



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 14/2026 z dnia 11 lutego 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki
przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła
Rodzenia”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest opieka okołoporodowa. Program zakłada zwiększenie wiedzy i nabycie umiejętności praktycznych poprzez realizację kursów obejmujących 5 bloków tematycznych w zakresie edukacji przedporodowej i poporodowej tj.: „ciąża, poród, połów, noworodek/niemowlę, aktywność fizyczna”, wśród kobiet ciężarnych (21-28 tydzień ciąży) zamieszkujących powiat wrocławski oraz ich partnerów/osób najbliższych. Należy wskazać, że edukacja w ww. zakresie stanowi istotny element przygotowania do rodzicielstwa, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu. Należy również zaznaczyć, że zaplanowane w programie interwencje znajdują odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych. Wskazane w projekcie działania dla kobiet w okresie okołoporodowym m.in. warsztaty z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt, konsultacje z psychologiem i dietetykiem stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, realizowanych z zakresu POZ czy AOS.

Projekt został opracowany prawidłowo. Niemniej, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące przeformułowania celów programu i odpowiadających im miernikom efektywności.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co zostało uwzględnione w projekcie w ramach kryteriów wyłączenia.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu opieki okołoporodowej zaplanowany na lata 2026-2027. Populację docelową stanowią zamieszkujące powiat wrocławski kobiety w ciąży w przebiegu fizjologicznym powyżej 21 tygodnia oraz poniżej 28 tygodnia. W ramach programu zaplanowano pięć obszernych bloków tematycznych dotyczących ciąży, porodu, połogu, noworodka/niemowlęcia oraz aktywności fizycznej. Koszt całkowity programu został oszacowany na 266 400 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Powiatu Wrocławskiego (ewentualne inne źródła dofinansowania).

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. 2025 poz. 1461 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

W ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono zagadnienie jakim jest opieka okołoporodowa. Wskazano, że nieodłącznym elementem efektywnej opieki sprawowanej nad kobietą ciężarną jest edukacja przedporodowa, definiowana jako praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa, 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. Kolejno odniesiono się do celów i zadań szkół rodzenia, a także zakresu, jaki powinien obejmować ramowy program edukacji przedporodowej.

W projekcie przedstawiono referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt programu.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane krajowe oraz regionalne. Powołano się na dane GUS i wskazano, że w powiecie wrocławskim w 2024 roku urodziło się 1 701 noworodków, a wskaźnik urodzeń żywych na 1000 ludności (8,97) osiągnął wartość wyższą, w porównaniu do województwa (6,33) i kraju (6,7). Wskazano przy tym dokładną liczbę urodzeń noworodków w poszczególnych gminach znajdujących się na terenie powiatu wrocławskiego: 268 w gminie Czernica, 421 w gminie Długołęka, 26 w gminie Jordanów Śląski, 282 w gminie Kąty Wrocławskie, 205 w gminie Kobierzyce, 23 w gminie Mietków, 83 w gminie Sobótka, 283 w gminie Siechnice oraz 110 w gminie Żórawina.

W ramach opisu odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) i wskazano, że w roku 2024 w powiecie wrocławskim odnotowano najwyższy w województwie dolnośląskim współczynnik dzietności ogólnej tj. 1,36. Była to wartość znacznie wyższa, zarówno od wojewódzkiej (1,01), jak i krajowej (1,1).

W MPZ na lata 2022-2026 w sekcji dot. wyzwań systemu opieki zdrowotnej i rekomendowanych kierunków działań na terenie województwa dolnośląskiego podkreśla się tendencję malejącą w kontekście współczynnika płodności kobiet w wieku 15-49. Jednocześnie współczynnik dzietności w województwie dolnośląskim w roku 2019 wynosił 1,357, co daje również 7. miejsce na tle RP.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie świadomego rodzicielstwa, bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego i aktywnego porodu, połogu, a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem u co najmniej 70% uczestników zajęć powiatowej szkoły rodzenia”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny został sformułowany prawidłowo, jednak składa się z dwóch założeń. W odniesieniu do weryfikacji wzrostu nabytej wiedzy, w ramach interwencji edukacyjnej zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie budzi zastrzeżeń. Natomiast w kontekście weryfikacji poziomu umiejętności zaplanowano przeprowadzenie egzaminu opracowanego przez

realizatora programu, co również jest działaniem prawidłowym. Należy jednak podkreślić, że w projekcie nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej przy celu głównym.

