



URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację w latach 2025-2027 programu polityki zdrowotnej pn. „Program kompleksowej zdalnej opieki dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży”

Załącznik do uchwały nr 1158/123/25
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 23 września 2025 r.

PROGRAM KOMPLEKSOWEJ ZDALNEJ OPIEKI DLA KOBIET W TRZECIM TRYMESTRZE CIĄŻY

Okres realizacji programu: lata 2025 – 2027 (24 miesiące)

Program powstał przy wsparciu Stowarzyszenia CEESTAHC,

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024.146 z późn. zm.)

Spis treści

INDEKS SKRÓTÓW	4
1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	5
1.1. Problem zdrowotny – opieka perinatalna	5
1.2. Epidemiologia – porody i śmiertelność okołoporodowa w województwie pomorskim	10
1.3. Obecne postępowanie	11
1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	13
2. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI	19
2.1. Cel główny	19
2.2. Cele szczegółowe	19
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	19
3. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	21
3.1. Populacja docelowa	21
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	22
3.3. Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej	23
3.4. Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	25
3.5. Tryb zapraszania	26
3.6. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	26
3.7. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	31
4. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	32
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	32
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	35
4.3. Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania	36
5. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	37
5.1. Monitorowanie	37
5.2. Ewaluacja	39
6. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	41
6.1. Koszty jednostkowe	41
6.2. Koszty całkowite	43

6.3. Źródła finansowania	43
BIBLIOGRAFIA	44
ZAŁĄCZNIK	46

Indeks skrótów

AI	Sztuczna Inteligencja (Artificial Intelligence)
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CADTH	Kanadyjska agencja HTA (<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i>)
ESC	Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (<i>European Society of Cardiology</i>)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
FGR	Ograniczenie wzrostu płodu (Fetal Growth Restriction)
FHR	Szybkość bicia serca płodu (Fetal Heart Rate)
HAS	Francuska agencja HTA (<i>Haute Autorité de Santé</i>)
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów
JST	Jednostka Samorządu Terytorialnego
KOC	Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży
KTG	Kardiotokografia
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	Agencja Oceny Technologii Medycznych w Anglii i Walii (<i>National Institute for Clinical Excellence</i>)
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organization for Economic Co-operation and Development)
OIPiP	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
PBAC	Australijska agencja HTA (<i>Pharmaceutical Benefits Advisory Committee</i>)
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
Program	Program polityki zdrowotnej z zakresu opieki nad kobietą ciężarną
PTGiP	Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników
SIGN	Szkocka Międzyuczelniana Sieć Wytucznych (<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>)
SMC	Szkocka agencja HTA (<i>Scottish Medicine Consortium</i>)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organization</i>)

1. Opis problemu zdrowotnego

1.1. Problem zdrowotny – opieka perinatalna

Narodziny dziecka to jedno z najważniejszych wydarzeń w życiu rodziny, niosące ze sobą głębokie emocje i nadzieje. To moment, w którym zapewnienie bezpieczeństwa matce i noworodkowi staje się priorytetem. Wymaga to odpowiednio zorganizowanej opieki medycznej, obejmującej zarówno przygotowanie do porodu, jak i wsparcie w jego trakcie oraz po narodzinach dziecka. Chociaż ciąża jest naturalnym procesem fizjologicznym, może prowadzić do powikłań zagrażających zdrowiu matki i dziecka. Ryzyko wzrasta, gdy przyszła matka zmagą się z przewlekłymi schorzeniami przed ciążą lub gdy organizm nie jest odpowiednio przygotowany do rozwoju płodu. Skuteczne monitorowanie stanu zdrowia matki i dziecka w czasie ciąży pozwala na szybkie wykrycie potencjalnych komplikacji i podjęcie niezbędnych interwencji, co minimalizuje ryzyko powikłań i zwiększa szanse na bezpieczny przebieg porodu.

Opieka perinatalna to wieloaspektowe podejście obejmujące działania medyczne: profilaktyczne oraz diagnostyczno-terapeutyczne na rzecz matki, płodu, a potem noworodka. Postęp w medycynie, rozwój technologii diagnostycznych oraz lepsza organizacja usług znacząco podniosły jakość tej opieki, w tym także w zakresie monitorowania powikłań w czasie ciąży. Częste wizyty przedporodowe obciążają zarówno system ochrony zdrowia, jak i przyszłe matki.

1.1.1 Opieka perinatalna

Opieka perinatalna jest wieloaspektowym procesem obejmującym wsparcie medyczne, psychologiczne i edukacyjne dla kobiet w okresie ciąży, porodu oraz połogu, a także dla ich dzieci (także płodu). Jej celem jest zapewnienie bezpieczeństwa matce i dziecku oraz stworzenie optymalnych warunków dla zdrowego przebiegu ciąży i porodu. Składa się z wielu elementów, które rozpoczynają się od etapu przedkoncepcyjnego i trwają do zakończenia połogu.

Na etapie przedkoncepcyjnym opieka koncentruje się na poradnictwie zdrowotnym, obejmującym ocenę stanu zdrowia kobiety, przeszłości medycznej i rodzinnej, a także edukację na temat zdrowego stylu życia, odpowiedniego odżywiania, suplementacji (np. kwasu foliowego) oraz eliminacji czynników ryzyka, takich jak używki czy niekontrolowane choroby przewlekłe. Zalecane są badania przesiewowe,

takie jak morfologia krwi, badania moczu, testy na obecność chorób zakaźnych, a także szczepienia przeciwko chorobom mogącym stanowić zagrożenie dla matki i dziecka.

Podczas ciąży kluczowe znaczenie mają regularne wizyty kontrolne, w trakcie których monitorowany jest stan zdrowia matki i rozwój płodu. Badania diagnostyczne, takie jak ultrasonografia, pozwalają na ocenę wieku ciążowego, anatomii płodu oraz przepływów krwi w naczyniach pępowinowych i macicznych. Badania laboratoryjne, w tym np. badanie poziomu cukru we krwi czy inne badania diagnostyczne są podstawą monitorowania zdrowia matki i płodu. W przypadku ciąży wysokiego ryzyka wykonywane są dodatkowe badania, takie jak kardiotorakografia (KTG) czy ocena dobrostanu płodu w oparciu o profil biofizyczny. Opieka prenatalna obejmuje również zarządzanie dolegliwościami ciążowymi, takimi jak nudności, zgaga, bóle pleców, obrzęki czy anemia. W razie potrzeby organizowane są specjalistyczne konsultacje w dziedzinach takich jak endokrynologia, kardiologia, diabetologia czy genetyka. Działania te są dostosowane indywidualnie do potrzeb każdej uczestniczki, z uwzględnieniem jej stanu zdrowia, przebiegu ciąży oraz czynników ryzyka. Edukacja ciężarnych jest kluczowym elementem opieki perinatalnej. W ramach zajęć w szkołach rodzenia przyszłe matki uczą się przygotowania do porodu, połogu i opieki nad noworodkiem, w tym technik karmienia piersią, pielęgnacji dziecka i radzenia sobie z wyzwaniami emocjonalnymi. Ważnym aspektem jest także przygotowanie emocjonalne do roli rodzica, wsparcie w budowaniu relacji z dzieckiem oraz promocja zdrowia psychicznego matki.

