



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**Nr 73/2024 z dnia 21 października 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**pn. „Projekt programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem**  
**w województwie opolskim w latach 2024 - 2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Projekt programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024–2026”.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt dotyczy ważnego problemu jakim jest opieka okołoporodowa, opieka medyczna nad kobietą w ciąży oraz jej dzieckiem podczas ciąży, porodu oraz po porodzie. Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom mógłby stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wносить wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Jednakże opiniowany projekt zawiera liczne uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. Mając na uwadze istotność problemu zdrowotnego oraz złożoność projektu należy zwrócić uwagę na zapewnienie programu z zachowaniem wysokiej jakości. Prezes Agencji zwraca szczególną uwagę na kwestie dotyczące m.in.:

- poprawnego sformułowania celu głównego oraz celów szczegółowych, konkretnie w odniesieniu do wartości docelowej, ponadto część celów została sformułowana w formie działań,
- skorygowania i uzupełnienia mierników efektywności oraz wskazania narzędzi pomiarowych w zakresie oceny efektów programu (np. przeprowadzenie oceny stopnia realizacji celów w zakresie oceny wiedzy uczestników w oparciu o pre- i post-testy),
- doprecyzowania sposobu przechodzenia uczestników pomiędzy danymi etapami w ramach wyodrębnionych podprogramów,
- weryfikacji badań przesiewowych zaplanowanych w ramach interwencji wczesne wykrywanie wad rozwojowych w podprogramie I – zgodnie z aktualnymi polskimi wytycznymi rekomendowane testy nie obejmują badania PIGF łożyskowego czynnika wzrostu,
- uszczegółowienia i uzupełnienia zapisów w odniesieniu do interwencji zaplanowanych w podprogramie III,
- korekty zapisu dotyczącego wyboru realizatora, który powinien zostać wybrany zgodnie z zapisami ustawowymi w drodze konkursu ofert,

- przedstawienia konkretnych wskaźników dotyczących oceny zgłaszalności do programu,
- opracowania ankiet satysfakcji z pytaniami odnoszącymi się do oceny jakości świadczeń zaplanowanych w projekcie,
- podziału kosztów realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania i przedstawienia danych dotyczących liczby poszczególnych świadczeń planowanych do realizacji w programie.

Dodatkowo należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię warunkowo pozytywną (133/2016). Zgłoszone wówczas uwagi zostały uwzględnione jedynie częściowo w obecnie ocenianym projekcie.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego uczestnika programu świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W projekcie programu należy zatem opisać działania, które będą podejmowane, aby przeciwdziałać ryzyku podwójnego finansowania.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu opieki okołoporodowej wśród mieszkańców województwa opolskiego. Program ma zostać sfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w wysokości 9 000 000 euro (85%), ze środków Budżetu Państwa (10%) oraz wkładu własnego (5%). Okres realizacji programu zaplanowany został na lata 2024-2026.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt odnosi się do złożonego problemu zdrowotnego, jakim jest opieka okołoporodowa. W projekcie programu przedstawiono, że prawidłowa opieka 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.

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali ogólnopolskiej oraz regionalnej. Wskazano, że województwo opolskie jest najszybciej wyludniającym się województwem w kraju. Zaznaczono, że współczynnik przyrostu naturalnego w regionie wyniósł -5,24 przy średniej krajowej wartości -3,79.

Dane epidemiologiczne zostały przedstawione w odniesieniu do zaplanowanych w programie trzech bloków tematycznych. Odnosząc się do pierwszego bloku „*Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie*” powołując się na dane GUS, wykazano m.in., że aby rozwój demograficzny był na poziomie stabilnym, to w danym roku, na każde 100 kobiet w wieku 15-49 lat powinno przypadać średnio co najmniej 210-215 urodzonych dzieci, przy czym w 2022 r. w województwie opolskim przypadło 120 urodzeń, podczas gdy średnia w kraju wyniosła 126. Odnosząc się do drugiego bloku tematycznego „*Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia*” powołując się na dane GUS, wskazano m.in., że 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%. W ramach trzeciego bloku „Wsparcie rodziców po stracie dziecka” powołując się na raport NIK dotyczącego opieki nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń wskazano, że w Polsce około 10-15% wszystkich ciąż kończy się poronieniem. Zaznaczono, że w 2017 r. u ponad 40 tys. kobiet ciąża zakończyła się poronieniem a w 2019 r. – u ponad 39 tys.

Z zaprezentowanych danych wynika, iż województwo opolskie było regionem, w którym w analizowanych latach odnotowano największy wzrost liczby poronień samoistnych w kraju.

W projekcie odwołano się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując, że „ważnymi wskaźnikami analizowanymi w kontekście organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu i połogu są wskaźniki okołoporodowe”. Ponadto wskazano, że „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”.