W projekcie zaproponowano 7 celów szczegółowych:

- (1) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych okresu ciąży oraz profilaktyki zaburzeń zdrowotnych wieku noworodkowego, niemowlęcego i dziecięcego u co najmniej 70% uczestników zajęć powiatowej szkoły rodzenia”;
- (2) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zdrowego sposobu odżywiania w okresie ciąży i laktacji, a także prawidłowych wzorców żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci u co najmniej 70% uczestników zajęć powiatowej szkoły rodzenia”;
- (3) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie bezpiecznego i aktywnego porodu oraz efektywnej współpracy z położną i lekarzem w trakcie jego przebiegu u co najmniej 70% uczestników zajęć powiatowej szkoły rodzenia”;
- (4) „Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego i ich profilaktyki u co najmniej 70% uczestników zajęć powiatowej szkoły rodzenia”;
- (5) „wykształcenie wysokiego poziomu umiejętności prawidłowej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia ukierunkowanej na zdrowy rozwój oraz zapobieganie chorobom wieku dziecięcego u co najmniej 70% uczestników zajęć powiatowej szkoły rodzenia”;
- (6) „wykształcenie wysokiego poziomu umiejętności udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka u co najmniej 70% uczestników zajęć powiatowej szkoły rodzenia”;
- (7) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiej motywacji do karmienia piersią u co najmniej 70% kobiet ciężarnych, uczestniczących w zajęciach powiatowej szkoły rodzenia”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe nr 1, 2, 3 oraz 4 odnoszą się do poziomu wiedzy uczestników zajęć, jednak dotyczą różnych zakresów wiedzy. Cele te wydają się możliwe do zrealizowania biorąc pod uwagę zaplanowane w projekcie działania edukacyjne oraz przeprowadzenie pre- i post-testów, jednak stanowią częściowe powielenie celu głównego.

Cele szczegółowe nr 5 i 6 dotyczące „wykształcenia umiejętności” w swoim brzmieniu przypominają działanie, co jest podejściem nieprawidłowym. Ponadto również częściowo stanowią powielenie celu głównego.

Cel szczegółowy nr 7 dotyczący motywacji dla karmienia piersią nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że cel ten będzie oceniany na podstawie jednego pytania w ankiecie tj. „Jaka jest Pani motywacja do karmienia dziecka piersią? Proszę określić ją na skali 5- stopniowej”, co jest działaniem niezasadnym.

Należy więc wskazać, że w projekcie większość celów szczegółowych została sformułowana nieprawidłowo lub stanowią one częściowe powielenie celu głównego. Dodatkowo tak jak w przypadku celu głównego, nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W kontekście zaplanowanych w programie interwencji sugeruje się rozbięcie zaproponowanego w programie celu głównego, na dwa odrębne. Wówczas cel główny mógłby odnosić się do wzrostu poziomu wiedzy w zakresie opieki okołoporodowej, który zostanie omówiony podczas zajęć w szkole rodzenia. Cel szczegółowy mógłby dotyczyć uzyskania wysokiego poziomu umiejętności praktycznych (np. min. 80% poprawnie wykonanych działań) w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem u co najmniej 70% uczestników programu. Cel szczegółowy mógłby również referować do partnerów/osób najbliższych kobiet ciężarnych, którzy biorą udział w interwencji.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy i umiejętności (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie świadomego rodzicielstwa, bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego i aktywnego porodu, położu, a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem, względem wszystkich uczestników kursu, którzy wypełnili pre-test”;
- (2) „odsetek uczestników programu, u których w post-teście w części A utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy i umiejętności (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie zachowań prozdrowotnych okresu ciąży oraz profilaktyki zaburzeń zdrowotnych wieku noworodkowego, niemowlęcego i dziecięcego, względem wszystkich uczestników kursu, którzy wypełnili pre-test w części A”;
- (3) „odsetek uczestników programu, u których w post-teście w części B utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy i umiejętności (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie zdrowego sposobu odżywiania w okresie ciąży i laktacji, a także prawidłowych wzorców żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci, względem wszystkich uczestników kursu, którzy wypełnili pre-test w części B”;
- (4) „odsetek uczestników programu, u których w post-teście w części C utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy i umiejętności (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie bezpiecznego i aktywnego porodu oraz efektywnej współpracy z położną i lekarzem w trakcie jego przebiegu, względem wszystkich uczestników kursu, którzy wypełnili pre-test w części C”;
- (5) „odsetek uczestników programu, u których w post-teście w części D utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy i umiejętności (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego i ich profilaktyki, względem wszystkich uczestników kursu, którzy wypełnili pre-test w części D”;
- (6) „odsetek osób uczestniczących w zajęciach powiatowej szkoły rodzenia w części dotyczącej prawidłowej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia, u których w teście umiejętności realizowanym po zajęciach odnotowano wysoki poziom umiejętności (min. 80% poprawnie zrealizowanych zadań)”;
- (7) „odsetek osób uczestniczących w zajęciach powiatowej szkoły rodzenia w części dotyczącej udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka, u których w teście umiejętności realizowanym po zajęciach odnotowano wysoki poziom umiejętności (min. 80% poprawnie zrealizowanych zadań)”;
- (8) „odsetek uczestniczek programu (kobiet ciężarnych), u których na ostatnich zajęciach utrzymano lub uzyskano wysoki poziom motywacji do karmienia piersią (co najmniej 4 na skali 5-stopniowej), względem wszystkich kobiet, które na pierwszych zajęciach określiły stopień swojej motywacji do karmienia piersią”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej

i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Mierniki nr 1, 2, 3, 4, 5 zostały sformułowane prawidłowo i odnoszą się do celów programu. Mierniki nr 6 i 7 pośrednio odnoszą się do celów szczegółowych nr 5 i 6. Miernik nr 8 bezpośrednio nie odnosi się do celów programu.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do kobiet ciężarnych (21-28 tydzień ciąży) zamieszkujących powiat wrocławski oraz ich partnerów/osób najbliższych. Populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano na ok. 1 700 kobiet wraz z ich partnerami/osobami najbliższymi, jednak ze względu na ograniczenia finansowe, możliwości kadrowe i infrastrukturalne potencjalnych realizatorów, program obejmie dla min. 144 kobiet ciężarnych. Ponadto na str. 27 projektu wskazano, że optymalna liczba uczestników kursu powinna wynosić 10 kobiet ciężarnych (wraz z partnerami/osobami najbliższymi 20 osób), jednakże dopuszcza się możliwość uczestniczenia większej liczby kobiet ciężarnych wraz partnerem/osobą najbliższą przy zachowaniu odpowiedniego standardu prowadzonych zajęć (nie więcej niż 15 kobiet ciężarnych). Biorąc pod uwagę powyższe informacje, należy wskazać, że w projekcie nie określono jednoznacznie liczby osób która zostanie objęta PPZ. Jednak przyjęte w PPZ założenia wskazują, że będzie to minimum 144 osoby, a maksymalnie 270 osób w czasie realizacji PPZ.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia dla kobiet.

W projekcie zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy w kryteriach wyłączenia z programu tj.: uczestnictwo w okresie obecnej ciąży w zajęciach szkoły rodzenia, finansowanych ze środków publicznych „(w tym np. Narodowego Funduszu Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego)”.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację kursów obejmujących 5 bloków tematycznych w zakresie edukacji przedporodowej i poporodowej (w sumie 36 godzin), odbywających się w ramach szkoły rodzenia. W ramach kursu realizowane będą zajęcia z zakresu aktywności fizycznej.