W trakcie porodu opieka koncentruje się na zapewnieniu bezpieczeństwa matce i dziecku. Wykorzystuje się technologie, takie jak KTG, do monitorowania czynności skurczowej macicy oraz akcji serca płodu. Opieka medyczna obejmuje zastosowanie odpowiednich metod łagodzenia bólu, takich jak znieczulenie farmakologiczne lub niefarmakologiczne, oraz interwencje medyczne w razie komplikacji, np. cesarskie cięcie.

Po porodzie, w okresie połogu, opieka nad matką obejmuje monitorowanie jej stanu fizycznego i psychicznego, zarządzanie ewentualnymi powikłaniami, wsparcie w karmieniu piersią oraz edukację w zakresie pielęgnacji noworodka. Noworodek poddawany jest szczegółowej ocenie zdrowotnej, w tym badaniom przesiewowym i szczepieniom. W tym okresie matka otrzymuje także wsparcie emocjonalne, szczególnie jeśli doświadcza trudności psychicznych, takich jak depresja poporodowa.

Coraz częściej opieka perinatalna jest również rozwijana dzięki nowym rozwiązaniom cyfrowym, gdzie występują trudności w dostępie do specjalistycznych usług medycznych. Rozwiązania telemedyczne, takie jak mobilne systemy KTG, umożliwiają zdalne monitorowanie dobrostanu płodu, co zwiększa dostępność opieki dla kobiet mieszkających w odległych lokalizacjach. Dzięki temu opieka perinatalna

jest bardziej efektywna i dostosowana do potrzeb uczestniczek, także w oparciu o ich umiejętności cyfrowe.

1.1.2 Monitorowanie płodu za pomocą KTG

Jednym z kluczowych badań oceniających dobrostan płodu i kobiety jest badanie KTG. Badanie KTG jest nieinwazyjną, bezpieczną i prostą metodą oceny stanu płodu. Polega na monitorowaniu częstości akcji serca płodu oraz czynności skurczowej macicy. Przedporodowe badanie KTG jest podstawowym narzędziem oceny dobrostanu płodu, stosowanym głównie w ciążach wysokiego ryzyka lub po 40 tygodniu ciąży. W fizjologicznie przebiegającej ciąży, gdy nie występują niepokojące objawy, nie ma konieczności rutynowego wykonywania tego badania. Obowiązkiem personelu medycznego jest osłuchiwanie tętna płodu od 21–26 tygodnia ciąży podczas każdej wizyty kontrolnej. Jest to jedno z kluczowych badań wykonywanych w trakcie ciąży.

U kobiet, u których istnieje ryzyko rozwoju powikłań z powodu stanu kobiety i/lub dziecka, szczególnie przy podejrzeniu powikłań takich jak zahamowanie wzrostu płodu czy ryzyko niedotlenienia, są one kierowane na badanie KTG, często wielokrotnie, w postaci stałego nadzoru medycznego. Dzięki badaniu KTG możliwe jest szybkie wykrycie zaburzeń pracy serca dziecka, co pozwala na wczesną interwencję medyczną. Stosowanie odpowiednich procedur i interpretacji zgodnie z aktualnymi wytycznymi zwiększa bezpieczeństwo matki i dziecka, minimalizując ryzyko powikłań oraz umożliwiając odpowiednie planowanie opieki perinatalnej.

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez AOTMIT w Rekomendacji z dnia 8-ego lutego 2024 wytyczne zgodnie podkreślają zasadność wykonywania badań KTG tylko u kobiet z podwyższonym ryzykiem nieprawidłowego przebiegu ciąży (ACOG 2021 [1], GSA 2019 [2], UHL 2021 [3], GSGO 2014 [4], PTG 2014 [5]). W wytycznych wskazano, że badanie KTG należy wykonywać u kobiet będących >24 tygodnia ciąży (PTG 2014 [5]), >28 tygodnia (CDHB 2020 [6]), pomiędzy 26-32 tygodniem (SOGC 2018 [7]) lub >32 tygodnia ciąży (ACOG 2021 [1]).

Wśród powikłań matczynych poprzedzających ciążę, uzasadniających jej monitorowanie za pomocą urządzenia KTG wymienia się: choroby serca, płuc, nerek, tarczycy, nadciśnienie tętnicze i cukrzycę typu I/II, choroby autoimmunologiczne, nadużywanie substancji uzależniających (palenie tytoniu), niedokrwistość/hemoglobinopatie (UHL 2021 [3], GSA 2019 [2], SOGC 2018 [7], GSGO 2014 [4], PTG 2014 [5]). Wśród najważniejszych powikłań matczynych ciążowych wymienia się: zespół antyfosfolipidowy, stan przedrzucawkowy, cukrzycę ciążową, uraz w obrębie jamy brzusznej, krwawienie z pochwy, krwawienie w późnej ciąży, niestabilne krążenie, wypadek z urazem brzucha lub poważnym urazem matki, przedwczesne skurcze, zbliżający się poród przedwczesny, poród opóźniony, cholestazę (UHL 2021 [3], GSA 2019 [2], SOGC 2018 [7], GSGO 2014 [4], PTG 2014 [5]).

Wśród powikłań u płodu wskazaniami do KTG są: zmniejszone ruchy płodu, wewnątrzmaciczne zatrzymanie/ograniczenie wzrostu płodu, infekcje, ciąża mnoga, zaburzenia rytmu serca, małowodzie, wielowodzie, zewnętrzny obrót płodu, podejrzone lub patologiczne wyniki badania dopplerowskiego płodu (ACOG 2021 [1], UHL 2021 [3], GSA 2019 [2], SOGC 2018 [7], GSGO 2014 [4], PTG 2014 [5]).