Zgodnie z informacjami zawartymi w MPZ na lata 2022-2026 dla województwa opolskiego wskazano, że w 2019 r. w porównaniu z 2018 r. odnotowano zmiany w sytuacji demograficznej województwa opolskiego tj. m.in.: „spadek liczby ludności zarazem na wsi jak i w mieście, spadek liczby urodzeń żywych oraz wzrost liczby zarejestrowanych zgonów, wyższy współczynnik dzietności, ale nadal niegwarantujący zastępowalność pokoleń (...)”. Ponadto wskazano, że „w 2019 r. najwięcej urodziło się dzieci żywych w miastach (58,75% wszystkich urodzeń żywych). W ujęciu regionalnym przodowało województwo mazowieckie (15,89% wszystkich urodzeń w kraju), najmniejszy udział w urodzeniach miało województwo opolskie (2,27%)”.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „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 powinien być precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Zaproponowany cel główny składa się z kilku odrębnych założeń. Założenie pierwsze odnosi się do poprawy zdrowia i związanej z nim poprawy jakości życia oraz zmniejszenia nierówności w zdrowiu. Założenie to zostało sformułowane w sposób zbyt ogólny, co utrudnia prawidłowy dobór mierników efektywności. Założenie drugie dotyczy zwiększenia dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Należy także zaznaczyć, że nie wskazano narzędzi pomiarowych, które miałyby służyć do oceny ww. założeń. W projekcie zaznaczono jedynie, że w ramach sposobu pomiaru będzie miało miejsce „przeprowadzenie ankiet”. W związku z powyższym wskazane kwestie wymagają uzupełnienia.

W dokumencie wskazano 6 celów szczegółowych:

- (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”.*

Nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowej do żadnego z celów. Dodatkowo cel szczegółowy nr 1 składa się z dwóch odrębnych założeń, z których drugie ma charakter działania. Cel szczegółowy nr 2 nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do wzrostu wiedzy uczestników i mógłby być możliwy do zrealizowania za pomocą zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych. W programie opisano sposób pomiaru wiedzy wskazując na porównanie liczby osób, które zadeklarowały zwiększenie swojej wiedzy w relacji do liczby osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi w ramach programu. Należy jednak zaznaczyć, że przedstawiony sposób pomiaru wzrostu wiedzy będzie miał charakter wyłącznie deklaracyjny, co jest działaniem nieprawidłowym. Ponadto nie zaplanowano przeprowadzenia pre- i post- testów umożliwiających weryfikację poziomu wiedzy uczestników, co wymaga uzupełnienia. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Cel szczegółowy nr 4 składa się z kilku odrębnych założeń. Pierwsze założenie odnosi się do „*jak najwcześniejszego wykrycia zaobserwowanych u dziecka do 3 roku życia nieprawidłowości w rozwoju*” i nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Drugie i trzecie założenie odnosi się do „*jak najwcześniejszego skorygowania/zlikwidowania zaobserwowanych u dziecka do 3 roku życia nieprawidłowości w rozwoju*” i wydają się możliwe do realizacji na skutek działań zaplanowanych w podprogramie II. Należy jednak zaznaczyć, że określenia „*skorygowanie*” oraz „*zlikwidowanie*” wydają się tożsame. Ponadto w treści projektu nie przedstawiono rozróżnienia/zdefiniowania ww. terminów. Cel szczegółowy nr 5 został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania. Cel szczegółowy nr 6 odnosi się do podniesienia kwalifikacji personelu medycznego w zakresie zachowań zdrowotnych i mógłby być możliwy do realizacji na skutek zaplanowanych w projekcie szkoleń dla kadry medycznej. Nie zaplanowano jednak pre- i post-testu wiedzy, który umożliwiłby ocenę wzrostu wiedzy uczestników programu, co wymaga uzupełnienia. Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie doprecyzowano także jak w projekcie definiowane jest „*podniesienie kwalifikacji*” oraz „*zachowania zdrowotne*”. Mając na uwadze powyższe, cele główne wymagają doprecyzowania i przeformułowania.

W dokumencie wskazano 15 mierników efektywności:

- (1) *„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)”*,
- (2) *„odsetek kobiet w ciąży, u których wykryto wady wrodzone i rozwojowe podczas realizacji programu (wartość docelowa to min. 5% kobiet w ciąży)”*,
- (3) *„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)”*,
- (4) *„odsetek kobiet karmiących piersią (wartość docelowa to min. 20% kobiet)”*,
- (5) *„odsetek kobiet objętych opieką położnej POZ do 20 tygodnia ciąży (wartość docelowa to min. 20% kobiet)”*,
- (6) *„odsetek porodów fizjologicznych (wartość docelowa to min. 50% wszystkich porodów w ramach programu)”*,

- (7) „odsetek porodów przedwczesnych (wartość docelowa to min. 5% wszystkich porodów w ramach programu)”,
- (8) „odsetek cięć cesarskich (wartość docelowa to min. 50% wszystkich porodów w ramach programu)”,
- (9) „odsetek noworodków urodzonych w dobrym stanie (wartość docelowa to min. 50% wszystkich urodzonych dzieci w ramach programu)”,
- (10) „odsetek osób, które zadeklarowały zwiększenie swojej wiedzy z zakresu ciąży, porodu i opieki nad niemowlęciem podczas realizacji programu (wartość docelowa to min. 50% osób)”,
- (11) „odsetek dzieci do 3 roku życia, u których wykryto nieprawidłowości w rozwoju (wartość docelowa to min. 20% dzieci)”,
- (12) „odsetek dzieci do 3 roku życia, u których skorygowano nieprawidłowości w rozwoju (wartość docelowa to min. 20% dzieci)”,
- (13) „odsetek dzieci do 3 roku życia, u których zlikwidowano nieprawidłowości w rozwoju (wartość docelowa to min. 20% dzieci)”,
- (14) „odsetek rodziców objętych multikompleksowym wsparciem po stracie dziecka podczas realizacji programu (wartość docelowa to min. 50% rodziców)”,
- (15) „odsetek personelu medycznego, który podniósł kwalifikacje w obszarze opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań (wartość docelowa to min 70% personelu medycznego)”.

Miernik nr 1 został sformułowany nieprawidłowo, składa się z kilku odrębnych założeń oraz ma charakter deklaracyjny. Mierniki nr 2, 3, 11, 14 nie spełniają funkcji mierników efektywności, mogą jednak zostać wykorzystane podczas monitorowania. Mierniki nr 4, 5, 6, 7, 8 nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu, mogą natomiast zostać wykorzystane podczas ewaluacji. Miernik nr 9 został sformułowany nieprawidłowo. Nie jasne jak definiowany jest „dobry stan” noworodków po urodzeniu. Miernik nr 10 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ odnosi się do deklaracyjnego sposobu pomiaru wzrostu wiedzy. Mierniki nr 12 i 13 odnoszą się do ograniczenia nieprawidłowości w rozwoju dzieci do 3 r.ż. nie jest jednak jasne jak definiowane jest „skorygowanie” oraz „zlikwidowanie” nieprawidłowości w rozwoju. Miernik nr 15 odnosi się do podniesienia kwalifikacji personelu medycznego. Nie doprecyzowano natomiast jak definiowane jest „podniesie kwalifikacji” oraz czego będzie dotyczył „zakres prozdrowotnych zachowań”. Mając na uwadze powyższe, mierniki efektywności wymagają doprecyzowania i przeformułowania.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu będą zamieszkujące woj. opolskie kobiety w ciąży i do 6 miesięcy po porodzie (podprogram I - „Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie”), noworodki oraz dzieci do 3 r.ż., rodzice, w szczególności rodzice korzystający z poradnictwa (podprogram II - „Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 roku życia”) oraz rodzice po stracie (podprogram III - „Wsparcie rodziców po stracie dziecka”), a także personel służb świadczących usługi zdrowotne („Szkolenia dla personelu”).

Zgodnie z projektem szacuje się, że wsparciem w ramach programu zostanie objętych corocznie 31 100 osób, w tym 8 000 kobiet w ciąży (podprogram I), 22 000 dzieci do 3 r.ż. (podprogram II), 1 000 rodziców po stracie dziecka (podprogram III) oraz 100 osób z personelu medycznego w ramach działań wspierających uczestników tj.: „Szkoleń dla personelu”.

Według danych GUS liczba mieszkańców w grudniu 2022 r. wynosiła 942 441 osób, w tym 486 920 kobiet. Wskazano także, że liczba mieszkańców województwa opolskiego w wieku do 3 r.ż. w grudniu 2022 r. wyniosła zgodnie ze statystykami GUS 21 906 osób, z czego 11 320 chłopców oraz 10 586 dziewczynek.

Na podstawie danych z Opolskiego Oddziału NFZ wskazano, że w latach 2011-2021, 14 602 dzieci zostało poddanych zabiegom rehabilitacyjnym z powodu rozpoznania wady rozwojowej, co oznacza, że corocznie blisko 1 330 dzieci wymagało rehabilitacji. Ponadto liczba przedwcześnie urodzonych dzieci w analizowanych latach ukształtowała się na poziomie 4 242, czyli ok. 385 dzieci rocznie. Podkreślono, że podprogram II kierowany jest do populacji dzieci do 3 r.ż. w województwie opolskim, zatem szacuje się, że działaniami w ramach podprogramu objętych zostanie corocznie ok. 22 000 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*”. W projekcie zaznaczono również, że w województwie opolskim w 2017 r. odnotowano 899 poronień oraz 2019 r. 1068 poronień samoistnych. Podkreślono, że mając na względzie powyższe, wsparciem w ramach podprogramu III planuje się objąć ok. 1 000 osób rocznie.

Autorzy projektu wskazali, że ze względu na mulikompleksowy charakter zaprojektowanego wsparcia utrudnione jest dokładne wskazanie populacji docelowej, która będzie mogła skorzystać z programu.

W projekcie prawidłowo określono kryteria włączenia i wyłączenia.

Odniesiono się do ryzyka powielania świadczeń gwarantowanych. Niemniej mając na uwadze, że w poprzedniej edycji przeszkolono kilkaset osób personelu medycznego należy zweryfikować zakres tematyczny szkoleń dla personelu medycznego względem poprzedniej edycji programu w celu uniknięcia powielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano trzy podprogramy zawierające poszczególne interwencje:

- podprogram I – „*Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i do 6 miesięcy po porodzie*” obejmujący:
  - wczesne wykrywanie wad rozwojowych (badanie USG genetyczne płodu, PAPP-A oznaczone białko ciężarne A, badanie Beta-bCG, badanie PIGF łożyskowego czynnika wzrostu, przesiewowe badanie genetyczne wykonane na wolnym płodowym DNA),
  - mobilną opiekę okołoporodową (mobilne szkoły rodzenia, mobilna poradnia laktacyjna, rozszerzona opieka POZ, wsparcie kobiet po ciąży mnogiej),
  - poradnictwo specjalistyczne (poradnictwo neurologopedy, neonatologa, psychologa, z zakresu I-szej pomocy przedmedycznej noworodków, z zakresu pielęgniarstwa neonatologicznego, fizjoterapeuty z zakresu prawidłowego rozwoju dziecka, poradnictwo specjalistyczne fizjoterapeuty i wczesna rehabilitacja kobiet po porodzie, poradnictwo dietetyka oraz poradnictwo prawne).
- podprogram II – „*Poprawa jakości opieki nad dzieckiem do 3 r.ż.*” obejmujący:
  - pogłębioną diagnostykę rozwoju dziecka (ocena rozwoju wg kamieni milowych, Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa, Skala Brazeltona, Metoda Prechtla, Skala Rozwoju Dzieci Bayley (BSID), Karta Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KOPR), profilaktyczne badanie USG dzieci do 3 r.ż., przesiewowe badanie objawów spektrum autyzmu (ADOS-2)),
  - niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dziecka do 3 r.ż. (poradnictwo pediatry, neurologopedy, psychologa, w zakresie żywienia oraz wizyty patronażowe fizjoterapeuty, diagnoza SI).
- podprogram III – „*Wsparcie rodziców po stracie dziecka*” obejmujący:
  - multikompleksowy pakiet konsultacji (psychologa, prawnika, położnej, fizjoterapeuty oraz usługa pracownika socjalnego),

- działania uzupełniające:
  - szkolenia dla personelu medycznego,
  - działania edukacyjno-informacyjne,
  - działania informacyjno-promocyjne.

Należy zaznaczyć, że w treści projektu brakuje doprecyzowania sposobu przechodzenia uczestników pomiędzy danymi etapami w ramach zaplanowanych podprogramów. Nie jest także do końca jasne w jakiej kolejności realizowane będą poszczególne podprogramy oraz interwencje.

Odnosząc się do interwencji wczesne wykrywanie wad rozwojowych przewidzianej w podprogramie I należy zaznaczyć, że nie wszystkie zaplanowane badania przesiewowe znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych klinicznych. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka z 2022 r. dotyczącymi badań przesiewowych oraz diagnostycznych badań genetycznych wykonanych w okresie prenatalnym, do rekomendowanych badań przesiewowych w ciąży należą dwa testy. Test pierwszy to test złożony (combined test) obejmujący: USG oraz podwójny test [oznaczenie we krwi obwodowej stężeń wolnej podjednostki ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (beta-hCG) oraz syntetyzowanego przez łożysko białka A (PAPP-A, pregnancy-associated plasma protein-A)]. Natomiast test drugi to test NIPT tj. wykonanie analizy pozakomórkowego wolnego DNA płodowego we krwi matki (cffDNA, cel free fetal DNA). Tym samym planowane badanie PIGF łożyskowego czynnika wzrostu nie znajduje uzasadnienia w aktualnych wytycznych.

W projekcie w zakresie opisu interwencji w podprogramie II nie uwzględniono konsultacji okulistycznej, porady pracownika socjalnego oraz badania optometrycznego wymienionych w załączonym do projektu załączniku nr 1 zawierającym opis oraz oszacowanie kosztów jednostkowych poszczególnych świadczeń zaplanowanych w ramach projektu.

Nie przedstawiono większej ilości szczegółów odnośnie podprogramu III – „Wsparcie rodziców po stracie dziecka”.

Należy zaznaczyć, w treści projektu nie zaplanowano pre- i post-testu wiedzy, który umożliwiłby ocenę wzrostu wiedzy uczestników programu. Do projektu nie załączono też przykładowego testu wiedzy, zatem nie była możliwa jego weryfikacja. Natomiast wskazany w treści projektu sposób pomiaru poziomu wiedzy uczestników ma charakter wyłącznie deklaracyjny, co jest działaniem nieprawidłowym.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na podstawie deklaracji udziału uczestników w danym projekcie. Za analizę zgłaszalności do danego projektu i podejmowanie ewentualnych działań dodatkowych/naprawczych odpowiadać będzie realizator. Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono konkretnych wskaźników dot. oceny zgłaszalności do programu, które miałyby zostać wykorzystane w programie, co wymaga uzupełnienia. Należy wskazać co najmniej liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie ankiet satysfakcji uczestników programu. Do projektu załączono wzór ankiety. Należy jednak zaznaczyć, że załączony dokument nie zawiera pytań odnoszących się do oceny jakości poszczególnych świadczeń/usług zaplanowanych w projekcie.