Interwencja obejmie 18 cykli kursu szkoły rodzenia w całym okresie jego realizacji, tj. w ciągu 2 lat, każdy cykl składać się będzie z 36 godzin zajęć, pogrupowanych w 5 bloków tematycznych obejmujących: „ciąża, poród, połóg, noworodek/niemowlę, aktywność fizyczną. W projekcie szczegółowo opisano zakres tematyczny każdego z ww. bloków. Każdy cykl realizowany będzie w okresie od 6 do 8 następujących po sobie tygodni, zgodnie z harmonogramem opracowanym przez realizatora. W projekcie wskazano, że zajęcia z bloku tematycznego dotyczącego aktywności fizycznej realizowane będą z częstotliwością raz w tygodniu, natomiast zajęcia z pozostałych bloków tematycznych odbywać się będą z częstotliwością od jednego do dwóch spotkań tygodniowo. Wnioskodawca zaznaczył, iż zajęcia teoretyczne stanowić będą około 60% ogólnej liczby godzin, natomiast zajęcia praktyczne około 40%. W projekcie wskazano, że realizator zobowiązany będzie do opracowania dwóch egzaminów sprawdzających umiejętności praktyczne, obejmujących odpowiednio zakres pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka oraz zakres prawidłowej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia, a także do przeprowadzenia tych egzaminów wśród uczestników po zakończeniu ostatnich zajęć praktycznych realizowanych w danym obszarze tematycznym. Zaznaczono również, że każdy z wymienionych egzaminów powinien obejmować wykonanie co najmniej pięciu umiejętności praktycznych właściwych dla danego obszaru tematycznego. W projekcie zaplanowano również przeprowadzenie testów wiedzy (pre-test oraz post-test). Do projektu załączono ww. test, który nie budzi zastrzeżeń.

Blok edukacyjny „Ciąża”,

W projekcie wskazano, że blok będzie trwał 6 godzin i zostanie poświęcony przygotowaniu kobiety do zachowania zdrowia, prawidłowego żywienia oraz nawiązania dialogu

z nienarodzonym dzieckiem. Zajęcia te poprowadzi interdyscyplinarny zespół składający się z położnej, dietetyka oraz fizjoterapeuty. W ramach tego etapu przewidziano omówienie zmian zachodzących w organizmie kobiety, zasad higieny, aktywności fizycznej i zawodowej, a także kwestii relacji rodzinnych. Przedstawiono również, że dietetyk przybliży zasady optymalnego doboru produktów, natomiast fizjoterapeuta skupi się na łagodzeniu dolegliwości ciążowych oraz roli fizjoterapii uroginekologicznej. Ważnym elementem opisanym w module jest także poznanie etapów rozwoju dziecka oraz metod opieki prenatalnej.

Blok edukacyjny „Poród”

Blok „Poród” poprowadzony będzie przez położną i ma trwać 7 godzin. Edukacja w tym obszarze ma na celu oswojenie uczestniczek z fizjologicznym przebiegiem narodzin oraz przygotowanie do aktywnego i bezpiecznego porodu. Podkreślono, że szczególny nacisk zostanie położony na techniki aktywnego porodu, rolę osoby towarzyszącej oraz świadomą pracę z oddechem. Edukacja obejmie informacje dotyczące metod łagodzenia bólu uwzględniających techniki naturalne, jak i rozwiązania farmakologiczne.

Blok edukacyjny Połóg”

Blok poprowadzi położna i psycholog. Wskazano, że moduł ten przygotuje przyszłe matki do zmian ustrojowych, pielęgnacji ciała po porodzie oraz świadomego planowania kolejnej ciąży. Zaznaczono, że psycholog wesprze uczestniczki w zakresie emocjonalnych aspektów połogu. Kluczową część tego etapu stanowić będzie edukacja laktacyjna, obejmująca fizjologię karmienia, naukę przystawiania noworodka oraz radzenie sobie z potencjalnymi kryzysami laktacyjnymi. Blok ma objąć 6 godzin.

Blok „Noworodek/Niemowlę”

Zajęcia prowadzone będą przez zespół składający się z położnej, lekarza, ratownika medycznego i fizjoterapeuty i zaplanowano je na 11 godzin. Zakres tematyczny obejmie przygotowanie mieszkania, codzienną pielęgnację oraz interpretację potrzeb dziecka. Lekarz omówi pierwsze dni życia noworodka i szczepienia, natomiast ratownik medyczny przeprowadzi praktyczne ćwiczenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Podczas zajęć zaprezentowane zostaną techniki wiązania i noszenia dziecka w chuście.

Blok „Aktywność fizyczna”

Moduł zaplanowany jest na 6 godzin, i przewiduje zajęcia praktyczne, takie jak joga lub pilates, które mają na celu wzmocnienie kondycji fizycznej i psychicznej ciężarnych oraz opanowanie technik relaksacji niezbędnych przed i w trakcie porodu.

Należy zaznaczyć, że w większości wskazane w projekcie interwencje dla kobiet w okresie okołoporodowym (m.in. warsztaty z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt, konsultacje z psychologiem i dietetykiem) nie są realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, ani świadczeń realizowanych w ramach AOS.

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 została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników „liczba osób zakwalifikowanych do programu”, „liczba osób, które ukończyły pełen cykl kursu szkoły rodzenia”, „liczba osób uczestniczących w kursie szkoły rodzenia z frekwencją na poziomie co najmniej 75%”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania zostały prawidłowo sformułowane. Należałoby je uzupełnić o „liczbę osób, które zgłosiły się do udziału w programie”.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz indywidualnych uwag uczestników PPZ. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

W ocenie efektywności programu zostaną wykorzystane zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności. Warto wskazać, że zaplanowane w projekcie mierniki efektywności zostały sformułowane w sposób prawidłowy. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało podkreślone również w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie oraz monitorowanie i ewaluację. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, koszty pośrednie i bezpośrednie oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. Odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji oraz akcji informacyjno-promocyjnej.

Koszt całkowity PPZ oszacowano na 266 400 zł (88 800 zł – 2026 r. oraz 177 600 zł – 2027 r.).

Program ma zostać sfinansowany ze środków Powiatu Wrocławskiego. Podkreślono również, że powiat w latach 2026-2027 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie z innych ewentualnych źródeł.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Edukacja przedporodowa obejmuje praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej, ale również osób bliskich do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa. Jest to również kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, 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

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2023 poz. 1324), od 1 stycznia 2019 r. wszedł w życie nowy standard organizacyjny, który w kompleksowy sposób obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

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 została wprowadzona koordynowana opieka nad kobietą w ciąży. 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, pościem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem. Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę pością, 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”. Zarządzenie to wprowadziło koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III). Celem programu KOC II/III jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na II lub III poziomie opieki perinatalnej, przy czym II poziom – zapewnia opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, a III poziom – nad najcięższą patologią ciąży.

Ocena technologii medycznych

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdyż tylko takie postępowanie, niezależnie od ryzyka szacowanego przed rozpoczęciem porodu, w sposób zasadniczy zwiększa szansę na uniknięcie wielu niebezpiecznych powikłań zarówno u matki, jak i u płodu oraz szybkie podjęcie interwencji w razie ich wystąpienia (PTG 2009).
- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca w miarę możliwości organizacyjnych wprowadzanie trójstopniowej opieki prenatalnej i prowadzenie porodów zależnie od zaawansowania ciąży i przewidywanych komplikacji na odpowiednim poziomie opieki (PTG 2009).
- Zalecana jest, czyli opieka zorganizowana i zapewniana wszystkim kobietom w sposób zapewniający im godność, prywatność i poufność, zapewniająca wolność od krzywdy i złego traktowania oraz umożliwiającą świadomy wybór i ciągłe wsparcie podczas porodu i pościu (WHO 2018, SoQ 2018).
- 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 jasnych wyjaśnień, a kobiety w ciąży powinny mieć możliwość omówienia problemów i zadawania pytań (HSE 2020, NICE 2019, NHMRC 2019, SoQ 2018).
- Kobiety w ciąży powinny mieć możliwość uczestniczenia w zajęciach rodzenia typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach), w tym w warsztatach karmienia piersią (HSE 2020, NICE 2019, NHMRC 2019).
- 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).
- 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).

- Opiekę przedporodową powinna sprawować niewielka grupa pracowników służby zdrowia, z którymi kobieta czuje się komfortowo. Opieka powinna być kontynuowana przez cały okres ciąży (NICE 2019).
- Modele ciągłości opieki prowadzone przez położną, w których znana położna lub niewielka grupa znanych położnych wspiera kobietę w okresie przedporodowym, śródporodowym i poporodowym, są zalecane kobietom w ciąży w placówkach z dobrze funkcjonującymi programami położniczymi (WHO 2016).
- Programy edukacji przedporodowej powinny zapewniać uczestnikom możliwość rozwijania sieci społecznościowych i wsparcia, a zatem poświęcony czas na spotkania towarzyskie w ramach programu powinien być priorytetem (SoQ 2018).
- Ustalenie harmonogramu wizyt przedporodowych w oparciu o indywidualne potrzeby kobiety. W przypadku pierwszej ciąży kobiety bez powikłań, harmonogram 10 wizyt powinien być wystarczający. W przypadku kolejnych ciąż niepowikłanych odpowiedni harmonogram 7 wizyt powinien być wystarczający (NICE 2019, NHMRC 2019).
- Kobiety w ciąży powinny być poinformowane, że rozpoczęcie lub kontynuowanie umiarkowanych ćwiczeń w czasie ciąży nie wiąże się z negatywnymi skutkami (NICE 2019, NHMRC 2019, WHO 2016).
- Kobiety w ciąży powinny być informowane o potencjalnych zagrożeniach związanych z niektórymi czynnościami w czasie ciąży, np. sportami kontaktowymi, sportami o dużej intensywności i energicznymi sportami rakietowymi, które mogą wiązać się z ryzykiem urazu brzucha, upadkiem lub nadmiernym obciążeniem stawów, a także nurkowanie co może skutkować wadami wrodzonymi płodu i chorobą dekompresyjną płodu (NICE 2019, NHMRC 2019).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

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 grupowej opieki prenatalnej na wyniki okołoporodowe w porównaniu z tradycyjną opieką prenatalną

- W przeglądzie systematycznym z metaanalizą (Carter 2016) wskazano, że uczestnictwo w grupowej opiece prenatalnej nie wiązało się z niższym odsetkiem porodów przedwczesnych (RR 0,87 [95% CI: (0,70;1,09)]), przyjęć na OIOM lub rozpoczynania karmienia piersią w ujęciu ogólnym ani według schematu badania.
- W przeglądzie systematycznym z metaanalizą (Catling 2015) nie odnotowano statystycznie istotnych różnic między kobietami, które otrzymały grupową opiekę przedporodową a kobietami, które otrzymały standardową indywidualną opiekę przedporodową w zakresie pierwszorzędných punktów końcowych „porodu przedwczesnego” (RR 0,75 [95% CI: (0,57;1,00)]; trzy badania; N = 1888; dowody umiarkowanej jakości).
- Przegląd systematyczny i metaanaliza (Ruiz-Mirazo 2012) wskazuje, że badania porównujące grupową opiekę prenatalną z indywidualną opieką prenatalną są w większości niskiej jakości i przeprowadzane w grupach wysokiego ryzyka, chociaż dwa badania z randomizacją oraz jedno wtórne, wykazały poprawę niektórych wyników, w tym odsetka porodów przedwczesnych u kobiet uczestniczących w grupowej opiece prenatalnej.

Zaznaczono, że aby określić możliwość uogólniania, potrzebne są lepszej jakości badania dotyczące grupowej opieki prenatalnej.

Wpływ interwencji edukacyjnych na wskaźniki związane z inicjacją i kontynuowaniem karmienia piersią

- Generalnie, wyniki przeprowadzonego przeglądu literatury wskazują, że edukacja w zakresie karmienia piersią wiąże się ze wzrostem liczby kobiet rozpoczynających i kontynuujących karmienie piersią (Patnode 2019 A, Cohen 2018, Balogun 2016 A).
- W przeglądzie systematycznym połączonym z metaanalizą (Balogun 2016 A) znaleziono niskiej jakości dowody wskazujące, że pracownicy służby zdrowia przeszkoleni w zakresie instruktażu karmienia piersią, w tym położne, pielęgniarki i lekarze, a także przeszkoleni wolontariusze, mogą zapewnić edukację, poradnictwo oraz wsparcie rówieśnicze w celu zwiększenia liczby kobiet rozpoczynających karmienie piersią. Uzyskane wyniki wskazują na poprawę w zakresie inicjacji karmienia piersią wśród kobiet, które otrzymały edukację oraz wsparcie ze strony pracowników służby zdrowia (RR 1,43 [95% CI (1,07-1,92)]) oraz dzięki interwencjom świadczonym przez doradców innych niż pracownicy służby zdrowia wraz z grupami wsparcia (RR 1,22 [95% CI (1,06-1,40)]). Nie stwierdzono natomiast istotnego statystycznie wpływu tej interwencji na liczbę kobiet praktykujących wczesną inicjację karmienia piersią (RR 1,70 [95% CI (0,98-2,95)]). Nie wykazano też poprawy w zakresie rozpoczęcia karmienia piersią wśród kobiet, u których doszło do wczesnego kontaktu z dzieckiem w porównaniu z kobietami, które otrzymały zwykłą opiekę (RR 1,08 [95% CI (0,97-1,20)]).
- W przeglądzie systematycznym i metaanalizie (Cohen 2018) wykazano, że edukacja w zakresie karmienia piersią wiązała się ze znamienym wzrostem prawdopodobieństwa rozpoczęcia karmienia piersią (RR 2,41 [95% CI (1,29-1,54)]), kontynuacji karmienia piersią (RR 1,37 [95% CI (1,14-1,65)]) w porównaniu z wynikami uzyskanymi u kobiet, które takiej edukacji nie otrzymały.
- W przeglądzie systematycznym i metaanalizie (Patnode 2019) wsparcie na poziomie indywidualnym połączone z interwencjami edukacyjnymi na poziomie systemu opieki zdrowotnej wiązało się statystycznie istotnie wyższym prawdopodobieństwem jakiegokolwiek karmienia piersią przez okres <3 miesięcy (RR 1,07 [95% CI (1,03-1,11)]), w okresie 3-6 miesięcy (RR 1,11 [95% CI (1,04-1,18)]), jak również wyższym prawdopodobieństwem wyłącznego karmienia piersią, bez względu na czas jego trwania. Nie odnaleziono natomiast dowodów wskazujących na istnienie związku między wsparciem indywidualnym/interwencjami systemowymi i inicjacją jakiegokolwiek karmienia piersią (RR 1,00 [95% CI (0,99-1,02)]). Nie stwierdzono istotnego wpływu wsparcia indywidualnego i systemowego na prawdopodobieństwo jakiegokolwiek karmienia piersią w 6 miesiącu, ale też nie wykluczono potencjalnych korzyści (RR 1,07 [95% CI (0,98-1,16)]). Wykazano natomiast znamieny, ale niezbyt silny pozytywny związek między wsparciem na poziomie indywidualnym/interwencjami systemowymi i wyłącznym karmieniem piersią w wieku 6 miesięcy (RR 1,16 [95% CI (1,02-1,32)]).

Wpływ interwencji edukacyjnych w zakresie karmienia piersią na wskaźniki stanu zdrowia matek i ich dzieci

- W przeglądzie systematycznym i metaanalizie (Patnode 2016) zidentyfikowano jedynie mieszane dowody dotyczące wpływu wsparcia na poziomie indywidualnym połączonego z interwencjami edukacyjnymi na poziomie systemu opieki zdrowotnej na choroby układu pokarmowego dzieci. Nie znaleziono dowodów wskazujących na korzyści polegające na redukcji ryzyka zapalenia ucha środkowego u dzieci czy też zmniejszenia liczby wizyt lekarskich z powodu chorób układu oddechowego. Nie zidentyfikowano żadnych badań, które dotyczyły wpływu interwencji polegających na wsparciu indywidualnym i systemowym w zakresie karmienia piersią na wyniki zdrowotne u matek, takie jak poporodowa utrata masy ciała i zachorowalność na raka piersi.

Podsumowanie opinii ekspertów

Wszyscy eksperci zgodnie stwierdzili, że PPZ powinien być skierowany do kobiet w ciąży oraz do ich mężów/partnerów życiowych i uważają za zasadne finansowanie programów polityki zdrowotnej z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia). Jednakże 2 ekspertów wskazało, że istnieją również argumenty przeciw dotyczące wzrostu odsetka cięć cesarskich oraz wskazali ryzyko zatrudnienia pseudomedyków w postaci doul, czy osób „doświadczonych” poprzez swoją własną historię położniczą zamiast merytorycznych profesjonalistów medycznych. Ekspertki kliniczni wskazywali również na aspekty jakie powinny zostać podjęte w ramach interwencji oraz potencjalny zakres tematyczny edukacji przedporodowej.

PREZES

Daniel Rutkowski

/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. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.46.2025 „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”; data ukończenia: luty 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 18/2026 z dnia 9 lutego 2026 roku o projekcie programu „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia” (pow. Wrocławski).