



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 216/2012 z dnia 19 listopada 2012
o projekcie programu Urzędu Marszałkowskiego Województwa
Dolnośląskiego „FLC – Profilaktyka w ciąży”
w zakresie: prewencja chorób uzależnieniowych, profilaktyka
chorób internistycznych w ciąży, poprawa sposobu żywienia
ciężarnych

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o programie „FLC – Profilaktyka w ciąży” w zakresie:

- prewencja chorób uzależnieniowych (nikotynizm, alkoholizm, narkomania);
- profilaktyka chorób internistycznych w ciąży;
- poprawa sposobu żywienia ciężarnych.

Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

Uzasadnienie

Projektowany program ma zapewnić kompleksowe podejście do problemu, uzupełniając aktualnie dostępne, finansowane ze środków publicznych świadczenia medyczne adresowane do kobiet ciężarnych. Kompleksowe podejście ma wspierać skuteczność przeprowadzanych interwencji. Program będzie koncentrował się na działaniach ukierunkowanych na profilaktykę chorób płodu przez wczesne wykrycie chorób serca płodu, chorób matki, jak i działania mające na celu ochronę płodu przed uszkodzeniem przez czynniki szkodliwe. Program zakłada poddanie jednocześnie badaniom populację kobiet po 20 tyg. ciąży przez lekarza specjalistę w zakresie echokardiografii płodowej - kardiologa dziecięcego, lekarza internistę i stomatologa.

Dodatkowo w trakcie badania internistycznego pacjentka będzie motywowana do prowadzenia zdrowego stylu życia, zostanie poruszona problematyka zdrowego odżywiania, będą przekazywane informacje dotyczące świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

Program odnosi się do kilku ważnych problemów zdrowotnych, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015;

W projekcie oszacowano koszt jednostkowy na osobę oraz przedstawiono budżet całkowity na wszystkie lata realizacji programu nadrzędnego „FLC – Profilaktyka w ciąży”, bez podziału na poszczególne programy.

W projekcie Programu opisano system monitorowania oczekiwanych efektów. Za wskazaniem Rady uważam, że w ramach programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego nie powinny być finansowane świadczenia finansowane przez NFZ.



Przedmiot opinii

Przedmiotem niniejszej opinii jest część projektu programu zdrowotnego „FLC – Profilaktyka w ciąży”, którego celem głównym jest zmniejszenie umieralności i poprawa stanu zdrowia noworodków, zmniejszenie umieralności i poprawa stanu zdrowia ciężarnych, zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

W ramach programu będą prowadzone m. in. badania profilaktyczne badania internistyczne ze szczególnym uwzględnieniem poszukiwania chorób istotnych w ciąży (szczególnie: nadciśnienie, cukrzyca, wady serca, zaburzenia odżywiania). W trakcie wizyty będzie także prowadzone omówienie wyników testów prowadzonych wcześniej przez pielęgniarkę (wywiad środowiskowy, test uzależnienia od nikotyny, test motywacji do zaprzestania palenia tytoniu, test uzależnienia od alkoholu – TWEAK, oraz pomiar narażenia na tlenek węgla, EKG, ciśnienia tętniczego, poziomu glukozy we krwi, wzrostu i wagi. Dodatkowo w trakcie badania internistycznego pacjentka będzie motywowana do prowadzenia zdrowego stylu życia, zostanie poruszona problematyka zdrowego odżywiania, będą przekazywane informacje dotyczące świadczeń finansowanych przez NFZ oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania. Na realizację całego programu „FLC-profilaktyka w ciąży” przeznaczono 15 657 000 zł. Program będzie realizowany w latach 2012-2015.

Problem zdrowotny

Cukrzyca ciężarnych, to każdy stan hiperglikemiczny pojawiający się w przebiegu ciąży u zdrowych dotąd kobiet. Stanowi ona zagrożenie dla płodu, a ponadto u 30-45% kobiet, u których stwierdzano cukrzycę ciężarnych, w ciąży najbliższych 15 lat rozwija się cukrzyca typu 2.

Z przeglądu systematycznego (Hackshaw, 2011) wynika, że palenie tytoniu w ciąży jest związane z różnymi problemami zdrowotnymi noworodków. Zaobserwowano istotnie statystyczne związki palenia tytoniu z następującymi schorzeniami: wady serca i sercowo-naczyniowe, zaburzenia kostno-szkieletowe, skrócenie długości kończyn, brakujące/dodatkowe palce, stopa koślawo-szpotaowa, kraniosynostoza, deformacje twarzy, wady wzroku, rozszczep wargi i podniebienia, wady układu jelitowo-żołądkowego, wytrzewienie, atrezja odbytu, przepuklina, niezstąpienie jąder.