Ocena efektywności programu obejmie analizę poziomu osiągnięcia wskaźników określonych w projekcie. Należy zaznaczyć, że 5 wskazanych w treści projektu mierników efektywności zostało zaprojektowanych w sposób prawidłowy tj. „odsetek kobiet karmiących piersią (wartość docelowa to min. 20% kobiet)”, „odsetek kobiet objętych opieką położnej POZ do 20 tygodnia ciąży (wartość docelowa to min. 20% kobiet)”, „odsetek porodów fizjologicznych (wartość docelowa to min. 50% wszystkich porodów w ramach programu)”, „odsetek porodów przedwczesnych (wartość docelowa to min. 5% wszystkich porodów w ramach programu)”, „odsetek cięć cesarskich (wartość docelowa to min. 50% wszystkich porodów w ramach programu)”. Podkreślono także, że 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.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało częściowo uwzględnione w projekcie programu. Niektóre wskaźniki mają charakter deklaracyjny, co nie pozwala na obiektywną ocenę efektów programu. W celu oceny stopnia realizacji celów należy stosować narzędzia pomiarowe (kwestionariusze, testy) zalecane w wytycznych klinicznych.

#### Warunki realizacji

Projekt przedstawia schemat etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Należy jednak zaznaczyć, że niektóre elementy programu opisano ogólnie (np. zapisy dot. podprogramu III). Nie jest także do końca jasne w jakiej kolejności realizowane będą poszczególne podprogramy oraz interwencje.

Realizator zostanie wskazany przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego po uzyskaniu pozytywnej opinii o Programie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co jest niezgodne z zapisami ustawowymi. Realizator programu powinien zostać wybrany w drodze konkursu ofert. Powyższe wymaga korekty zapisu.

W projekcie odniesiono się do kwestii związanych z warunkami dotyczącymi personelu, wyposażenia i warunkami lokalowymi.

Akcja informacyjna opisana została w sposób prawidłowy. W projekcie programu wskazano, że 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.

Przedstawiono koszty jednostkowe i całkowite programu. 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. Zaznaczono także, że koszty organizacyjne, w tym koszty monitorowania postępu realizacji projektu będą wchodziły w katalog kosztów pośrednich. Przedstawiony budżet nie obejmuje jednak podziału kosztów realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń, jakie mają zostać wykonane w ramach programu, jednak nie przedstawiono informacji ile poszczególnych świadczeń zostanie zrealizowanych.

Całkowity budżet programu oszacowano na 46 588 236 zł.



Program będzie finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w wysokości 9 000 000 euro (85%), ze środków Budżetu Państwa (10%) oraz wkładu własnego (5%).

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### Problem zdrowotny

Edukacja przedporodowa to praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa. Jest to również kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.

Szkoły rodzenia powstały z potrzeby złagodzenia bólu porodowego, który powodowany ogólnym napięciem organizmu – zarówno fizycznym, jak i psychicznym, ma swoje podłoże w lęku kobiet przed tym wyzwaniem. Założenie, że to edukacja oraz dostarczanie kobiecie niezbędnej wiedzy na temat nieznanego obszaru jej życia ma przyczynić się do zmniejszenia jej dolegliwości bólowych w czasie porodu jest słuszne i do dzisiaj przyświeca programom wielu szkół rodzenia. Edukacja kobiet, ale także ich partnerów, w kwestii przebiegu samego porodu, jak również ciąży i połogu przyczynia się do poprawienia komfortu rodzącej, która mając świadomość tego, co się wydarzy, czym to jest spowodowane i do czego zmierza, znacznie lepiej znosi cierpienie fizyczne, które w wielu wymiarach nabiera dla niej nowego sensu.

Właściwe przygotowanie pacjentki do porodu ułatwia opieka przedporodowa i okołoporodowa. Ważna jest szczególnie dla tych kobiet, u których dominują strach, lęk oraz brak wsparcia najbliższych. Psychoprofilaktyka to sposób edukacji przyszłej matki. Głównie opiera się na naturalnej interpretacji doznań towarzyszących jej podczas ciąży i porodu. Nauka ukierunkowana jest całkowicie na zmianę stylu myślenia: z myślenia o sobie na myślenie o dziecku. Równocześnie opanowywana jest całkowita kontrola nad własnym ciałem. Kobieta nabywa również umiejętności z zakresu technik relaksacyjnych oraz uczy się prawidłowego wykonywania ćwiczeń oddechowych.

#### Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2023 poz. 1324) określa m.in. następujące obszary: opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard ten obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

Ponadto wprowadzona została *Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży* na podstawie Zarządzenia nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Celem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I poziomie opieki perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, połogiem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem. Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje.

W dniu 22 grudnia 2016 r. opublikowane zostało Zarządzenie nr 125/2016/DSOZ Prezesa DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki

nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

W polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje świadczenie pn. dziecięcej opieki koordynowanej (DOK; Zarządzenie Nr 30/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30 marca 2018 r.), które obejmuje zintegrowaną opiekę neonatologiczną, wielospecjalistyczną opiekę pediatryczną oraz programy rehabilitacyjne. Jest ono skierowane do dzieci do ukończenia 3 r. ż, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te dedykowane są także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (very low birth weight).

