celu niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dziecka do lat 3</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia dietetyka i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszty stawek jednostkowych zostały wyliczone w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie dietetyka i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia – wizyty patronażowe fizjoterapeuty
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 45–60 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i dokumentacji medycznej, 2. Pogłębiony wywiad fizjoterapeutyczny, 3. Obserwacja motoryki spontanicznej dziecka w wieku 10–14 tygodni (1 wizyta) lub 20–24 tygodni (2 wizyta), 4. Instruktaż pielęgnacji i rehabilitacji dziecka w warunkach domowych, 5. Edukacja z zakresu profilaktyki wad postawy oraz poradnictwo dla rodziców, w szczególności rodziców wcześniaków i dzieci z zaburzeniami w rozwoju do lat 3 w zakresie stymulacji prawidłowego rozwoju dziecka, 6. Propagowanie zdrowego rodzicielstwa, zwiększanie zaangażowania rodziny w proces pielęgnacji, zwiększanie wiedzy rodziców na temat prawidłowego rozwoju dziecka, 7. Opis i wydanie zaleceń do pracy z dzieckiem w domu. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> mata, narzędzia do pracy terapeutycznej adekwatnie do warunków w domu dziecka.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> mgr fizjoterapii, doświadczenie w pracy rehabilitacji ruchowej niemowląt i małych dzieci.</p>
Cena jednostkowa stawki	215,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto poradnictwem fizjoterapeuty w celu niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 3</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia fizjoterapeuty i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszty stawek jednostkowych zostały wyliczone w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie fizjoterapeuty i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Nazwa	Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia – diagnoza SI
Zakres	<p><i>Czas trwania:</i> 60–120 minut.</p> <p><i>Procedury (zakres działań):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wypełnienie dokumentacji projektowej i medycznej, 2. Pogłębiony wywiad dot. okresu prenatalnego i bieżącego rozwoju dziecka, sytuacji rodzinnej i społecznej, 3. Badanie rozwoju sensorycznego dziecka, 4. Obserwacja spontanicznej aktywności dziecka, preferencji sensorycznych, 5. Badanie z użyciem standaryzowanych metod kwestionariuszowych, 6. Ocena i interpretacja wyników metod kwestionariuszowych, behawioralnych i obserwacji zachowań dziecka, 7. Informacja zwrotna dla rodzica dot. bieżącego rozwoju sensorycznego dziecka, 8. Opis w systemie medycznym i zalecenia. <p><i>Potrzebny sprzęt:</i> gabinet dostosowany do badania dziecka do lat 3, zestaw zabawek do oceny funkcjonowania wszystkich zmysłów (słuch, wzrok, dotyk, czucie głębokie, układ przedsionkowy, smak i węch), komputer z oprogramowaniem, bateria standaryzowanych testów kwestionariuszowych, mata, materac, huśtawka, skoczki, bujaki, liny, piłki, równoważnia, hamak, itp.</p> <p><i>Wysokość kwalifikacji pracownika:</i> mgr fizjoterapii, pedagogiki specjalnej, neurologopedii lub psychologii posiadający certyfikowany kurs kwalifikacyjny w zakresie integracji sensomotorycznej małego dziecka.</p>
Cena jednostkowa stawki	270,00 zł
Typy operacji	Dotyczy programu pn: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.
Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	<p><i>Liczba osób, które objęto diagnozą SI w celu niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r. życia</i></p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia specjalisty i uczestników programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>
Źródło danych użytych do kalkulacji stawki jednostkowej i opis sposobu kalkulacji stawki	Koszt stawki jednostkowej został wyliczony w oparciu o dane przedstawione przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, do których przesłano zapytanie ofertowe.
Uzasadnienie dlaczego proponowana metoda kalkulacji jest odpowiednia dla danej stawki jednostkowej	Zastosowana metoda kalkulacji jest właściwa, gdyż jest średnim kosztem usługi z ofert przesłanych przez jednostki wykonujące tego typu świadczenia, a ponadto odpowiada aktualnym stawkom rynkowym.
Sposób weryfikacji	Oświadczenie specjalisty i uczestników programu o udzielonym świadczeniu.

Załącznik nr 2

Ankieta satysfakcji uczestników Programu

Szanowni Państwo,

Ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału w Programie polityki zdrowotnej pn.: „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do analizy jakości usług świadczonych w ramach Programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. W pytaniach 1–5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1–5, gdzie: 1 – oznacza ocenę najniższą, a 5 – oznacza ocenę najwyższą.

Kobieta Mężczyzna

1. W jakim stopniu Program spełnił Pani/Pana oczekiwania?				
1	2	3	4	5
2. Jak Pani/Pan ocenia personel pracujący przy realizacji Programu?				
1	2	3	4	5
3. Jak ocenia Pani/Pan organizację Programu?				
1	2	3	4	5
4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania Programu?				
1	2	3	4	5
5. Czy poleciliby/polecilby Pani/Pan udział w Programie innym osobom?				
1	2	3	4	5
6. Skąd dowiedziała/dowiedział się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (zaznacz jedną odpowiedź)?				
• z podmiotu leczniczego,				
• z Internetu,				
• od znajomych/innych uczestników,				
• inne (jakie?)				
7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?				
• tak				
• nie				
8. Czy wprowadziłaby/wprowadziłby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?				
• tak (jakie?)				
• nie				
9. Inne uwagi				

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety