



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 200/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki  
zdrowotnej w zakresie opieki okołoporodowej dla powiatu  
chojnickiego - szkoła rodzenia”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki okołoporodowej dla powiatu chojnickiego - szkoła rodzenia” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej posiada dobrze zdefiniowany cel oraz pozostające z nim w spójności oczekiwane efekty. Doprecyzowania wymagają natomiast mierniki efektywności, gdyż powinny odnosić się do stopnia realizacji celów.

Populację programu stanowią zarówno kobiety ciężarne, jak i osoby im towarzyszące. W projekcie nie wskazano liczby potencjalnych uczestników programu. Informacja ta powinna zostać uzupełniona, gdyż jest pomocna w określeniu całkowitego budżetu.

Zaplanowane interwencje są zgodne z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i nie budzą wątpliwości. Zaplanowane działania będą stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

W projekcie powinno się zaplanować ocenę efektywności z wykorzystaniem wspomnianych odpowiednich mierników, gdyż dopiero ten etap pozwoli ocenić wpływ przeprowadzonych działań na jakość życia uczestniczek i uczestników programu.

Budżet przeznaczony na realizację programu powinien zawierać przedstawienie kosztów jednostkowych, tak aby możliwa była jego dokładna weryfikacja.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący przygotowania do porodu kobiety ciężarnej i jej osoby towarzyszącej. Roczny budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 36 600 zł, zaś okres realizacji programu to lata 2016-2018.

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 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



Przedstawiony program polityki zdrowotnej dotyczy ważnej kwestii, jaką jest przygotowywanie kobiety ciężarnej i jej towarzysza do porodu oraz opieki nad dzieckiem. Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 - cel strategiczny: poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem: poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3.

W projekcie opisano problem zdrowotny, nie wskazano jednak danych epidemiologicznych dotyczących urodzeń co warto uzupełnić.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest profesjonalne przygotowanie przyszłych rodziców do świadomego rodzicielstwa, poprawy stanu zdrowia ciężarnych i noworodków oraz zmniejszenie powikłań okołoporodowych poprzez zwiększenie ich wiedzy z zakresu ciąży, porodu, połogu, laktacji i sprawowania opieki nad noworodkiem. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych. Proszę zauważyć, że część celów szczegółowych (m.in. przekazanie wiedzy, udostępnienie informacji, stworzenie platformy wymiany informacji) stanowi działania możliwe do realizacji i powinny zostać przeformułowane, gdyż dopiero skutek zastosowania interwencji jest de facto zamierzeniem programu. Pozostałe cele szczegółowe stanowią uzupełnienie celu głównego.

Oczekiwane efekty wskazane w projekcie pozostają spójne z postawionymi celami.

Mierniki efektywności wskazane w projekcie nie wskazują konkretnych wskaźników, które mają zostać wykorzystane. W celu sprawdzenia stopnia zdobytej wiedzy i umiejętności warto przeprowadzić test z wiedzy dla uczestników przed i po programie. W późniejszym czasie natomiast warto byłoby przeprowadzić badanie u kobiet po porodzie na temat wykorzystania wiedzy z zajęć w trakcie porodu oraz w późniejszej opiece nad dzieckiem.

#### Populacja docelowa

Populację docelową w ocenianym projekcie stanowią kobiety ciężarne (po 28 tyg. ciąży) oraz osoby im towarzyszące. W projekcie programu nie wskazano potencjalnej liczby uczestników programu. Podkreśla się, że grupy zajęciowe będą liczyły ok. 15 ciężarnych wraz z współtwarzyszami, jednak nie wiadomo ile takich grup ostatecznie powstanie. Zaznacza się, że dotychczas w zajęciach szkoły rodzenia uczestniczyło ok. 300 osób rocznie. Informacja na temat liczby uczestników powinna zostać uzupełniona, gdyż jest niezbędna do zaplanowania całościowego budżetu.

W pierwszej kolejności program kierowany jest do pierworódek. Potencjalni uczestnicy projektu programu zostaną zakwalifikowani na podstawie skierowania od lekarza ginekologa, który potwierdzi brak przeciwwskazań do uczestnictwa w programie.

Zgodnie z aktualnymi danymi GUS, powiat chojnicki w 2014 r. zamieszkiwało 96 345 osób, z czego prawie 51% to płeć żeńska (48 795 osób). Kobiety w wieku reprodukcyjnym (tj. 15-44 lat wg WHO) stanowiły ok. 42% wszystkich mieszkanek powiatu (tj. 20 603 osoby). W populacji powiatu chojnickiego przyrost naturalny jest na poziomie dodatnim i od 2012 r. wykazuje stopniowy trend rosnący. Liczba urodzeń żywych na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego w 2014 r. wynosiła ok. 1080.

#### Interwencja

W ramach planowanych działań w programie przewidziano realizację zajęć edukacyjnych, zarówno praktycznych jak i teoretycznych. Pierwszą część każdego zajęcia stanowić będą 30 minutowe ćwiczenia fizyczne, zaś drugą zajęcia teoretyczne.

W projekcie przedstawiono zakres tematyczny prowadzonych zajęć, który pozostaje w zgodzie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego czy Instytutu Matki i Dziecka. Zaplanowane zajęcia edukacyjne realizowane są w dwumiesięcznych cyklach w godzinach popołudniowych. W projekcie przewidziano wdrożenie różnych form prowadzenia spotkań, jak np. wykłady, dyskusje, projekcje filmów, gimnastyka, nauka oddychania czy relaksacji.

Zajęcia mają być prowadzone przez wykwalifikowany personel, mający doświadczenie z zakresu położnictwa.

W projekcie podkreśla się, że zajęcia prowadzone w ramach szkoły rodzenia będą uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych.

Działania z zakresu szkół rodzenia są rekomendowane przez liczne towarzystwa naukowe. Jest niewiele dowodów, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpływa na 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 (tj. z programem elastycznym, uwzględniającym rozpoznanie potrzeb uczestniczek, np. co do zakresu przekazywanych informacji i sposobu prowadzenia zajęć) w porównaniu z udziałem w typowej szkole rodzenia.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do programu została zaplanowana w sposób poprawny. Dodatkowo warto określić liczbę kobiet, które nie zostały zakwalifikowane do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich.

W kwestii oceny jakości przeprowadzonych świadczeń i oceny efektywności w projekcie pojawia się informacja na temat planowanego przeprowadzenia ankiety. Nie wskazuje się jednak jakie dane będą dzięki niej gromadzone.

Ocena jakości świadczeń powinna odbyć się na podstawie analizy ankiety satysfakcji uczestnika.

Ocena efektywności nie została zaplanowana w sposób szczegółowy. Proszę mieć na uwadze, że jest ona istotna zarówno z punktu oceny wpływu na zdrowie populacji, ale również w kwestii planowania przyszłych programów polityki zdrowotnej. W omawianym programie może się ona opierać na teście z wiedzy przekazywanej w trakcie szkolenia przed i po przeprowadzeniu programu oraz na przeprowadzeniu wywiadów z kobietami, które urodziły i osobami towarzyszącymi uczestniczącymi w programie na temat przydatności i wykorzystania w praktyce zdobytych informacji w trakcie porodu oraz w późniejszej opiece nad dzieckiem.

#### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie wskazano także ogólne wymagania wobec realizatora, które są niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia interwencji.

W projekcie przedstawiono najważniejsze części składowe, etapy i działania organizacyjne. Przedstawiono kryteria kwalifikacji uczestników do programu. Nie wskazano sposób zakończenia udziału w programie. Warto zamieścić informację, że rezygnacja z programu jest możliwa na każdym jego etapie.

Całkowity budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 36 600 zł rocznie. W projekcie wskazano poszczególne składowe budżetu. Nie wskazano jednak kosztu jednostkowego przypadającego na uczestnika.

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

#### Problem zdrowotny

Istotny element opieki przedporodowej, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu, stanowi edukacja. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne definiuje zadanie szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny.

Aktualnie, jako główne cele, do jakich prowadzić ma poprawa poziomu opieki perinatalnej w Polsce, wymienia się obniżenie częstości występowania wcześniactwa i małej masy urodzeniowej dziecka.

Poza ogólnie rozumianym przygotowaniem do porodu i połogu podniesienie poziomu edukacji wpływa na poprawę stanu zdrowia ciężarnych i noworodków ukierunkowując edukację na eliminowanie jednego lub kilku czynników ryzyka.

Choroby przyzębia to infekcje bakteryjne, które są wykrywane nawet u 30% kobiet ciężarnych i które mogą prowadzić do uszkodzenia dziąseł i kości. Z rosnącej liczby dowodów naukowych wynika, że choroby przyzębia związane są z przedwczesnym porodem (poniżej 37 tygodnia ciąży) oraz z niską masą urodzeniową, co z kolei jest związane ze znaczącą śmiertelnością wśród noworodków oraz różnymi komplikacjami zdrowotnymi.