### Ocena technologii medycznej

#### *Najważniejsze wnioski z odnalezionych wytycznych klinicznych*

##### *Opieka przedporodowa*

- Kobietom w ciąży należy oferować informacje oparte na aktualnych dostępnych dowodach, a także wsparcie umożliwiające im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących opieki (HSE 2020, NICE 2019).
- Podczas każdej wizyty przedporodowej pracownicy służby zdrowia powinni udzielać spójnych informacji i wyjaśnień, a kobiety w ciąży powinny mieć możliwość omówienia problemów i zadawania pytań (HSE 2020, NICE 2019, NHMRC 2019, SoQ 2018).

##### *Grupowa opieka prenatalna*

- Grupowa opieka przedporodowa świadczona przez wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia może być oferowana jako alternatywa dla indywidualnej opieki przedporodowej dla kobiet w ciąży w kontekście rygorystycznych badań, w zależności od preferencji kobiety i pod warunkiem, że infrastruktura i zasoby potrzebne do porodu grupowego są dostępne w ramach opieki przedporodowej (WHO 2016).
- Określone modele grupowej opieki prenatalnej mogą być trudne do zainicjowania i utrzymania. Barię wdrożeniu może być koszt wprowadzenia modelu grupowej opieki prenatalnej w obecnych praktykach położniczych (ACOG 2018).

##### *Przesiewowe badania kobiet w ciąży*

- Zgodnie z rekomendacjami kobiety w ciąży powinny zostać poinformowane o celu każdego badania przed jego wykonaniem. Pracownik służby zdrowia powinien upewnić się, że kobieta zrozumiała te informacje i ma wystarczająco dużo czasu na podjęcie świadomej decyzji. Należy jasno określić prawo kobiety do zaakceptowania lub odrzucenia badania (HSE 2020, NICE 2019, WHO 2018).
- Wytyczne wskazują, że informacje na temat badań przesiewowych przed porodem należy przekazywać w miejscu, w którym można przeprowadzić dyskusję; może to mieć miejsce w grupie lub na zasadzie indywidualnej. Należy to zrobić przed umówieniem wizyty (NICE 2019).
- Zgodnie z polskimi wytycznymi do rekomendowanych badań przesiewowych w ciąży należą dwa testy. Test pierwszy to test złożony (combined test) obejmujący: USG [pomiar przezierności karku płodu (NT, nuchal translucency), CRL, czynności serca płodu (FHR, fetal heart rate)] oraz podwójny test [oznaczenie we krwi obwodowej stężeń wolnej podjednostki ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (beta-hCG) oraz syntetyzowanego przez łożysko białka A (PAPP-A, pregnancy-associated plasma protein-A)]. Natomiast test drugi to test NIPT

tj.wykonanie analizy pozakomórkowego wolnego DNA płodowego we krwi matki (cffDNA, cel free fetal DNA (PTGiP i PTGC, 2022).

#### *Karmienie piersią*

- Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, kobietom należy zalecić leczenie obrzęku piersi w okresie poporodowym wspierane w ćwiczeniu responsywnego karmienia piersią, prawidłowego ułożenia i przywiązania dziecka do dziecka piersi, odciąganie mleka i stosowanie ciepłych lub zimnych okładów, w zależności od preferencji kobiety. Wytyczne wskazują, że aby zapobiegać zapaleniu sutka w okresie poporodowym, należy doradzać i wspierać kobiety w zakresie ćwiczenia responsywnego karmienia piersią, dobrego ułożenia i przywiązania dziecka do piersi, ręcznego odciągania mleka matki oraz stosowania ciepłych lub zimnych okładów, w zależności od preferencji kobiety (WHO 2022).
- Lekarz posiadający umiejętności i kompetencje w zakresie wspierania karmienia piersią powinien ocenić karmienie piersią, aby zidentyfikować i rozwiązać wszelkie wątpliwości (NICE 2021).

#### *Depresja poporodowa*

- Zgodnie z rekomendacjami Public Health Agency of Canada, stan emocjonalny matki wpływa na dobro dziecka i rodziny. Po porodzie kobiety mogą doświadczać szeregu emocji, w tym stanów takich jak „baby blues”, depresja, stany lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia związane z traumą i stresem oraz psychoza poporodowa. Kluczowym podejściem jest współczucie i czujność, a także skuteczne wsparcie dostarczone kobiecie oraz jej rodzinie w tym okresie przejściowym. Zadaniem pracowników służby zdrowia jest zatem wsparcie młodych matek i ich partnerów (PHAC 2020).

#### *Kamienie milowe*

- Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami ocena rozwoju wg. kamieni milowych to powszechnie stosowana metoda w obserwacji rozwoju dzieci urodzonych w terminie. Obserwacja rozwoju powinna być zatem prowadzona z wykorzystaniem kamieni milowych (CDC 2021).

#### *Przesiewowe badanie objawów spektrum autyzmu (ADOS-2)*

- Amerykańska Akademia Pediatria (AAP) zaleca przeprowadzenie badań przesiewowych rozwoju i zachowania podczas regularnych wizyt kontrolnych u wszystkich dzieci w wieku 9, 18 i 30 miesięcy. Ponadto AAP rekomenduje, aby podczas regularnych wizyt kontrolnych wszystkie dzieci w wieku 18 i 24 miesięcy zostały także zbadane w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) (AAP 2020).