Kwestia picia alkoholu w czasie ciąży została uwzględniona w ostatnich badaniach ogólnopolskich nt. spożycia alkoholu, zleconych przez *Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych* (PARPA), a zrealizowanych przez PBS w 2005 r. Według wyników tych badań 17% kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży, potwierdza picie alkoholu w tym okresie. Odsetek ten rośnie do ponad 30% wśród kobiet, które są nadal w wieku prokreacyjnym (18–40 lat). Częstotliwość picia jest względnie niska. Tylko 0,4% kobiet w ciąży piła codziennie, a 0,8% kilka razy w miesiącu.

Alternatywne świadczenia

Opieka zdrowotna nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami, w tym w szczególności przygotowanie kobiety do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa, jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (poz) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (aos) finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Standardy opieki okołoporodowej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem stanowią

m. in. takie badania, jak: badanie ogólne przedmiotowe i podmiotowe, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, określenie wzrostu i masy ciała, propagowanie zdrowego stylu życia, ocena ryzyka ciążowego, badanie stężenia glukozy we krwi na czczo.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

- **Wnioski z oceny problemu zdrowotnego**

Efektywność i rekomendacje kliniczne dotyczące szkół rodzenia oraz opieki nad kobietą ciężarną i w połogu

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w wytycznych eksperckich definiuje zadanie szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny. W czasie zajęć teoretycznych ciężarna wraz z ojcem dziecka powinna poznać mechanizm porodu, zasady opieki poporodowej, zaznajomić się z okresem karmienia, antykoncepcją po porodzie oraz, w czasie zajęć praktycznych - stosować gimnastykę ogólnousprawniającą, poznać pozycje relaksacyjne, sposoby oddychania w różnych okresach porodu, zasady parcia i poznać zasady pielęgnacji noworodka; ponadto powinna mieć możliwość zaznajomienia się z salą porodową, w której będzie odbywał się poród. W myśl cytowanych rekomendacji „lekarz kwalifikujący ciężarną do szkoły rodzenia powinien wziąć pod uwagę względne i bezwzględne przeciwwskazania do ćwiczeń w okresie ciąży” – co wskazywałoby na zasadność poddania kobiet zgłaszających chęć udziału w szkole rodzenia wstępnej kwalifikacji przez specjalistę.

W najbardziej aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008 r.) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zaleca, aby zakres informacji przekazywanych w ramach opieki przedporodowej obejmował informację o szkołach rodzenia z programem typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach). Autorzy wytycznych NICE stwierdzili na podstawie wyników przeglądu systematycznego, że wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wśród kobiet i ich partnerów wzrasta po uczestnictwie w szkole rodzenia oraz, że chęć otrzymania tego typu informacji silnie motywuje do uczestnictwa w szkole rodzenia. Jest niewiele dowodów, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpływa na jakiegokolwiek parametry porodu (takie, jak droga porodu, czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane, pochodzące z badań jakościowych, wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczeń porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu participant-led w porównaniu z udziałem w typowej szkole rodzenia. Poprawnie przeprowadzone badania jakościowe wskazują na ogólnie pozytywny odbiór szkół rodzenia przez kobiety. Większość kobiet wyraża zadowolenie z zajęć prowadzonych w ramach szkół rodzenia, w kwestiach odnoszących się do ciąży i porodu; jednocześnie istnieje wyraźne zapotrzebowanie na więcej informacji dotyczących zagadnień związanych z okresem po porodzie, w tym z ogólnie rozumianą opieką nad niemowlęciem.

Cytowane rekomendacje i wnioski opierają się w większości na badaniach naukowych o niskiej jakości (lub takich, których jakość nie jest możliwa do weryfikacji z powodu nieprecyzyjnego raportowania), prowadzonych w próbach o małej liczebności – podobnie, jak wyniki przeglądu systematycznego Cochrane Review, którego autorzy konkludują, że wyniki ogólnych programów edukacji przedporodowej pozostają nieznane. Dodatkowym problemem w interpretacji wyników badań, poza ich niską jakością metodologiczną, jest heterogeniczność ocenianych interwencji, jak również możliwy zakłócający wpływ kontekstu społeczno-kulturowego, w jakim przeprowadzono badanie (np. nie jest jasne, w jakim

stopniu można odnosić wyniki szkoły rodzenia obserwowane np. w Iranie do możliwych wyników w populacji kobiet w Polsce).

Odnaleziono również wytyczne dotyczące higieny jamy ustnej u kobiet ciężarnych oraz rzucania palenia. Wytyczne dotyczące palenia tytoniu w ciąży nie odnoszą się do edukacji w szkole rodzenia. Mimo to podkreśla się w nich szkodliwość palenia tytoniu w ciąży i wagę zaprzestania palenia. Dodatkowo podkreślona jest rola położnej w zidentyfikowaniu istnienia problemu palenia tytoniu przez kobietę ciężarną. W wytycznych klinicznych dotyczących problematyki higieny jamy ustnej u kobiet ciężarnych oraz nowonarodzonego dziecka podkreśla się wpływ stanu zdrowia jamy ustnej kobiety ciężarnej na przebieg ciąży i rozwój płodu. Choć nie odnoszą się one do szkół rodzenia, zawierają one wskazówki dla pracowników ochrony zdrowia, dotyczące m. in. tego jakie informacje przekazywać kobiecie ciężarnej. Ponadto podkreśla się, że położne są osobami, które powinny przekazywać wiedzę dotyczącą dbania o higienę jamy ustnej w ciąży.

Podsumowanie rekomendacji klinicznych dotyczących opieki nad kobietą ciężarną

Diagnostyka w kierunku cukrzycy ciężarnych:

- Diagnostyka ciężarnych w kierunku cukrzycy ciążowej powinna być wykonywana przez wszystkich lekarzy położników w warunkach ambulatoryjnych. Tylko w nielicznych, wybranych przypadkach celowa jest hospitalizacja.

Depresja poporodowa:

- kobiety przed lub w trakcie 36 tygodnia ciąży powinny być informowane m. in. o zjawisku „baby blues” i depresji poporodowej;
- z wszystkimi kobietami ciężarnymi powinno się przeprowadzać wywiad w kierunku wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego;
- kobiety po urodzeniu powinny wypełniać EPDS w ramach skryningu depresji poporodowej.

W wyniku niesystematycznego przeglądu badań skuteczności szkół rodzenia funkcjonujących w Polsce nie odnaleziono żadnych badań z randomizacją, a kohorty porównywane w ramach odnalezionych badań obserwacyjnych różniły się pod względem poziomu prawdopodobnych czynników zakłócających w sposób uniemożliwiający wyprowadzenie miarodajnych wniosków (w żadnym z badań nie podjęto również prób korekty poziomu zmiennych zakłócających poprzez zastosowanie właściwych do tego celu metod analizy statystycznej). Kopczyński i wsp. (2008) zaobserwowali wprawdzie istotnie niższą częstość porodów przedwczesnych w grupie absolwentek szkoły rodzenia niż w grupie kontrolnej kobiet, które przed porodem nie korzystały z tego typu edukacji (3,1% vs 9,3%, co oznaczałoby ponad 60% redukcję ryzyka w wyniku uczestnictwa w szkole rodzenia), jednak metodyka tego badania nie umożliwia wyprowadzania wniosków dotyczących zależności przyczynowo-skutkowych.

Podsumowanie dowodów naukowych dotyczących opieki nad kobietą ciężarną oraz edukacji przedporodowej

Aktywność fizyczna czasie trwania ciąży:

- ze względu na niewystarczającą liczbę dowodów, nie można wnioskować o wpływie ćwiczeń fizycznych na występowanie stanu przedrzucawkowego;
- regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety, jednak dostępne dowody są niewystarczające, aby wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka;

- brakuje dostatecznej liczby dowodów, aby rekomendować lub odradzać kobietom w ciąży z cukrzycą uczestniczenia w programach ćwiczeń fizycznych, jednak wyższy poziom aktywności fizycznej przed i na początku trwania ciąży jest związany ze znacząco niższym ryzykiem rozwoju cukrzycy;
- istnieją dowody wskazujące na to, że ćwiczenia PFMT wykonywane przez kobiety spodziewające się pierwszego dziecka mogą zapobiegać nietrzymaniu moczu w późnym okresie ciąży oraz po porodzie.

