Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 80/2026 z dnia 19 listopada 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program Polityki Zdrowotnej w zakresie edukacji przedporodowej pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia na lata 2027-2028”

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie edukacji przedporodowej pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia na lata 2027-2028”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) dotyczy istotnej kwestii, jaką jest opieka okołoporodowa. Projekt zakłada realizację kursów w szkole rodzenia obejmujących edukację okołoporodową oraz zajęcia z zakresu aktywności fizycznej skierowanych do kobiet poniżej 31. tygodnia ciąży zamieszkujących na terenie powiatu wrocławskiego oraz ich partnerów/osób najbliższych. Warto zaznaczyć, że zaplanowane interwencje pozostają zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi oraz opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów.

Należy wskazać, że edukacja przedporodowa realizowana jest przez położną POZ w ramach świadczeń gwarantowanych, jednak poprzez zaproponowanie odpowiednich zapisów w ramach kryteriów wyłączenia z programu, ryzyko podwójnego finansowania świadczeń zostało zabezpieczone. Ponadto, zakres edukacji przedporodowej przedstawiony w projekcie jest zasadniczo zgodny z ramowym programem edukacji przedporodowej określonym w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej. Projekt obejmuje kluczowe obszary wskazane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2026 poz. 1140). Jednocześnie zakres interwencji został rozszerzony m.in. o edukację dietetyczną realizowaną przez dietetyka, fizjoterapię, zajęcia z psychologiem oraz naukę udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej dziecku. W związku z powyższym należy uznać, że proponowane działania nie tylko realizują wymagania wynikające ze standardu, lecz również zapewniają szersze przygotowanie uczestników do rodzicielstwa i opieki nad dzieckiem.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ z zakresu opieki okołoporodowej zaplanowany do realizacji przez Powiat Wrocławski na lata 2027-2028. Populację docelową opiniowanego projektu stanowią kobiety w ciąży poniżej 31. tygodnia zamieszkujące na terenie powiatu wrocławskiego oraz ich partnerzy/osoby najbliższe. W ramach programu zaplanowano realizację kursów w szkole rodzenia obejmujących edukację okołoporodową oraz zajęcia z zakresu aktywności fizycznej. Koszt całkowity programu został oszacowany na 410 640 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Powiatu Wrocławskiego oraz ewentualnych innych źródeł 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 opisie problemu zdrowotnego przedstawiono zagadnienie, jakim jest opieka okołoporodowa. Powołując się na rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wskazano, że „świadczenia opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem mają na celu przede wszystkim uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w tym m.in. stymulacji czynności skurczowej, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego czy też podania noworodkowi mleka modyfikowanego". Przedstawiono również wynikający z rozporządzenia ramowy program edukacji przedporodowej. Wskazano, że edukację przedporodową skutecznie prowadzą szkoły rodzenia. Opisano też m.in. rolę szkół rodzenia w odpowiedniej edukacji kobiet w ciąży i ich partnerów/bliskich oraz główne czynniki ryzyka możliwe do zidentyfikowania podczas ciąży, na które „pozytywny wpływ mogą wywrzeć działania z zakresu edukacji zdrowotnej" (m.in.: występowanie chorób u ciężarnej oraz ekspozycję na substancje psychoaktywne w trakcie ciąży). Podkreślono, że „edukacja przedporodowa powinna kłaść nacisk na promocję zachowań ograniczających ryzyko powikłań ciąży oraz wad rozwojowych u płodu i noworodka", a „ukierunkowane w ten sposób działania edukacyjne stanowią podstawę profilaktyki wczesnej oraz profilaktyki I stopnia i przyczyniają się do eliminacji lub ograniczania jednego lub kilku czynników ryzyka". Zaznaczono także, że edukacja przedporodowa może wpływać na skuteczne zapobieganie problemom okresu poporodowego (tj. zaburzenia laktacji oraz zaburzenia emocjonalne u matek) oraz pomóc w przygotowaniu przyszłych rodziców do odpowiedniej pielęgnacji dziecka.