#### *Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych*

##### *Wpływ programów edukacji prenatalnej na wyniki ciąży*

- Przegląd systematyczny i metaanaliza (Hong 2020) wykazał, że wyniki fizyczne matki w zależności od udziału w edukacji przedporodowej nie różniły się istotnie, jednak odsetek urodzeń przez cesarskie cięcie był niższy w grupie poddanej edukacji przedporodowej (RR 0,90 [95% CI: (0,82;0,99)]). Wyniki dotyczące zdrowia psychicznego matki w zakresie stresu i poczucia własnej skuteczności uległy istotnej poprawie w grupie edukacji przedporodowej, chociaż nie było różnicy w lęku i depresji. Wyniki płodu dotyczące masy urodzeniowej lub wieku ciążowego w chwili urodzenia również nie różniły się między grupami.

- W przeglądzie systematycznym (Brixval 2015) wskazano, że nie ma wystarczających dowodów na to, czy edukacja przedporodowa w małych grupach ma jakikolwiek wpływ na wyniki położnicze lub psychospołeczne.

#### *Wpływ karmienia piersią na wskaźniki stanu zdrowia matek i ich dzieci*

- Problem ten poruszono jedynie w pracy (Patnode 2019), w której przedstawiono aktualne dane naukowe dotyczące związku pomiędzy historią karmienia piersią i stanem zdrowia niemowląt, dzieci oraz matek. Wskazują one, że historia karmienia piersią wiąże się ze zmniejszonym ryzykiem w zakresie wielu różnych wyników zdrowotnych w okresie niemowlęcym i dziecięcym, w tym ostrego zapalenia ucha środkowego (OR 0,67 [95% CI (0,56-0,80)]), astmy (OR 0,88 [95% CI (0,82-0,95)]), atopowego zapalenia skóry (OR 0,74 [95% CI (0,57-0,97)]), zakażeń przewodu pokarmowego, występowania biegunki, białaczek wieku dziecięcego, cukrzycy typu 2 (OR 0,65 [95% CI (0,49-0,86)]) i otyłości. Jeśli zaś chodzi o stan zdrowia matki, wykazano powiązanie historii karmienia piersią („zawsze” vs „nigdy”) ze zmniejszonym ryzykiem raka piersi (OR 0,78 [95% CI (0,74-0,82)]), raka jajnika (OR 0,70 [95% CI (0,64-0,77)]) oraz („dłużej” vs „krócej”) cukrzycy typu 2 (OR 0,68 [95% CI (0,57-0,82)]).

#### *Styl życia*

- Wysokiej jakości dowody wskazują, że poradnictwo (obejmujące w zależności od badania interwencje zapewniające motywację do rzucania palenia, wsparcie w rozwiązywaniu problemów, terapię poznawczo-behawioralną, psychoterapię, relaksację) było skuteczniejsze niż „standardowa opieka” (w zależności od badania rozumiana jako: pytania o palenie, udzielenie porady przez lekarza, przekazanie broszury mówiącej o zaprzestaniu palenia, udzielanie rutynowych porad przez położne, przekazanie informacji na temat negatywnych skutków palenia, brak szkolenia i interwencji). Prawdopodobieństwo powstrzymania się od palenia w późnej ciąży u osób korzystających z poradnictwa było o 44% większe (30 badań (n=12 432), RR 1,44, [95% CI (1,19; 1,73)]) (Chamberlain 2017).

#### *Czynniki psychologiczne*

- Wyniki metaanalizy Akgün 2019 wskazują, że psychoedukacja jest skutecznym podejściem do redukcji łagodnego lęku przed porodem (FOC) oraz wskaźnika cięć cesarskich (CS). Ogólny wpływ psychoedukacji na poziom FOC u kobiet był istotny statystycznie, a wartość współczynnika wskazuje na umiarkowany efekt (hedges' g 0,59, [95% CI (0,46; 0,72)]; 931 kobiet). Psychoedukacja zmniejszyła poziom CS (OR 1,730, [95% CI (1,285; 2,330)]); 682 kobiet). Autorzy wskazują, że włączenie psychoedukacji do rutynowych praktyk pielęgniarских (w wynikach badania nie wskazano na opiekę położniczą i psychiatryczną) poprawi jakość opieki zdrowotnej. Uważa się, że kobiety otrzymujące psychoedukację z rutynową opieką pielęgniariską będą miały bardziej pozytywne doświadczenia ciążowe i porodowe. Autorzy metaanalizy zalecają by osoby zajmujące się zdrowiem kobiet uświadamiały o skuteczności wpływu psychoedukacji na wskaźniki FOC i CS (Akgün 2019).

#### *Podsumowanie opinii ekspertów*

Wszyscy eksperci wypowiedzieli się w charakterze przemawiającym za finansowaniem programów polityki zdrowotnej z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia).