Tabela 1. Typy badania kardiotokograficznego

Typ badania	Opis	Wynik
Kardiotokograficzny test nie-stresowy (NST)	Zapis KTG trwający 30 minut, mający na celu ocenę stanu płodu. Wskazania: - Zmniejszenie aktywności ruchowej płodu. - Powikłania ciąży mogące wpływać na dobrostan płodu. - Ciąża bliźniacza (wymaga dwóch głowic). - Hospitalizacja z powodu powikłań ciąży.	Reaktywny NST: Obecność ≥ 2 akceleracji (>15 ud/min przez ≥ 15 sekund). - Wątpliwy NST: <2 akceleracje – wymaga powtórzenia. - Niereaktywny NST: Brak akceleracji – konieczność dalszych badań.
Kardiotokograficzny test skurczowy (CST)	Test oksytocynowy polegający na stymulacji skurczów macicy w celu oceny rezerwy oddechowej łożyska.	Negatywny: Brak późnych deceleracji – prawidłowy stan płodu. - Pozytywny: Późne deceleracje w $>50\%$ skurczów – niedotlenienie. - Wątpliwy: Deceleracje w $<50\%$ skurczów. - Nieudany: Brak możliwej oceny.

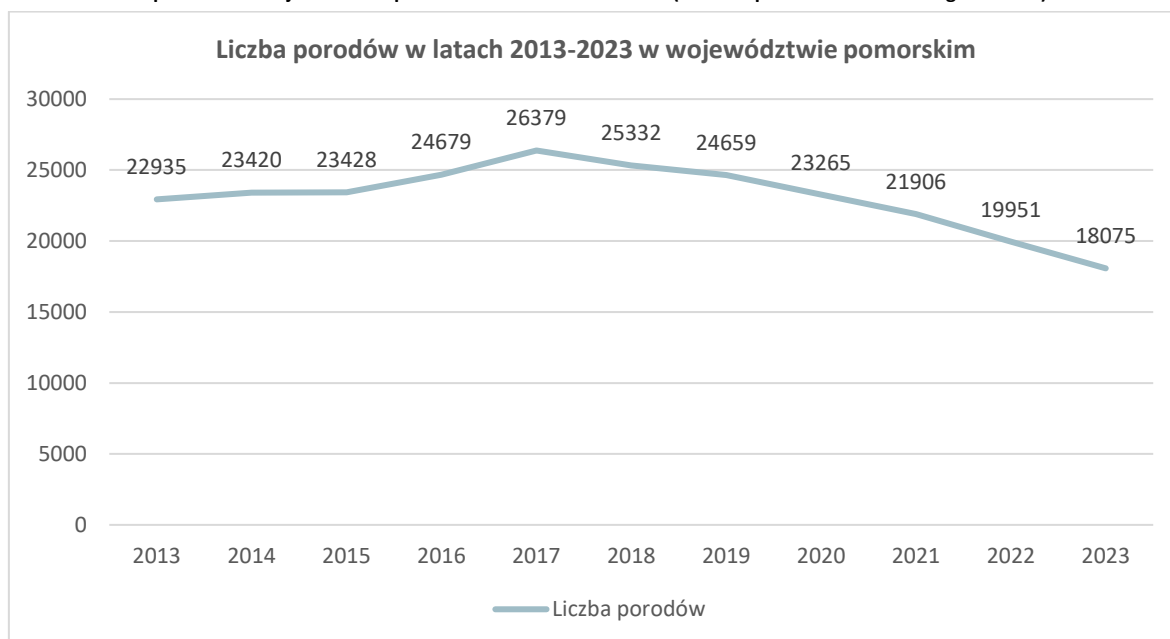
Tabela 2. Zasady oceny zapisu kardiotokograficznego

Kategoria	Opis
Częstość uderzeń serca płodu (FHR)	- Normokardia: 110–160 ud/min, - Tachykardia: >160 ud/min przez >10 minut, - Bradykardia: <110 ud/min przez >10 minut.
Zmienność czynności podstawowej FHR	- Brak zmienności: <2 ud/min, - Zmienność zmniejszona: ≤ 5 ud/min, - Zmienność umiarkowana: 6–25 ud/min, - Zmienność skacząca: >25 ud/min.
Okresowe zmiany FHR	- Akceleracje: Wzrost FHR o ≥ 15 bpm przez ≥ 15 sekund - Deceleracje: - Wczesne: Pokrywające się ze skurczami. - Późne: Opóźnione względem skurczów. - Zmienne: Związane z uciskiem pępowiny.
Analiza cyfrowa (kryteria Dawes’a/Redman’a)	Cyfrowa analiza eliminuje błędy subiektywne: - Obecność akceleracji i zmienności FHR, - Brak deceleracji i rytmu sinusoidalnego, - FHR: 116–160 ud/min, - STV >3 ms

1.2. Epidemiologia – porody i śmiertelność okołoporodowa w województwie pomorskim

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w 2023 roku urodziło się 272 tysiące dzieci, co stanowi najniższy poziom od zakończenia II wojny światowej. W porównaniu z rokiem 2022, kiedy to na świat przyszło 305,1 tys. dzieci, oznacza to spadek o około 33 tysiące, czyli o 11% [8]. Tendencja spadkowa liczby urodzeń nasiliła się zwłaszcza w ostatnich kilkunastu latach. Pomiedzy latami 2010 a 2023 spadek liczby urodzeń wyniósł 34% [8].

Tabela 3. Liczba porodów w województwie pomorskim 2 latach 2013-2024 (dane na podstawie Pomorskiego OBNFZ)



Zgodnie z informacjami zawartymi w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia dotyczącym map potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2026 (Dz.U. 2021, poz. 69), w rozdziale 1.2. "Ruch naturalny – urodzenia i zgony", zauważono spadek liczby urodzeń żywych dzieci, podczas gdy liczba zgonów w ujęciu bezwzględnym wykazuje tendencję wzrostową. W roku 2016 liczba urodzeń żywych w województwie pomorskim wyniosła 25 865, zaś liczba urodzeń żywych w 2023 roku wyniosła 19 126. Współczynnik urodzeń żywych w roku 2018 wynosił 11,36 urodzeń na 1000 mieszkańców - spadł do 8,10 w roku 2023. Podobnie spadł wskaźnik dzietności z 1,60 w 2018 do 1,22 w roku 2023. W roku 2023 – 50,9% urodzeń żywych to byli chłopcy a 49,1% to dziewczynki. W roku 2023 58,2% urodzeń dotyczyło miast zaś w 2016 – 61,2%.