Cukrzyca ciążowa to nietolerancja węglowodanów stwierdzona po raz pierwszy w czasie ciąży i mija po porodzie. Cukrzyca ciążowa rozpoznawana jest zwykle między 24. a 28. tygodniem ciąży, gdy wykonuje się test z obciążeniem 75 gramami glukozy. Przyczyną cukrzycy ciążowej jest działanie hormonów ciążowych, które zbytnio obciążają komórki beta trzustki produkujące insulinę. Głównym objawem tej choroby jest nadmierne stężenie glukozy we krwi po posiłkach.

Ten rodzaj cukrzycy nie powoduje wad płodu ani poronienia, ale może sprawić, że dziecko urośnie zbyt duże. U kobiet, które miały cukrzycę ciążową w przyszłości, może się rozwinąć cukrzyca typu 2.

O depresji poporodowej mówi się, jeżeli objawy (obniżenie nastroju, znaczące zmniejszenie zainteresowań lub zadowolenia z życia codziennego, zaburzenia łaknienia, zaburzenia snu, spowolnienie psychomotoryczne, męczliwość, zmniejszenie energii życiowej, poczucie bezwartościowości lub bezpodstawne obwinianie się, obniżenie koncentracji lub zdolności do podejmowania decyzji, nawracające myśli o śmierci lub myśli samobójcze), utrzymują się przez większość dnia, przez 2 tyg. i jeżeli wystąpią one w ciągu 4 tyg. po porodzie.

Szacuje się, że depresja poporodowa dotyczy 13 proc. kobiet, co czyni ją najczęstszym powikłaniem poporodowym. Przyczyny choroby nie zostały jednoznacznie określone. Pomimo niepodważalnej roli hormonów w rozwoju depresji poporodowej, ważną rolę odgrywają też inne czynniki, takie jak stresujące wydarzenia życiowe, epizody depresji w przeszłości, wywiad rodzinny w kierunku występowania zaburzeń nastroju. Nie wykazano natomiast związku pomiędzy wystąpieniem depresji poporodowej a wykształceniem matki, płcią dziecka, typem porodu i zaplanowaniem ciąży.

Depresję poporodową należy różnicować z tzw. zespołem baby blues, który występuje u większości młodych matek.

#### Alternatywne świadczenia

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

Rozporządzenie 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem określa zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, które obejmują: badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe, badanie we wzierniku i zestawione, ocenę czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, ocenę ruchów płodu propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej, praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej, badanie położnicze, ocenę wymiarów miednicy, ocenę aktywności płodu, badanie gruczołów sutkowych, kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej, w przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkową konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Organizacja edukacji w szkołach rodzenia nie należy w Polsce do standardu opieki nad ciężarną.

#### Ocena technologii medycznej

W wyniku przeszukiwania międzynarodowych baz danych odnaleziono szereg wytycznych towarzystw naukowych oraz przeglądy systematyczne dotyczące poszczególnych zagadnień związanych z opieką nad kobietą ciężarną:

Rekomendacje dotyczące szkół rodzenia: *Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (2005): Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, brytyjskiego National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008): Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman, oraz francuskiego Haute Autorité de Santé (2005): Improving information provision for pregnant women.*

Ponadto odnaleziono krytyczny przegląd amerykańskich (USA) wytycznych opieki przedporodowej, opartych na dowodach naukowych wydanych w latach 2005-2009 przez: (1) *US Veterans Health Administration, Department of Veteran Affairs, Health Affairs, Department of Defence*; (2) *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*; (3) *American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists (AAP/ACOG)* oraz (4) *American Academy of Family Physicians (AAFP)* a także wytyczne *Institute for Clinical Systems Improvement (2009): Health Care Guideline. Routine Prenatal Care.*

Rekomendacje dotyczące zdrowia jamy ustnej u kobiet ciężarnych: *California Dental Association Foundation – CDA Foundation, 2010; Panel ekspertów mianowanych przez Departament Zdrowia stanu Nowy Jork – New York State Department of Health 2009; National Maternal and Child Oral Health Resource Center, 2008.*

Rekomendacje dotyczące profilaktyki cukrzycy ciężarnych: *Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011; NICE2010: Antenatal care.*