Opiniowany projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W projekcie przedstawiono sytuację epidemiologiczną korespondującą z wybranym zakresem tematycznym. Przedstawiono dane ogólnopolskie, regionalne i lokalne.

Powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazano m.in., że w 2025 r. w powiecie wrocławskim urodziło się 1 613 noworodków, a wskaźnik urodzeń żywych wyniósł 8,35/1 000 ludności, co stanowiło wartość wyższą w porównaniu z województwem dolnośląskim (6,08/1 000) i ze wskaźnikiem dla kraju (6,37/1 000). Podano również, że w ww. okresie przyrost naturalny w skali kraju kształtował się na poziomie -4,48/1 000 ludności, w województwie dolnośląskim wyniósł -5,12/1 000 ludności, natomiast w powiecie wrocławskim był dodatni i wyniósł 1,65/1 000 ludności. Jednocześnie zaznaczono, że przyrost naturalny w powiecie od roku 2017 wykazuje tendencję malejącą. Odniesiono się również do danych mogących pośrednio wskazywać na sytuację zdrowotną matek i noworodków oraz jakość opieki okołoporodowej, tj. współczynnika urodzeń martwych oraz umieralności niemowląt. Wskazano, że w 2025 r. współczynnik urodzeń martwych wyniósł w Polsce 2,9/1 000 wszystkich porodów (żywych i martwych), natomiast w województwie dolnośląskim osiągnął wartość 3,9. Podkreślono, że możliwe do pozyskania w statystyce publicznej dane w tym zakresie odnoszą się wyłącznie do poziomu kraju i województw. Dalej wskazano, że „w roku 2025 w powiecie wrocławskim odnotowano 6 zgonów niemowląt – ze wskaźnikiem zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych na poziomie 3,7, zatem wyższym, w porównaniu z krajem (3,3) i województwem (3,1)". Zaznaczono, że „wskaźnik ten od roku 2021 wzrósł o ok. 55% - wynosił wówczas 2,4/1 000 urodzeń żywych".

Odniesiono się do Map potrzeb zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026, przedstawiając dane pochodzące z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), zgodnie z którymi w 2024 r. w powiecie wrocławskim odnotowano najwyższy w województwie dolnośląskim współczynnik dzietności ogólnej – 1,36, przy czym była to wartość znacznie wyższa, zarówno od wojewódzkiej (1,01), jak i krajowej (1,1).

Należy zaznaczyć, że w MPZ na lata 2027-2031 w części dot. wyzwań systemu opieki zdrowotnej i rekomendowanych kierunków działań na terenie województwa dolnośląskiego, w kontekście danych demograficznych wskazano m.in., że „zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa dolnośląskiego zmniejszy się o 2,9%, a do 2060 r. o 16,3% (w porównaniu do 2023 r.) (...)", natomiast „powiatami prognozowanego wzrostu liczby ludności są: powiat wrocławski (przewidywany wzrost liczby ludności to 22% w 2035 r., a 48,1% w 2060 r.) oraz powiat średzki (wzrost o 7,3% do 2060 r.) (...)". W ramach diagnozy wskazano również, że „w 2023 r. współczynnik płodności dla województwa dolnośląskiego wyniósł 29 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 12 miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 11 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,06, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to druga najniższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać na rzecz zaopatrzenia zdrowotnego osób starszych". Jako wyzwanie systemu opieki zdrowotnej w kontekście ww. diagnozy wskazano „dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie ginekologiczno-położniczym i neonatologii", natomiast w ramach rekomendowanych kierunków działań: „uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej", a także „promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa dolnośląskiego".

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie opieki okołoporodowej u co najmniej 70% kobiet w ciąży uczestniczących w zajęciach powiatowej szkoły rodzenia".