Karmienie piersią oraz porady laktacyjne:

- poradnictwo okazało się skuteczniejszą metodą niż standardowa opieka mająca na celu zainicjowanie karmienia piersią. Jednak, ponieważ większość włączonych badań była słaba metodologicznie, a efekty edukacji dotyczącej karmienia piersią były stosunkowo niewielkie, nie można rekomendować, żadnej specyficznej metody edukacji dotyczącej karmienia piersią;
- nie odnaleziono wystarczających dowodów, aby wykazać efektywność jakiegokolwiek interwencji (włączając w to edukację dotyczącą karmienia piersią, leczenie farmakologiczne oraz alternatywne terapie) w zapobieganiu zapaleniu sutków w okresie karmienia piersią;
- wszystkim kobietom powinno się oferować wsparcie w zakresie karmienia piersią ich dzieci w celu wydłużenia czasu trwania karmienia piersią;
- wsparcie może być oferowane zarówno przez specjalistów, jak i przez wolontariuszy;
- wsparcie powinno być udzielane zgodnie z potrzebami oddziału, jak i potrzebami populacji docelowej.

Edukacja dotycząca antykoncepcji w okresie połogu i karmienia piersią:

- edukacja, dotycząca stosowania antykoncepcji w okresie połogu, prowadzi do częstszego stosowania metod antykoncepcyjnych i mniejszej ilości nieplanowanych ciąż. Efektywne są zarówno krótkoterminowe interwencje, jak i te obejmujące kilka spotkań.

Zapobieganie negatywnym skutkom psychologicznym ciąży:

- interwencje typu „umysł-ciało” (np. joga) mogą pozytywnie wpływać na redukcję lęku w ciąży;
- prowadzenie treningu relaksacyjnego przez pielęgniarki dla kobiet ciężarnych z grup niskiego ryzyka z wysokim poziomem lęku i niepokoju, może zmniejszyć liczbę niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich;
- żadne z odnalezionych badań nie dostarczyło wystarczających dowodów, aby rekomendować rutynową ocenę psychologiczną w ciąży, jako interwencję, która wpływa na poprawę zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym;
- interwencje psychospołeczne nie redukują liczby kobiet, u których występuje depresja poporodowa, mimo to, obiecujące są interwencje polegające na udzielaniu po porodzie intensywnego wsparcia przez wykwalifikowane osoby.
- brakuje dowodów przemawiających za tym, że przekazywanie dużej liczby lub małej liczby informacji w trakcie wykonywania badania USG wpływa na redukcję niepokoju kobiety ciężarnej lub na poprawę jej zachowań zdrowotnych.

Redukcja stosowania używek w trakcie trwania ciąży:

- wnioski z ograniczonej liczby dowodów sugerują że psychologiczne i edukacyjne interwencje mogą skutkować zwiększeniem liczby kobiet ciężarnych, które nie piją alkoholu, a także zredukowaniem ilości spożywanego alkoholu.
- interwencje dotyczące zaprzestania palenia przez kobiety w ciąży redukują liczbę kobiet, które kontynuują palenie tytoniu w późniejszym okresie ciąży, a także redukują liczbę dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczbę przedwczesnych porodów. Interwencje dotyczące zachęcania kobiet ciężarnych do zaprzestania palenia, powinny być stosowane na każdym oddziale położniczym.

Inne aspekty oceny programów

Grochans i wsp., powołując się na standardy opracowane przez Instytut Matki i Dziecka, zastosowali w ocenie zakresu merytorycznego treści programowych szkół rodzenia następującą listę tematów, jakie powinna objąć edukacja w tej postaci; są to:

- przebieg ciąży;
- przygotowanie do porodu, w tym przebieg porodu fizjologicznego;
- przebieg porodu zabiegowego;
- metody zmniejszania bólu porodowego;
- pielęgnowanie noworodka;
- masaż noworodka;
- problemy zdrowotne w okresie noworodkowym;
- przebieg połogu i problemy w okresie połogu;
- karmienie naturalne i trudności związane z karmieniem;
- antykoncepcja w okresie laktacji i powrót płodności po porodzie;
- problemy psychologiczne występujące w ciąży i połogu;
- gimnastyka w ciąży, połogu i fizyczne przygotowanie do porodu.

Fundacja Rodzić po Ludzku, odnosząc się do programów jednostek samorządu terytorialnego dotyczących opieki nad matką i dzieckiem, podkreśla, że najbardziej wiarygodna jest ewaluacja oparta na informacjach nie tylko pochodzących od realizatorów świadczeń, ale także na ocenie beneficjentów oraz instytucji niezależnych. Jako pozytywne przykłady dobrej praktyki w ewaluacji programów, Fundacja przytacza przyjęcie, jako zasady wykorzystania opinii instytucji niezależnych od oferenta i wykonawcy lub monitoring realizacji programów profilaktycznych w oparciu o dane epidemiologiczne (zachorowalność) oraz dane ilościowe odnoszące się do liczby zawartych umów z realizatorami programów, liczby mieszkańców biorących udział w programach, liczby świadczeń zrealizowanych w ramach programów itp., jak również przeprowadzanie badań ankietowych wśród beneficjentów programu.