Współczynnik dynamiki demograficznej dla województwa pomorskiego w 2023 roku, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi 0,83 i jest znacznie wyższy od średniej dla całego kraju

wynoszącej 0,67. Jednocześnie w województwie pomorskim wskaźnik zgonów na 1000 mieszkańców wyniósł 9,7 zaś średnia dla Polski wyniosła 10,9 [24, 25].

Zgodnie z danymi zawartymi w MPZ na lata 2022-2026 w przypadku woj. pomorskiego współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,6 (Polska 1,4). Wśród powiatów, wyłącznie powiat kartuski, z wartością współczynnika 2,24, zapewnia prostą zastępowalność pokoleń. Wyższą wartość wskaźnika obserwuje się w centralnej części województwa. Najniższą wartość wskaźnika dzietności zaobserwowano w Sopocie, wyniosła ona 1,08. *Odnotowano również wysoki wskaźnik umieralności okołoporodowej - 6,3 przy średniej dla Polski - 5,3, co klasyfikuje województwo na 2. pozycji w Polsce. Wskaźnik umieralności niemowląt wyniósł 3,6 na 1 000 urodzeń żywych.* zgodnie z danymi przedstawionymi w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) , liczba martwych urodzeń w woj. pomorskim w 2023 r. wynosiła 71.

W 2023 roku w województwie pomorskim zarejestrowano 19,1 tys. urodzeń żywych [24, 25], co stanowi spadek o 8,9% w porównaniu z rokiem poprzednim. W miastach województwa pomorskiego liczba urodzeń spadła o 10,9%, a na wsi o 6,0%. 53,9% porodów została zakończona poprzez cięcie cesarskie. Ok. 1,45% dzieci urodziło się przedwcześnie lub z ciąży mnogiej¹. Współczynnik zgonów noworodków, tj. dzieci w wieku 0-27 dni od lat w Polsce spada i obecnie wynosi 2,6 na 1000 urodzonych dzieci². OECD wskazuje, że wskaźnik śmiertelności okołoporodowej jest jednym z kluczowych wskaźników dla zobrazowania zdrowia kobiet i dostępności opieki medycznej i celem zrównoważonego rozwoju do 2030 roku jest zredukowanie w skali całego globu poniżej 70 na 100 tysięcy żywych urodzeń do 2030. Obecnie w Polsce wynosi on 2,0 na 100 tys. żywych urodzonych³.

1.3. Obecne postępowanie

„Upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej” (zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642) w ramach 5 celu operacyjnego) jest istotne w związku z wyzwaniami demograficznymi.

Dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki perinatalnej jest regulowany w ramach ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych [10, 11] i odpowiednich rozporządzeniach [12]. Od 1 stycznia 2019 r. we wszystkich podmiotach wykonujących działalność

1 Dane NFZ uzyskane z Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ za lata 2013-2023 dla świadczeniodawców w województwie pomorskim

2 Zgony noworodków zgony dzieci, które nie osiągnęły wieku czterech tygodni (0-27 dni). Przez 0 dni określa się wiek żywo urodzonego noworodka, który nie przeżył 24 godzin.

3 GUS. SDG Wskaźnik 3.1.1 - Współczynnik umieralności matek

leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej obowiązuje standard organizacyjny opieki okołoporodowej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 [13]. W zakresie opieki medycznej dla kobiet w ciąży przysługują świadczenia dotyczące:

- 1) diagnostyki prenatalnej (w tym USG, KTG);
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego;
- 3) wsparcia psychologicznego;
- 4) poradnictwa laktacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem matek dzieci urodzonych: przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 2500 g.

Główną opiekę nad ciężarną sprawuje ginekolog prowadzący ciążę, którego wybiera ciężarna. Obecne regulacje dopuszczają, że jeśli przebieg ciąży jest prawidłowy, kobieta i jej dziecko są zdrowi, opiekę nad ciężarną może roztoczyć położna w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy zaznaczyć, że obecnie kardiokardiografia (KTG) jest w Polsce świadczeniem gwarantowanym z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej), a także jest dostępna w ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym. W ramach tych świadczeń nie są jednak finansowane urządzenia przenośne - mKTG, których zastosowanie stanowi interwencję w przedłożonym projekcie programu polityki zdrowotnej.

W 2015 roku wprowadzono koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży (tzw. KOC, Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 22/2016/DSO; 125/2016/DSOZ⁴), która obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje; wskazano na przeprowadzenie diagnostyki określonej przepisami rozporządzenia o opiece okołoporodowej lub rozporządzenia o opiece w ciąży patologicznej, przy zapewnieniu osobie prowadzącej ciążę co najmniej dostępu do wyników tych badań i korzystania z nich przy monitorowaniu przebiegu ciąży, w tym stacjonarnych badań KTG. W myśl zarządzenia, kobiety w ciąży, które zgłoszą się do programu, uzyskają w ramach opieki finansowanej przez NFZ, pełną opiekę w okresie ciąży (po zgłoszeniu się na każdym etapie ciąży), porodu oraz w okresie sześciu tygodni po urodzeniu dziecka oraz dodatkowo w ramach programu wsparcia poprzez zdalne monitorowanie KTG u kobiet z podwyższonym ryzykiem powikłań (w ramach świadczeń gwarantowanych, w tym w ramach KOC – koordynowanej opieki ciężarnych).

W województwie pomorskim miasto Sopot realizuje projekt „Zdrowa Mama – Zdrowe Dziecko”. W ramach projektu każda ciężarna po 30. tygodniu ciąży zostaje objęta zdalną całodobową opieką położniczą do rozwiązania. Uczestnictwo jest całkowicie bezpłatne. W ramach projektu oferowany jest:

⁴ Formularz zawierający informację o objęciu opieką w ramach KOC jest załącznikiem nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 13 kwietnia 2016 roku [„Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży (KOC)”]

- całodobowy monitoring położniczy pacjentek;
- możliwość wykonania nielimitowanej ilości zapisów KTG;
- konsultacje doświadczonych położnych dot. własnych zapisów KTG;
- natychmiastowy kontakt personelu medycznego w przypadku wykrycia nieprawidłowości w zapisie;
- całodobowy dostęp do panelu użytkownika i zapisów badań;
- aplikację na smartfona;
- dostęp i możliwość aktywnego uczestnictwa w webinarach z ginekologami, położnymi oraz lekarzami innych specjalizacji.