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Przedstawiony cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. Zaplanowano również przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie budzi zastrzeżeń. 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, co uwzględniono w projekcie wskazując na „min. 80% poprawnych odpowiedzi".

W treści projektu wskazano również 2 cele szczegółowe:

(1) „uzyskanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu umiejętności praktycznych w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem u co najmniej 70% kobiet w ciąży uczestniczących w zajęciach powiatowej szkoły rodzenia",

(2) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie opieki okołoporodowej u co najmniej 70% partnerów/osób najbliższych uczestniczących wraz z kobietą w ciąży 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, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Przedstawione cele szczegółowe zostały sformułowane prawidłowo. Cel szczegółowy nr 1 wydaje się możliwy do osiągnięcia poprzez realizację zaplanowanych w programie zajęć praktycznych. Zaplanowano również pomiar umiejętności uczestniczek na podstawie „egzaminu umiejętności praktycznych", co jest działaniem zasadnym. W projekcie zaznaczono, że realizator będzie zobowiązany do opracowania egzaminu umiejętności praktycznych z zakresu opieki nad noworodkiem/niemowlęciem oraz przeprowadzenia go wśród uczestników po ostatnich zajęciach praktycznych. Wskazano również, że egzamin powinien obejmować wykonanie co najmniej 5 umiejętności praktycznych. Ponadto, w treści projektu zdefiniowano czym jest „wysoki poziom umiejętności" wskazując na „min. 80% poprawnie zrealizowanych zadań". Cel szczegółowy nr 2 również wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanym udziałem partnerów/osób najbliższych w działaniach edukacyjnych w ramach PPZ. W ww. populacji przeprowadzony zostanie ten sam pre- i post-test wiedzy co w przypadku kobiet w ciąży. Podobnie jak w przypadku celu głównego, zdefiniowano „wysoki poziom wiedzy" jako „min. 80% poprawnych odpowiedzi".

W projekcie przedstawiono uzasadnienia dla wskazanych wartości docelowych w celu głównym i celach szczegółowych, które nie budzą zastrzeżeń.

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.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

(1) „odsetek kobiet w ciąży uczestniczących w programie, u których w post teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie opieki okołoporodowej, względem wszystkich kobiet w ciąży, które wypełniły pre-test",

(2) „odsetek kobiet w ciąży uczestniczących w programie, u których w egzaminie umiejętności praktycznych w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem realizowanym po zajęciach odnotowano wysoki poziom umiejętności (min. 80% poprawnie zrealizowanych zadań)",

(3) „odsetek partnerów/osób najbliższych uczestniczących w programie, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie opieki okołoporodowej, względem wszystkich partnerów/osób najbliższych, którzy wypełnili pre-test".

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego.

Mierniki nr 2 i 3 odnoszą się odpowiednio do celów szczegółowych nr 1 i 2.

Należy wskazać, że ww. mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

<u>Populacja docelowa</u>

Populację docelową programu stanowić będą kobiety w ciąży poniżej 31. tygodnia zamieszkujące teren powiatu wrocławskiego, a także ich partnerzy/osoby najbliższe.

W projekcie przedstawiono szacunki w zakresie liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ. Wskazano, że w 2025 r. w powiecie wrocławskim urodziło się 1 613 noworodków. Przedstawione informacje są zbliżone do danych dostępnych na stronie GUS.

Dalej wskazano, że „przyrost naturalny w powiecie wrocławskim od roku 2017 wykazuje tendencję spadkową, co wraz z ogólnokrajowymi prognozami GUS wskazującymi na postępujący spadek przyrostu naturalnego w całym kraju wskazuje, że nie należy spodziewać się wzrostu liczby urodzeń w powiecie ponad ok. 1,6 tys. rocznie". Na podstawie powyższych informacji, liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ oszacowano na 1,6 tys. kobiet w ciąży.