Ponadto z badań Fundacji dotyczących dostępności informacji o działaniach skierowanych do kobiet w okresie okołoporodowym (programach profilaktycznych) na stronach internetowych jednostek samorządu terytorialnego wynika, że na większości stron poszukiwanych informacji nie było, były niepełne lub przestarzałe. Zasadne wydaje się zatem podkreślenie wagi podjęcia przez organizatorów opiniowanych programów skutecznych akcji informacyjnych lub przynajmniej dbałości o dostępność aktualnej informacji na temat prowadzonych programów zdrowotnych na stronach internetowych organizatora.

• **Wnioski z oceny programu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego**

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do kilku ważnych problemów zdrowotnych, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015;

II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – Na podstawie informacji zawartych w projekcie nie można stwierdzić, że działania w ramach programu będą łatwo dostępne dla beneficjentów;

III. Skuteczność działań – Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) oraz NICE: diagnostyka ciężarnych w kierunku cukrzycy ciążowej powinna być wykonywana przez wszystkich lekarzy położników w warunkach ambulatoryjnych. Tylko w nielicznych, wybranych przypadkach celowa jest hospitalizacja (PTG); wstępne oznaczenie stężenia glukozy we krwi powinno być wykonane na początku ciąży, podczas pierwszej wizyty u ginekologa w celu wykrycia bezobjawowej cukrzycy przedciążowej (PTG), ponadto powinno się ocenić następujące czynniki ryzyka: BMI powyżej 30 kg/m², urodzenie w poprzednich ciążach dziecka o masie 4,5 kg lub powyżej, cukrzyca ciężarnych w poprzedniej ciąży, rodzinna historia cukrzycy (NICE); pacjentki z grupy ryzyka należy diagnozować w kierunku cukrzycy ciążowej natychmiast po przeprowadzeniu pierwszej wizyty ginekologicznej w trakcie danej ciąży poprzez wykonanie testu diagnostycznego (PTG); Schemat wykrywania GDM może być dwustopniowy, obejmując test przesiewowy (obciążenie 50 g glukozy) i diagnostyczny (75 g test tolerancji glukozy 2 godz. OGTT) (PTG); Pomiar ciśnienia krwi u kobiet w ciąży powinien być rutynowo wykonywany podczas wizyt. Z opinii American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG, 2010) wynika, iż palenie tytoniu jest jedną z najważniejszych modyfikowalnych przyczyn związanych z zachorowalnością i śmiertelnością matek, płodów i noworodków. Zarówno fizyczne, jak i psychiczne uzależnienie od palenia tytoniu jest silne, mimo to odpowiednie interwencje ze strony ginekologów i położników mogą być krytycznym elementem wpływającym na zaprzestanie palenia tytoniu w trakcie ciąży. Krótkie poradnictwo związane z zastosowaniem materiałów edukacyjnych i skierowanie do rzucenia palenia jest skuteczną strategią. Metoda „5xA” jest oficjalną interwencją rozwiniętą w celu pomagania kobietom ciężarnym w rzuceniu palenia tytoniu. Z odnalezionych dowodów naukowych wynika, iż interwencje dotyczące zaprzestania palenia przez kobiety w ciąży redukują liczbę kobiet, które kontynuują palenie tytoniu w późniejszym okresie ciąży, a także redukują liczbę dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczbę przedwczesnych porodów. Interwencje dotyczące zachęcania kobiet ciężarnych do zaprzestania palenia, powinny być stosowane na każdym oddziale położniczym. Wnioski z ograniczonej liczby dowodów sugerują, że psychologiczne i edukacyjne interwencje mogą skutkować zwiększeniem liczby kobiet ciężarnych, które nie piją alkoholu, a także zredukowaniem ilości spożywanego alkoholu.

IV. W projekcie oszacowano koszt jednostkowy na osobę oraz przedstawiono budżet całkowity na wszystkie lata realizacji programu nadrzędnego „FLC – Profilaktyka w ciąży”, bez podziału na poszczególne programy.

V. W Programie opisano system monitorowania oczekiwanych efektów.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „*FLC – Profilaktyka w ciąży*” nr: AOTM-OT-441-118/2011, AOTM-OT-441-120/2011, AOTM-OT-441-121/2011, Warszawa, listopad 2012 i aneksu: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w położeniu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2012.