Niemniej, zgodnie z opiniami 2 ekspertów istnieją również argumenty przeciw finansowaniu PPZ w tym zakresie, tj.: wraz ze wzrostem liczby programów obserwuje się wzrost odsetka cięć cesarskich określanych jako „plaga cięć cesarskich”, uzyskane wiadomości nie są stosowane w praktyce ze względu na rosnący w Polsce trend w kierunku odchodzenia od porodów drogami natury;

organizatorzy szkoleń nie będą korzystać z usług merytorycznych profesjonalistów medycznych, a w szczególności położnych, lekarzy czy fizjoterapeutów.

Wszyscy eksperci zgodnie stwierdzili, że PPZ powinien być skierowany do kobiet w ciąży oraz do ich mężów/partnerów życiowych. Konsultant Wojewódzki (KW) w dziedzinie położnictwa i ginekologii wskazał również na personel medyczny świadczący usługi zdrowotne. Dwóch ekspertów zaznaczyło, że do rozważenia pozostaje forma edukacji w zakresie promocji zdrowia prokreacyjnego w odniesieniu do ludzi młodych, którzy jeszcze nie podejmują decyzji o założeniu rodziny lub ją planują (przygotowanie przed ciążą – kwas foliowy, zdrowy styl życia, zapobieganie ciążyom niechcianym).

W kwestii interwencji jakie powinny zostać zastosowane w ramach PPZ, eksperci wskazali na następujące aspekty: poprawa jakości opieki nad kobietą ciężarną i w połogu, wczesne wykrywanie wad rozwojowych, mobilna opieka okołoporodowa, poradnictwo specjalistyczne dla rodziców, ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego, pogłębiona diagnostyka rozwoju (psychomotorycznego) dziecka, działania uzupełniające, związane z merytorycznym zakresem programu: działania informacyjne, promocyjne, działania informacyjno-edukacyjne, szkolenia dla personelu medycznego, dojazdy na rehabilitację/opieka nad osobą niesamodzielną; nabór do programu, udostępnienie programu edukacji, spotkania indywidualne spotkania grupowe: zajęcia teoretyczne, ćwiczenia, ewaluacja; jedną z form dodatkowych spotkań mogą być zajęcia on-line (indywidualne lub grupowe), ale powinna być również możliwość uczestniczenia w dodatkowych zajęciach w spotkaniach bezpośrednich. PPZ realizowany dla cięż z grupy ryzyka może być prowadzony w innym zakresie i w innej formie (on-line plus wizyty w domu). Poradnictwo psychologiczne, zajęcia teoretyczne w szkole rodzenia i praktyczne z kąpieli i pielęgnacji noworodka, inne zajęcia np. ćwiczenia fizyczne (Prezes PTPiPN).

Eksperti wskazali również potencjalny zakres tematyczny edukacji przedporodowej tj.: rozwój dziecka w fazie prenatalnej, zachowania prozdrowotne w okresie ciąży, przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich, karmienie piersią oraz opieka nad noworodkiem, tematy dotyczące przebiegu ciąży (dolegliwości ciążowe, badania w czasie ciąży), dieta, gimnastyka w czasie ciąży, objawy porodu przedwczesnego, objawy rozpoczynającego się porodu, metody znieczulenia porodu, przygotowanie dokumentacji i rzeczy dla kobiety i dziecka do szpitala, pobyt w szpitalu oraz wiele innych zagadnień.

W kwestii optymalnego okresu realizacji PPZ wypowiedział się tylko jeden ekspert w dziedzinie położnictwa i ginekologii stwierdzając, że realizacja programu nie powinna trwać krócej niż 5 lat.

Koszty jednostkowe, które powinny składać się na całkowity budżet PPZ to: wynajęcie sali do prowadzenia zajęć/sprzęt do zajęć w trybie zdalnym, wyposażenie sali, materiały promocyjne, pomoce dydaktyczne, wynagrodzenie dla prowadzących zajęcia; koszty osobowe w tym dla wykładowców – położnych, lekarzy i innych profesjonalistów medycznych np. fizjoterapeutów, psychologów, koszty rzeczowe w tym wynajmu sal do prowadzenia zajęć edukacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną, w tym koszty materiałów biurowych, koszty związane z zakupem pomocy edukacyjnych dla uczestników szkoleń (KW w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego – woj. małopolskie).

W kwestii interwencji jakie powinny zostać zastosowane w ramach PPZ, eksperci wskazali na następujące aspekty: poprawa jakości opieki nad kobietą ciężarną i w połogu, wczesne wykrywanie wad rozwojowych, mobilna opieka okołoporodowa, poradnictwo specjalistyczne dla rodziców, ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego, pogłębiona diagnostyka rozwoju (psychomotorycznego) dziecka, działania uzupełniające, związane z merytorycznym zakresem programu: działania informacyjne, promocyjne, działania informacyjno-edukacyjne, szkolenia dla personelu medycznego, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

*Z upoważnienia Prezesa*

*ZASTĘPCA PREZESA*

*Anna Kowalczyk*

*/dokument podpisany elektronicznie/*

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) z uwzględnieniem raportu zdrowotnej nr: OT.431.64.2024 „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024-2026” data ukończenia październik 2024, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 168/2024 z dnia 21 października 2024 roku o projekcie programu „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim w latach 2024-2026”.