W odniesieniu do liczebności populacji, która zostanie objęta działaniami w ramach programu wskazano, że biorąc pod uwagę możliwości finansowe Powiatu Wrocławskiego oraz możliwości kadrowe i infrastrukturalne potencjalnych realizatorów PPZ na terenie powiatu, możliwość uczestnictwa w kursach powiatowej szkoły rodzenia zaplanowano w całym okresie realizacji dla minimum 192 kobiet w ciąży (przy założeniu udziału co najmniej 8 kobiet w ciąży w każdym z 24 zaplanowanych kursów). Dodatkowo wskazano, że udział w kursach będą mogły wziąć maksymalnie 2 bliskie osoby każdej z uczestniczących w PPZ kobiet.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu. Warto podkreślić, że zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez kryterium wyłączenia z udziału w programie dotyczące uczestnictwa w okresie obecnej ciąży w zajęciach szkoły rodzenia, finansowanych ze środków publicznych (w tym np. NFZ czy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego).

W projekcie nie przedstawiono jednoznacznego uzasadnienia dla przyjęcia górnej granicy 31. tygodnia ciąży. Kryterium to nie wynika bezpośrednio z obowiązującego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, choć standard nie wyklucza też możliwości zastosowania takiego rozwiązania. Standard wskazuje, że edukacja przedporodowa powinna być realizowana przez cały okres ciąży (bez wskazania granicznego tygodnia ciąży ograniczającego możliwość korzystania z tego rodzaju wsparcia). Przyjęcie kryterium kwalifikacji obejmującego kobiety poniżej 31. tygodnia ciąży może jednak wynikać z założonego w projekcie czasu trwania cyklu zajęć (6-8 następujących po sobie tygodni) oraz chęcią zapewnienia uczestniczkom możliwości ukończenia pełnego kursu przed porodem.

<u>Interwencja</u>

W ramach programu zaplanowano kursy w szkole rodzenia obejmujące: edukację okołoporodową oraz zajęcia z zakresu aktywności fizycznej.

Kursy w szkole rodzenia

Projekt zakłada realizację w sumie 24 cyklów kursu szkoły rodzenia w całym, 2-letnim okresie realizacji PPZ. Na każdy cykl składać ma się 37 godzin zajęć pogrupowanych w 5 bloków tematycznych:

- ciąża (obejmujący 6h zajęć, w tym: 2h zajęć z położną, 2h zajęć z dietetykiem, 1h zajęć z fizjoterapeutą i 1h zajęć z fizjoterapeutą uroginekologicznym),
- poród (obejmujący 8h zajęć, w tym: 7h zajęć z położną i 1h zajęć z lekarzem anestezjologiem),
- połóg (obejmujący 6h zajęć, w tym: 4h zajęć z położną i 2h zajęć z psychologiem),
- noworodek/niemowlę (obejmujący 11h zajęć, w tym: 3h zajęć z położną, 2h zajęć z lekarzem neonatologiem/pediatrą, 4h zajęć z ratownikiem medycznym, 2h zajęć z fizjoterapeutą) oraz
- aktywność fizyczna (obejmującym 6h zajęć).

Każdy cykl realizowany ma być w okresie 6-8 następujących po sobie tygodni, zgodnie z harmonogramem zaplanowanym przez realizatora i zaakceptowanym uprzednio przez Powiat Wrocławski. Zajęcia z bloku tematycznego dotyczącego aktywności fizycznej realizowane mają być z częstotliwością 1 raz w tygodniu, natomiast zajęcia z pozostałych bloków tematycznych – 1-2 razy w tygodniu. Zaznaczono, że zajęcia teoretyczne stanowić będą ok. 60% realizowanych godzin, natomiast zajęcia praktyczne – 40%. Wskazano również, że zajęcia

prowadzone będą z wykorzystaniem następujących metod: wykład konwersatoryjny, problemowy, dyskusja, pogadanka, techniki odgrywania ról, ćwiczenia umiejętności praktycznych, pokaz z instruktażem oraz warsztaty dydaktyczne. Rozpoczęcie kursu będzie możliwe w przypadku zebrania minimum 8 kobiet, natomiast optymalna liczba kobiet w ciąży uczestniczących w kursie powinna wynieść 10 (wraz z partnerami/osobami najbliższymi w kursie uczestniczyć będzie w sumie do 30 osób). Jednocześnie wskazano, że dopuszcza się możliwość uczestniczenia większej liczby kobiet wraz z partnerami/osobami najbliższymi przy zachowaniu „odpowiedniego standardu prowadzonych zajęć (nie więcej niż 15 kobiet w ciąży)".