1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Telemedycyna odnosi się do świadczenia usług medycznych na odległość, z wykorzystaniem technologii telekomunikacyjnych. Zdalna opieka medyczna staje się kluczowym rozwiązaniem w warunkach ograniczonych zasobów systemów opieki zdrowotnej, ograniczonych możliwości opieki wyspecjalizowanej w przypadku min. wykluczenia transportowego, czy w sytuacjach zwiększonego ryzyka zakażeń w placówkach medycznych. Zdalne monitorowanie przynosi również korzyści systemowi opieki zdrowotnej, odciążając placówki medyczne oraz redukując koszty związane z hospitalizacją i wizytami kontrolnymi. Obecnie tele-konsultacje, e-recepty i e-zwolnienia są powszechnie stosowane, a rozwój technologii otwiera możliwości dalszej cyfryzacji usług medycznych, w tym zdalnej diagnostyki, monitorowania czy konsultacji. Dzięki temu dostęp do specjalistycznej opieki staje się bardziej powszechny, szczególnie w regionach wiejskich, czy słabo zaludnionych.

Postęp technologiczny pozwolił na rozwinięcie urządzeń umożliwiających domowe monitorowanie zdrowia, w tym przenośnych systemów KTG. Dzięki nim ciężarne mogą samodzielnie monitorować stan płodu w zaciszu własnego domu, co zmniejsza potrzebę częstych wizyt w placówkach medycznych i minimalizuje ryzyko ekspozycji na patogeny. Zdalne systemy diagnostyczne, wspierane przez algorytmy sztucznej inteligencji, umożliwiają automatyczną analizę wyników i szybkie przekazywanie informacji personelowi medycznemu. To nowoczesne podejście podnosi jakość usług medycznych, jednocześnie zwiększając poczucie bezpieczeństwa i komfortu świadczeniobiorców. Takie rozwiązania także zmniejszają obciążenie placówek ochrony zdrowia, przyczyniając się do bardziej efektywnego zarządzania zasobami medycznymi. Obecnie wśród świadczeń gwarantowanych nie są jednak finansowane urządzenia przenośne - mKTG, których zastosowanie stanowi interwencję w przedłożonym projekcie programu polityki zdrowotnej.

Mobilne urządzenia KTG (mKTG) pozwalają monitorować akcję serca płodu oraz skurcze macicy, co jest szczególnie istotne w ciążach obciążonych ryzykiem powikłań i co umożliwia wczesne wykrycie potencjalnych problemów zdrowotnych. Dzięki zaawansowanym technologiom, takim jak mobilne urządzenia KTG, przyszłe matki mogą wykonywać badania w domowym zaciszu, minimalizując konieczność częstych wizyt w placówkach medycznych. Ciągły zapis parametrów życiowych płodu przy użyciu ultradźwiękowego przetwornika umieszczonego na brzuchu matki pozwala na bezpośrednie przesłanie danych do centrów telemedycznych, gdzie są analizowane przez wykwalifikowany personel medyczny wspierany rozwiązaniami AI. Automatyczne systemy analizy sygnału i algorytmy sztucznej inteligencji pomagają wykryć niepokojące zmiany, które mogą wskazywać na konieczność interwencji lekarskiej. W razie potrzeby matka jest natychmiast powiadamiana i kierowana do odpowiedniego ośrodka medycznego.

Zgodnie z danymi opracowanymi przez AOTMIT zdalny nadzór nad ciążą jest bezpieczny, skuteczny i może zostać wprowadzony w codziennej opiece położniczej (Tamaru 2022 [14], Das 2019 [15], Pilarczyk 2020 [16]). Jednym z głównych atutów mobilnych KTG jest ich precyzja diagnostyczna. Zaawansowane algorytmy przetwarzają dane w czasie rzeczywistym, pozwalając na natychmiastową ocenę stanu płodu. Systemy te wykrywają także nieprawidłowości w czynności skurczowej macicy, co umożliwia szybkie podjęcie interwencji medycznej.

Badania KTG wykonywane przy użyciu urządzeń mobilnych wykazują zadowalającą wykonalność i równoważną wartość diagnostyczną [14, 15, 17] w porównaniu z urządzeniami konwencjonalnymi, a zdalna ocena nagrań jest równie wiarygodna jak analiza na miejscu. Telemonitoring okazał się bezpieczną i efektywną alternatywą dla hospitalizacji w ciążach wysokiego ryzyka (badanie HoTel [18]). Zapewnił porównywalne wyniki kliniczne, wyższą satysfakcję pacjentek oraz znaczące oszczędności związane z finansowaniem opieki. Ocena skuteczności, efektywności i zadowolenia ze stosowania zdalnego monitoringu KTG przez pacjentki ciężarne wynika z badań oraz programów pilotażowych prowadzonych w szpitalach i jednostkach naukowo-badawczych, także w Polsce. Doświadczenia 17 lat działalności sieci TOCOMAT we Włoszech potwierdzają, że telemedycyna może umożliwić równy dostęp do specjalistycznych konsultacji położniczych w oparciu o aktualny zapis KTG z analizą, bez względu na lokalizację kobiety w ciąży. Dodatkowo, jak wykazano już w pierwszych wynikach badania, zdalna ocena przypadku przyczynia się do ograniczenia niepotrzebnych hospitalizacji w ośrodkach wyższej referencyjności opieki położniczej, a co za tym idzie racjonalizacji kosztów opieki nad matką i płodem. Już od 2000 roku wykorzystywano we Włoszech pierwszy system telekardiotokografii o nazwie TOCOMAT, znajdujący się w Szpitalu Uniwersyteckim „Federico II” w Neapolu. Wyniki badań oraz doświadczeń międzynarodowych wskazują na zasadność włączenia telemonitoringu do standardowej opieki perinatalnej, zwłaszcza w regionach o ograniczonych zasobach medycznych.

Badacze zalecają przeprowadzenie dalszych badań na większą skalę w celu potwierdzenia tych rezultatów.