Rekomendacje dotyczące zaprzestania palenia tytoniu przez kobiety ciężarne: *Opinia American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG, 2010).*

Rekomendacje dotyczące depresji poporodowej: wytyczne *Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2002; National Institute for Health and Clinical Excellence NICE 2010* oraz *NCCMH 2007*

Zidentyfikowano także dowody naukowe dotyczące efektywności szkół rodzenia: *National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) – przegląd systematyczny przeprowadzony na potrzeby wytycznych CG62 (do 2007); Przegląd systematyczny CDSR nr CD002869: Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (2009; dane do maja 2007).*

NICE w najbardziej aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008 r.) wskazuje, że wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wzrasta po uczestnictwie w szkole rodzenia i 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).

Niewiele jest dowodów potwierdzających wpływ uczestnictwa w szkole rodzenia na jakiegokolwiek parametry porodu (takie jak droga porodu, czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane 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.

Wspomniane 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.

*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 niskiej jakości, a efekty edukacji dotyczącej karmienia piersią był stosunkowo niewielkie, dlatego 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. W celu wydłużenia czasu trwania karmienia piersią wszystkim kobietom powinno się oferować wsparcie w zakresie karmienia ich dzieci piersią.

#### *Aktywność fizyczna w czasie trwania ciąży*

Dostępne badania sugerują, że regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety. Na ich podstawie nie można jednak wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka wynikających z ich wykonywania. Brakuje dowodów, aby jednoznacznie 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 (Tobias D., Zhang C., van Dam R. Physical Activity Before and During Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2011, 34: 223-229). Wnioski z wyżej wymienionych przeglądów systematycznych wskazują na to, że ćwiczenia mięśni dna miednicy (PFMT, ang. *Pelvic Floor Muscle Training*) wykonywane przez kobiety spodziewające się pierwszego dziecka mogą zapobiegać nietrzymaniu moczu w późnym okresie ciąży oraz po porodzie. Ze względu na niewystarczającą liczbę dowodów, nie można wnioskować o wpływie ćwiczeń fizycznych na występowanie stanu przedrzucawkowego.

#### *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 psychicznym 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 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 psychiczną w ciąży, jako interwencję, która wpływa na poprawę zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym. Interwencje psychospołecznie nie redukują liczby kobiet, u których występuje depresja poporodowa. Obiecujące są interwencje polegające na udzielaniu intensywnego wsparcia po porodzie 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. Wpływa to na zmniejszenie liczby dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczby przedwczesnych porodów.

#### *Depresja poporodowa*

Kobiety przed upływem 36 tygodnia ciąży powinny być informowane m. in. o „baby blues” (nie będący chorobą krótkotrwały spadek samopoczucia, specyficzny stan emocjonalny, w jakim znajduje się młoda matka) i depresji poporodowej. Powinno się z nimi przeprowadzać wywiad w kierunku wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego. Kobiety po urodzeniu powinny

wypełnić EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - 10 pytań oceniających stan psychiczny młodej matki), w ramach screeningu depresji poporodowej.

Nie odnaleziono analiz ekonomicznych badających efektywność kosztów prowadzenia szkół rodzenia w ogólnej populacji ciężarnych (bez dodatkowych czynników ryzyka).

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 samorządów terytorialnych dotyczących opieki nad matką i dzieckiem podkreśla, że najbardziej wiarygodna jest ewaluacja wykorzystująca opinie instytucji niezależnych od oferenta i wykonawcy, czyli oparta na informacjach nie tylko pochodzących od realizatorów świadczeń, ale także na ocenie beneficjentów oraz instytucji niezależnych.

Fundacja, jako pozytywne przykłady dobrej praktyki w ewaluacji programów, wskazuje monitoring realizacji programów profilaktycznych w oparciu o dane epidemiologiczne (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.).

Ponadto z badań Fundacji dotyczących dostępności informacji o działaniach skierowanych do kobiet w okresie okołoporodowym wynika, że wskazane jest podjęcie przez organizatorów programów skutecznych akcji informacyjnych lub przynajmniej dbałości o dostępność aktualnej informacji na temat prowadzonych programów zdrowotnych na stronach internetowych organizatora.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: nr AOTMiT-OT-441-216/2015 „Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki okołoporodowej dla powiatu chojnickiego - szkoła rodzenia” realizowany przez: Powiat Chojnicki, Warszawa, listopad 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny”, listopad 2012 r.