W projekcie przedstawiono „ramowy program i scenariusz zajęć w powiatowej szkole rodzenia". Podkreślono, że jest on zgodny z „ramowym programem edukacji przedporodowej wynikającym ze standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, obowiązującego od 7 maja 2026 r." oraz że będzie prowadzony na zasadzie *participant-led*, a więc będzie elastyczny i w miarę możliwości organizacyjnych dostosowywany do potrzeb uczestników.

Należy podkreślić, że zakres edukacji przedporodowej przedstawiony w projekcie jest zasadniczo zgodny z ramowym programem edukacji przedporodowej określonym w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej. Projekt obejmuje kluczowe obszary wskazane w rozporządzeniu, dotyczące przebiegu ciąży, opieki prenatalnej, stylu życia kobiety ciężarnej, przygotowania do porodu, połogu i rodzicielstwa. Jednocześnie zakres interwencji został rozszerzony m.in. o edukację dietetyczną realizowaną przez dietetyka, fizjoterapię, zajęcia z psychologiem oraz naukę udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej dziecku. W związku z powyższym należy uznać, że proponowany w projekcie zakres nie tylko realizuje wymagania wynikające ze standardu, lecz również zapewnia szersze przygotowanie uczestników do rodzicielstwa i opieki nad dzieckiem.

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 przeprowadzona zostanie na podstawie następujących wskaźników:

(1) „liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie",

(2) „liczba osób zakwalifikowanych do programu",

(3) „liczba osób, które ukończyły pełen cykl kursu szkoły rodzenia",

(4) „liczba osób uczestniczących w kursie szkoły rodzenia z frekwencją na poziomie co najmniej 75%",

(5) „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji".

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

W zakresie oceny jakości świadczeń zaplanowano analizę wyników ankiety satysfakcji oraz ewentualnych pisemnych uwag zgłaszanych do realizatorów. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności, które zostały sformułowane prawidłowo. Warto również wskazać, że

ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie, opis sposobu informowania o możliwości przystąpienia do PPZ oraz opis sposobu zakończenia udziału w PPZ. Przedstawiono również szczegółowe informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W projekcie zaznaczono, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, koszt całkowity oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. Zabezpieczono również środki na realizację działań informacyjnych oraz przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji programu.

Należy rozważyć dostosowanie kosztów jednostkowych poszczególnych zajęć do stawek rynkowych.

Koszt całkowity programu oszacowano na 410 640 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Powiatu Wrocławskiego. W projekcie wskazano również na ewentualne skorzystanie z „innych" źródeł dofinansowania.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Edukacja przedporodowa to praktyczne i teoretyczne przygotowanie kobiety w ciąży oraz ojca dziecka mającego się urodzić lub innej osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w ciąży, podczas porodu i 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 i interwencji medycznych oraz na 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

Opiekę okołoporodową w Polsce reguluje m.in. standard organizacyjny opieki okołoporodowej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2026 poz. 1140). Przepisy nowego standardu, który obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w ciąży, kobietą rodzącą, kobietą w połogu oraz nad noworodkiem weszły w życie 7 maja 20226 r. Standard ten obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

Edukacja przedporodowa jest finansowana ze środków publicznych w ramach świadczeń gwarantowanych położnej POZ. Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 22/2025/DSOZ z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (tekst ujednolicony), wizyty

w edukacji przedporodowej kobiet w ciąży, przygotowującej kobiety do porodu i rodzicielstwa realizowane są z zachowaniem następujących zasad:

- podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), jest opracowany przez położną POZ i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne zagadnienia, o których mowa w standardzie opieki okołoporodowej (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej);
- wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną POZ, począwszy od momentu stwierdzenia ciąży do jej rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż: jeden raz w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od momentu stwierdzenia ciąży do 31. tygodnia ciąży oraz dwa razy w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 32. tygodnia ciąży do rozwiązania (z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, do 3 wizyt więcej).