Badania z wykorzystaniem mobilnych urządzeń KTG do telemedycznego monitoringu prowadzonego w domu wykazują, że technika ta jest bezpieczna i wiąże się z wysoką satysfakcją świadczeniobiorcy (GSGO 2014 [4], (Tamaru 2022[14], Nakagawa 2021[19], Pilarczyk 2020 [16], Das 2019 [15], Tamaru 2022 [14])). Większość ciężarnych oceniła samobadanie KTG jako łatwe (28%) lub raczej łatwe (61%), a zdecydowana większość (89%) uznała, że możliwość wykonania samobadania KTG w domu zwiększyłaby ich poczucie bezpieczeństwa (Pilarczyk 2020 [16])). Większość ciężarnych i personelu medycznego preferuje mobilne KTG ze względu na jego niewielkie rozmiary, brak przewodów oraz możliwość przesyłania danych w celu uzyskania dodatkowej opinii [15]. Dane literaturowe wskazują, że do 15% zapisów z mobilnego KTG mogą być nieprawidłowe, głównie z powodu nieprawidłowego umiejscowienia czujników. Badania z wykorzystaniem mobilnych urządzeń KTG do telemedycznego monitoringu prowadzonego w domu wykazują, że technika ta jest bezpieczna, a korzystanie z mobilnych urządzeń KTG wiąże się z wysoką satysfakcją pacjenta (GSGO 2014 [4], (Tamaru 2022 [14], Nakagawa 2021 [19], Pilarczyk 2020 [16], Das 2019 [15])). Większość pacjentek oceniła samobadanie KTG jako łatwe (28%) lub raczej łatwe (61%), a zdecydowana większość (89%) uznała, że możliwość wykonania samobadania KTG w domu zwiększyłaby ich poczucie bezpieczeństwa (Pilarczyk 2020 [16])). Większość pacjentek i personelu medycznego preferuje mobilne KTG ze względu na jego niewielkie rozmiary, brak przewodów oraz możliwość przesyłania danych w celu uzyskania dodatkowej opinii [15].

Celem badania HoTel [18] było porównanie bezpieczeństwa, skuteczności klinicznej, satysfakcji pacjentek oraz opłacalności telemonitoringu w domu z tradycyjną opieką szpitalną u kobiet z ciążami wysokiego ryzyka. Badanie przeprowadzono w sześciu holenderskich szpitalach, w tym w ośrodkach uniwersyteckich i szpitalach klinicznych. Do badania włączono 201 kobiet ciężarnych po 26. tygodniu ciąży, wymagających hospitalizacji z powodu powikłań takich jak rzucawka, ograniczenie wzrastania płodu, przedwczesne pęknięcie błon płodowych oraz nieprawidłowości rozwoju płodu. Kobiety zostały przydzielone losowo do dwóch grup – jednej objętej telemonitoringiem w domu, drugiej poddanej standardowej hospitalizacji. Grupa telemonitoringu korzystała z urządzeń domowych do monitorowania kardiokardigrafii (KTG) i ciśnienia tętniczego z codzienną oceną zdalną przez personel medyczny. Powikłania okołoporodowe wystąpiły u 31% kobiet z grupy telemonitoringu oraz u 40% kobiet objętych opieką szpitalną, co potwierdziło bezpieczeństwo telemonitoringu. Ciężkie powikłania, takie jak zgony noworodków i poważne komplikacje u matek, były rzadkie i równomiernie rozłożone między grupami. Kobiety objęte telemonitoringiem wykazywały wyższy poziom satysfakcji oraz lepiej oceniały jakość opieki. Wyniki zdrowotne związane z samopoczuciem psychicznym i fizycznym były

podobne w obu grupach. Telemonitoring zmniejszył średnie koszty perinatalnej opieki medycznej o około 2 774 euro na ciężarną dzięki ograniczeniu liczby dni hospitalizacji. Całkowite oszczędności wyniosły średnio 7 393 euro na jedną ciężarną w grupie telemonitoringu.

Badanie Grassl 2018 [20] przeprowadzone przez Niklasa Grassla i współautorów miało na celu ocenę podejścia niemieckiej kadry medycznej ochrony zdrowia do rozwiązań telemedycznych w monitorowaniu ciąży. Większość uczestników (72,9%) była sceptyczna wobec stosowania telemedycyny w położnictwie, choć 55,8% zauważyło jej potencjał. Najbardziej otwarci na nowe technologie byli młodzi lekarze, spośród których 72% pozytywnie oceniło użycie aplikacji do monitorowania ciąży. W przeciwieństwie do tego, 57,7% pielęgniarek i położnych kategorycznie odrzucało takie rozwiązania. Osoby z ponad 10-letnim doświadczeniem zawodowym były bardziej sceptyczne (49% widziało potencjał telemedycyny), podczas gdy młodsze kadry (do 5 lat doświadczenia) były bardziej entuzjastyczne (73,2%). Doświadczenie zawodowe okazało się istotnym czynnikiem wpływającym na akceptację technologii. Jednocześnie uczestnicy badania wskazali, że wiele konsultacji w izbach przyjęć dotyczyło mniej poważnych przypadków, które mogłyby zostać rozwiązane zdalnie. Aż 68,1% respondentów uznało, że telemedycyna mogłaby ograniczyć niepotrzebne konsultacje i pozwolić skupić się na pilniejszych przypadkach.

W badaniu Mularski 2022 [21] przedstawiono ocenę techniczną i medyczną urządzenia telemedycznego do kardiotorakografii (KTG) – systemu Sigmafon Carebits. Dodatkowo analizowano opinie użytkowników na temat urządzenia i możliwość jego zastosowania w codziennej praktyce, szczególnie w ciążach podwyższonego ryzyka. W badaniu uczestniczyły 94 kobiety w ciąży, w wieku od 20 do 40 lat, od 26. do 41. tygodnia ciąży. Przeprowadzono je w dwóch ośrodkach klinicznych: Uniwersytecie Medycznym w Łodzi oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Ciężarne wykonały samodzielnie badania KTG, korzystając z systemu Sigmafon Carebits. Wyniki były następnie analizowane w centrach monitoringu przez wykwalifikowany personel medyczny. Zastosowano standaryzowany kwestionariusz ankiety, aby zebrać opinie ciężarnych dotyczące użyteczności urządzenia oraz ich doświadczeń z badaniami. Zapis KTG wykonany urządzeniem telemedycznym był porównywalny pod względem jakości do wyników uzyskiwanych z użyciem stacjonarnych aparatów KTG innych producentów. Średnia utrata sygnału FHR (częstości akcji serca płodu) wyniosła 5,58%. Po wykluczeniu 10 badań z intensywnymi ruchami płodu, utrata sygnału spadła do 3,04%. Prawie wszystkie ciężarne wskazały na prostotę obsługi urządzenia i jego mobilność, co pozwoliło na wygodne wykonywanie badań w domu. Ciężarne z obciążonym wywiadem położniczym (np. po wcześniejszych poronieniach) szczególnie doceniły możliwość wykonania badania w dowolnym momencie, co zwiększało ich poczucie bezpieczeństwa. System telemedyczny KTG Sigmafon Carebits

wykazał dużą przydatność w ocenie dobrostanu płodu, oferując wyniki o wysokiej jakości diagnostycznej. Urządzenie pozwala na zmniejszenie liczby hospitalizacji w ciążach podwyższonego ryzyka, co prowadzi do redukcji kosztów oraz stresu ciężarnych.