W zarządzeniu wskazano jednocześnie, że świadczenia z zakresu edukacji przedporodowej (rozliczane na odrębnych zasadach), mające na celu praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, realizowane są od 21. tygodnia ciąży, w formie grupowej lub indywidualnej.

W Polsce finansowane jest również m.in. świadczenie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC). Obecnie dokładny zakres świadczenia KOC I określony jest w załączniku nr 14 do zarządzenia Nr 167/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Do objęcia opieką w ramach świadczenia kwalifikują się kobiety w ciąży, które wybrały formę opieki koordynowanej oraz podpisały informację KOC I. Celem świadczenia jest zapewnienie kobietom w ciąży, skoordynowanej opieki obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Edukacja przedporodowa

- 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, NHMRC 2019).
- Przekazując kobietom (i ich partnerom) informacje dotyczące opieki prenatalnej, należy stosować jasny i zrozumiały język oraz dostosowywać termin, zakres i sposób przekazywania informacji do potrzeb i preferencji kobiety oraz etapu ciąży. Informacje powinny wspierać proces wspólnego podejmowania decyzji przez kobietę i zespół sprawujący nad nią opiekę oraz powinny być:
  - przekazywane indywidualnie kobiecie lub parze;
  - uzupełniane dyskusjami grupowymi (dla samych kobiet lub kobiet wraz z partnerami);
  - uzupełniane materiałami pisemnymi w odpowiedniej formie, np. cyfrowej, drukowanej, w alfabecie Braille'a lub w formacie łatwym do czytania i zrozumienia;
  - dostępne na każdym etapie sprawowanej opieki;
  - zindywidualizowane i uwzględniające osobistą sytuację kobiety;
  - wspierające i pełne szacunku;
  - oparte na dowodach naukowych i spójne;

- tłumaczone na inne języki, jeśli jest to potrzebne (NICE 2021).

- Należy rozpoznawać poziom wiedzy i zrozumienia poszczególnych zagadnień przez kobietę (oraz jej partnera), aby dostosować zakres i sposób prowadzenia rozmowy do ich potrzeb. Należy również upewnić się, że kobieta (oraz jej partner) rozumieją przekazane informacje i wiedzą, jakie mają one znaczenie dla ich sytuacji. Powinno się regularnie stwarzać możliwość zadawania pytań oraz przeznaczać wystarczającą ilość czasu na omówienie wszelkich wątpliwości i obaw (NICE 2021).
- Kobietom będącym w pierwszej ciąży (oraz ich partnerom) należy zaoferować udział w zajęciach edukacji przedporodowej obejmujących m.in. następujące zagadnienia:
  - przygotowanie do porodu;
  - wzajemne wspieranie się w czasie ciąży i po narodzinach dziecka;
  - typowy przebieg porodu i najczęściej występujące zdarzenia związane z porodem;
  - opieka nad noworodkiem;
  - budowanie więzi rodziców z dzieckiem oraz znaczenie przywiązania emocjonalnego;
  - planowanie i organizacja żywienia niemowlęcia (NICE 2021).
- Należy rozważyć udział w zajęciach edukacji przedporodowej również w przypadku kobiet, które rodziły już wcześniej (oraz ich partnerów), jeśli mogą odnieść korzyści z uczestnictwa, np. gdy między ciążami upłynął długi okres lub gdy wcześniej nie uczestniczyli w takich zajęciach (NICE 2021).
- Należy zapewnić, aby zajęcia edukacji przedporodowej były przyjazne, łatwo dostępne oraz dostosowane do potrzeb lokalnej społeczności (NICE 2021).