Podsumowując dostępne dowody naukowe, telemedyczne systemy KTG pozwalają na samodzielne badania w domu, zmniejszając konieczność wizyt w placówkach i przynosząc oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej. Zdalne monitorowanie stanu płodu stanowi przełom w opiece perinatalnej, oferując wygodę i bezpieczeństwo zarówno dla matki, jak i dziecka.

W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie zrealizowano badanie kliniczne COSMOS – „Porównanie skuteczności samodzielnego domowego komputerowego zapisu KTG oraz oceny przepływów naczyniowych metodą Dopplera w monitorowaniu późnej formy zahamowania wzrastania płodu - Computerized CTG Self-MOnitoring versus Standard Doppler assessment in Late-onset FGR (COSMOS) study NCT05034861 z zastosowaniem aparatów KTG System Sigmafon”, które zakończyło się w końcu 2024 roku. Zakończyły się także prace nad oceną modeli teleopieki w ramach programu Ministerstwa Zdrowia, przy współpracy z Instytutem Matki i Dziecka – program "Halo Mamo". Działania to finansowane były ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 i budżetu państwa w ramach realizacji Projektu nr 2115 pn. „Halo Mamo! – pilotaż opieki telemedycznej dla kobiet w ciąży” na podstawie Umowy Nr 9/NMF/2115/00/106/2023/414.

Technologie telemedyczne, w tym zdalne urządzenia KTG, są bezpieczne i skuteczne w przypadku prawidłowego wdrożenia kompleksowej opieki przy współpracy z ośrodkami wysokospecjalistycznymi. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP), KTG jest zalecane dla kobiet z ciążą wysokiego ryzyka, w tym z nadciśnieniem, cukrzycą ciążową, ograniczeniem wzrastania płodu (FGR) oraz ciążą mnogą. Badania dowodzą, że mobilne urządzenia KTG są równie skuteczne jak stacjonarne i mogą być bezpiecznie stosowane w praktyce klinicznej.

Dodatkowo w rekomendacjach MPZ 2022-2026, zał. 11 wskazane jako istotne jest monitorowanie dostępu świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych związanych z opieką ginekologiczno-położniczą, okołoporodową i pediatryczną, zwiększenie profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej w okresie ciąży, stopniowe zwiększanie dostępu do świadczeń pediatrycznych oraz dostosowanie infrastruktury opieki tj. utworzenie wielozakresowego centrum opieki pediatrycznej w województwie”, a realizacja programu z wykorzystaniem mobilnego tele KTG wpisuje się w tę rekomendację.

Zgodnie z ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960), na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w

szczegółności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców świadczenia gwarantowane. Obecnie systemy teleKTG nie są finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych. Wdrożenie telemedycznych urządzeń KTG w województwie pomorskim jest uzasadnione zarówno klinicznie, jak i ekonomicznie. Korzyści ze zdalnego monitorowania KTG to zmniejszenie liczby niepotrzebnych wizyt w szpitalu, możliwość prowadzenia ciąży w warunkach domowych przy stałym nadzorze medycznym, wczesne wykrywanie powikłań ciążowych. Badania wykazały, że ponad 89% kobiet uznało możliwość wykonywania KTG w domu za zwiększającą ich poczucie bezpieczeństwa [17]. Zwiększona dostępność specjalistycznej opieki medycznej może prowadzić do poprawy jakości opieki perinatalnej poprzez reakcję w odpowiednim czasie w zależności od potrzeb kobiet ciężarnych i ich płodu oraz skoordynowanie działań z lekarzem prowadzącym oraz może przyczynić się do zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej (min. związanej z długotrwałymi hospitalizacjami). Rozwiązanie to szczególnie odpowiada potrzebom mieszkańców terenów wiejskich i oddalonych od głównych ośrodków medycznych, zwiększając szanse na zdrowy przebieg ciąży i porodu. Dodatkowo eksperci AOTMiT podkreślają, że zdalne badanie KTG można rozważyć u kobiet z ciążami wysokiego ryzyka. W związku z rosnącą potrzebą poprawy jakości opieki perinatalnej i stopniowym wdrażaniem zdalnych modeli opieki także w Polsce (m.in. gmina Stare Babice, opinia Prezesa AOTMiT: <https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2024/OP-0011-2024.pdf>) a także poprawy dostępności do świadczeń okołoporodowych (w tym szczególnie ambulatoryjnych) oraz w świetle pozytywnej rekomendacji AOTMiT co do zasadności stosowania mKTG, władze województwa pomorskiego uznały za zasadne wdrożenie tego Programu.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

Program polityki zdrowotnej opracowany jest na podstawie art. 48 ust. 1 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U.2024.146).

2.1. Cel główny

Celem programu jest wykrycie niezdiagnozowanego wcześniej wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzeń czynnościowych u płodu, u co najmniej 10% ciężarnych mieszkanek województwa pomorskiego zakwalifikowanych do programu poprzez zastosowanie telemedycznego systemu KTG, spośród wszystkich ciężarnych zakwalifikowanych do Programu realizowanego w latach 2025-2027

Dzięki adekwatnej kwalifikacji lekarskiej będzie możliwe wczesne wykrycie rozwijających powikłań ciąży i zmniejszenie ryzyka porodu przedwczesnego (z jego konsekwencjami), hospitalizacji na oddziale patologii ciąży oraz obniżenie obciążenia psychicznego kobiet włączonych do programu.