Aktywność fizyczna w ciąży

- Aktywność fizyczna w ciąży wiąże się z korzyściami dla matki i rozwijającego się płodu. W przypadku braku przeciwskazań medycznych i położniczych aktywność fizyczna w ciąży nie niesie za sobą zagrożenia i powinna być wykonywana regularnie przez cały okres ciąży (PTGiP/PTMS 2025).
- Pewne modyfikacje rutynowych ćwiczeń mogą być konieczne z powodu zmian, jakie zachodzą w ciele kobiety ciężarnej oraz zapotrzebowania płodu (PTGiP/PTMS 2025).
- Konieczne jest motywowanie kobiet do kontynuowania lub wdrażania aktywności fizycznej w ciąży i po porodzie. To ważne zadanie stojące przed lekarzami, położnymi, trenerami, fizjoterapeutami (PTGiP/PTMS 2025).
- Rekomendowana jest współpraca z wykwalifikowanymi w zakresie ćwiczeń w ciąży i po porodzie instruktorami, trenerami, fizjoterapeutami w celu efektywnej realizacji specjalistycznych programów ćwiczeń (PTGiP/PTMS 2025).
- Kobiety aktywne fizycznie w ciąży, podobnie jak grupa nieaktywna, powinny podlegać rutynowym kontrolom ginekologiczno-położniczym zgodnie z przyjętymi standardami (PTGiP/PTMS 2025).
- Każda ciężarna powinna być już na pierwszej wizycie poinformowana o korzyściach wynikających z aktywności fizycznej w ciąży (PTGiP/PTMS 2025).
- Intensywność i rodzaj aktywności fizycznej powinny być zindywidualizowane (PTGiP/PTMS 2025).
- Przed omówieniem z pacjentką zakresu bezpiecznej aktywności fizycznej należy przeprowadzić ocenę ryzyka ciąży. Szczególną ostrożność należy zachować w stosunku do kobiet w ciążach wysokiego ryzyka, w tych przypadkach dobór rodzaju i intensywności aktywności fizycznej musi przebiegać pod nadzorem specjalistów (PTGiP/PTMS 2025).

- Głównym założeniem ukierunkowanych zajęć ruchowych dla kobiet w ciąży powinien być taki dobór ćwiczeń, aby były one nie tylko bezpieczne dla matki i płodu, ale także przynosiły kobietom jak najwięcej korzyści zdrowotnych (PTGiP/PTMS 2025).
- W zajęciach grupowych, aby móc odpowiedzieć na potrzeby wszystkich uczestniczek, należy zaproponować różne wersje ćwiczeń, uwzględniając trymestr ciąży i jej przebieg, poziom umiejętności i możliwości psychofizycznych kobiet (PTGiP/PTMS 2025).
- Ćwiczące należy informować zarówno o tym, jaka jest prawidłowa technika każdego ćwiczenia oraz jak ją modyfikować w przypadku pojawienia się dyskomfortu lub dolegliwości ciążowych (PTGiP/PTMS 2025).
- Wśród elementów zalecanej aktywności fizycznej u kobiet w ciąży, wytyczne polskie wskazują:
  - ćwiczenia wytrzymałościowe o umiarkowanej do wysokiej intensywności – tj. ćwiczenia, które aktywują duże grupy mięśniowe w rytmiczny i ciągły sposób np.: marsz, jazda na rowerze stacjonarnym, taniec, aerobik, ćwiczenia w wodzie (kobietom nieaktywnym lub bardzo mało aktywnym przed ciążą zaleca się rozpoczynanie ćwiczeń o niskiej intensywności, stopniowo zwiększając ich intensywność do umiarkowanej) (3-5 razy w tygodniu w zależności od poziomu aktywności przed ciążą);
  - ćwiczenia oporowe – różnorodne maszyny stacjonarne, ćwiczenia z obciążeniem lub bez niego albo ćwiczenia z wykorzystaniem masy własnego ciała są dobrze tolerowane podczas ciąży; zalecane jest wykonywanie ćwiczeń angażujących duże grupy mięśniowe (2–3 nienastępujące po sobie dni w tygodniu);
  - ćwiczenia rozciągające – seria czynnych lub biernych, statycznych lub dynamicznych ćwiczeń rozciągających dla każdego zespołu mięśniowo-ścięgnistego (co najmniej 2-3 do 7 dni w tygodniu);
  - ćwiczenia neuromotoryczne – rozwijające zdolności motoryczne (np. równowagę, zwinność, koordynację, chód), trening proprioceptywny i zajęcia wszechstronnie usprawniające (np. pilates, joga, tai chi) (20-30 do 60 minut dziennie; co najmniej 2-3 do 7 dni w tygodniu);
  - trening dna miednicy – kompleksowy trening mięśni dna miednicy powinien obejmować zarówno ćwiczenia świadomego skurczu, jak i świadomego rozluźnienia (1-7 dni w tygodniu) (PTGiP/PTMS 2025).
- Objawy wymagające zaprzestania aktywności fizycznej w ciąży obejmują:
  - ból w klatce piersiowej;
  - niewytłumaczalną duszność przed wysiłkiem;
  - zawroty lub ból głowy, uczucie omdlewania;
  - słabość mięśni;
  - ból łydki, także z jej obrzękiem i ewentualnym zaczerwienieniem;
  - nagły obrzęk kostek, rąk lub twarzy;
  - krwawienie bądź wypływ płynu owodniowego z dróg rodnych;
  - zmniejszenie odczuwanych ruchów płodu;
  - skurcze macicy, ból w okolicy lędźwiowej i miednicznej (objawy wskazujące na poród przedwczesny) (PTGiP/PTMS 2025).
- Kobiety w ciąży powinny być poinformowane, że rozpoczęcie lub kontynuowanie umiarkowanych ćwiczeń w czasie ciąży nie wiąże się z negatywnymi skutkami (PTGiP/PTMS 2025, 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 (PTGiP/PTMS 2025, NHMRC 2019).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- 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.
- 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 pierwszorzędowych punktów końcowych „porodu przedwczesnego" (RR=0,75 [95% CI: (0,57; 1,00)]).
- 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.
- 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).

Podsumowanie opinii ekspertów

Wszyscy zapytani o opinię eksperci wypowiedzieli się w charakterze przemawiającym za finansowaniem PPZ z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia). Eksperci zgodnie stwierdzili, że PPZ powinien być skierowany do kobiet w ciąży oraz do ich mężów/partnerów życiowych. KW w dziedzinie położnictwa i ginekologii (woj. lubelskie) wskazał również na personel medyczny świadczący usługi zdrowotne. Dwóch ekspertów (KW w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego – woj. mazowieckie, Prezes PTPiPN) 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 ciążom 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 (KW w dziedzinie położnictwa i ginekologii – woj. lubelskie).
- nabór do programu, udostępnienie programu edukacji, spotkania indywidualne spotkania grupowe: zajęcia teoretyczne, ćwiczenia, ewaluacja (KW w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego – woj. mazowieckie).
- 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 ciąż 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).

Eksperci 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 (KW w dziedzinie położnictwa i ginekologii – woj. lubelskie, KW w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego – woj. mazowieckie, KW w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego – woj. małopolskie, Prezes PTPiPN).

dr n. med. Przemysław Rzodkiewicz

Zastępca Prezesa wykonujący zadania Prezesa Agencji

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 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.451.67.2026 „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie edukacji przedporodowej pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia na lata 2027-2028"; data ukończenia: listopad 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 147/2026 z dnia 16 listopada 2026 roku o projekcie programu „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie edukacji przedporodowej pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia na lata 2027-2028".