Uzasadnienie dla wartości docelowej celu głównego wynika z dotychczasowych doświadczeń realizatorów podobnych programów (finansowanych z różnych źródeł) na terenie województwa

2.2. Cele szczegółowe

1. Wzrost poziomu poczucia bezpieczeństwa w ciąży u co najmniej 50% uczestniczek programu (pomiar na początku i końcu programu, w oparciu o badanie ankietowe).
2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy wśród 75% kobiet ciężarnych uczestniczących w Programie, w zakresie opieki perinatalnej oraz monitorowania kobiet w ciąży, w tym za pomocą tele-KTG (pomiar na początku i końcu programu, w oparciu o pre-test i post-test).
3. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% kadry medycznej w zakresie opieki perinatalnej, grypy ryzyka, monitorowania kobiet w ciąży, w tym za pomocą KTG oraz opieki ambulatoryjno-szpitalnej, przy wykorzystaniu systemu tele-KTG (pomiar na początku i końcu programu, w oparciu o pre-test i post-test).

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Cel główny:

- Odsetek ciężarnych kobiet, u których stwierdzono ryzyko wystąpienia zaburzeń czynnościowych u płodu poprzez zastosowanie telemedycznego systemu KTG w stosunku do wszystkich kobiet włączonych do programu, wyrażony w procentach.

2. Cele szczegółowe:

- Odsetek kobiet, u których zwiększył się poziom poczucia bezpieczeństwa podczas ciąży wśród uczestniczek programu, wynik wyrażony w procentach (pomiar na początku i końcu programu, w oparciu o badanie ankietowe);
- Odsetek kobiet, które uzyskały lub utrzymały wysoki poziom wiedzy teoretycznej i praktycznej - odsetek kobiet z wynikiem powyżej 75% prawidłowych odpowiedzi (pomiar na początku i końcu programu, w oparciu o badanie ankietowe).
- Odsetek uczestników szkolenia kadr medycznych, którzy uzyskali lub utrzymali wysoki poziom wiedzy w zakresie opieki perinatalnej, w tym kompleksowej opieki zdalnej (uzyskali lub utrzymali wynik powyżej 75% w teście wiedzy w oparciu o pre-test i post-test).

Wartości mierników dotyczących edukacji zostały dobrane na podstawie wcześniejszych doświadczeń w ramach prowadzenia edukacji zdrowotnej, zarówno personelu medycznego, jak i uczestników programów profilaktycznych. Uzyskanie wyników na poziomie 75% populacji wskazuje na osiągnięcie zakładanych celów u większości populacji objętej programem.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

3.1. Populacja docelowa

W programie województwa pomorskiego wyróżnia się trzy główne grupy adresatów Programu:

1. Grupa I - zdalna opieka perinatalna i edukacja: kobiety ciężarne spełniające kryteria włączenia do programu, zamieszkujące województwo pomorskie,
2. Grupa II - szkolenie kadry medycznej: lekarze specjaliści ginekolodzy i położne zatrudnione przez realizatorów.
3. Grupa III: - akcja informacyjno-promocyjna: populacja osób dorosłych województwa pomorskiego.

Grupa I – Kobiety ciężarne po 36 tygodniu ciąży zamieszkujące województwo pomorskie,

Woj. pomorskie ma 2 359 956 mieszkańców, z czego 51,4% stanowią kobiety, a 48,6% mężczyźni. W latach 2002-2024 liczba mieszkańców wzrosła o 8,1%. Średni wiek mieszkańców wynosi 41,5 lat i jest nieznacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców całej Polski. Prognozowana liczba mieszkańców pomorskiego w 2050 roku wynosi 2 265 735, z czego 1 155 743 to kobiety, a 1 109 992 mężczyźni.

Województwo pomorskie ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -3 819. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -1,62 na 1000 mieszkańców pomorskiego. W 2023 roku urodziło się 19 126 dzieci, w tym 49,1% dziewczynek i 50,9% chłopców. Współczynnik dynamiki demograficznej, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi 0,83 i jest znacznie większy od średniej dla całego kraju.

W roku 2016 liczba urodzeń żywych w województwie pomorskim wyniosła 25 865 zaś liczba urodzeń żywych w 2023 roku wyniosła 19 126. Współczynnik urodzeń żywych w roku 2018 wynosił 11,36 urodzeń na 1000 mieszkańców - spadł do 8,10 w roku 2023. Podobnie spadł wskaźnik dzietności z 1,60 w 2018 do 1,22 w roku 2023. W roku 2023 58,2% urodzeń dotyczyło miast zaś w 2016 – 61,2%.

Populację docelową stanowić będą kobiety ciężarne po 36 tygodniu ciąży albo po hospitalizacji zakończonej po 32 tygodniu ciąży wysokiego ryzyka zamieszkujące województwo pomorskie. Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z programu opisano w rozdziale 3.2.

Ostateczna liczebność populacji włączonej do programu będzie zależała od środków finansowych pozostających w dyspozycji SWP oraz zaangażowania innych jednostek samorządu terytorialnego. Przy obecnych możliwościach budżetowych program pozwoli na udzielenie świadczeń około max. 800 ciężarnym.

Grupa II – kadra medyczna biorąca udział w Programie - w ramach szkoleń personelu zostanie przeszkolonych łącznie do 50 osób.

Grupa III – dorośli z populacji ogólnej zamieszkałej na terenie województwa pomorskiego będą odbiorcami **akcji informacyjno-edukacyjnej**. - W roku 2022 populacja osób powyżej 18. roku życia wynosiła 1 896 995 mieszkańców(zgodnie z danymi z Raportu Demograficznego z 2023 r. [22]). Dotarcie dotyczące populacji zostanie ocenione po pierwszym roku realizacji Programu.

Program będzie przeprowadzony w latach 2025-2027. Przewiduje się możliwość kontynuacji lub rozszerzenia Programu o nowych realizatorów, w kolejnych latach w zależności od możliwości finansowych samorządu.

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Do udziału w Programie zaproszone zostaną kobiety ciężarne po 36 tygodniu ciąży albo po hospitalizacji zakończonej po 32 tygodniu ciąży wysokiego ryzyka powikłań płodu, **zamieszkujące na terenie województwa pomorskiego**, zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Założony został 30%-procentowy poziom zgłaszalności do Programu wśród kobiet ciężarnych. Poziom zgłaszalności został oceniony na podstawie liczby kobiet ciężarnych na danym terenie oraz z doświadczeń organizatorów w realizacji innych programów polityki zdrowotnej.

3.3. Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej

Grupa I. Kobiety ciężarne – opieka perinatalna (tele KTG) + edukacja

Kwalifikacja obejmuje kobiety:

1. które ukończyły 18 lat (do programu mogą być włączone uczestniczki od 16 roku życia po indywidualnej decyzji realizatora),
2. zamieszkałe na terenie województwa pomorskiego,
3. wyrażające zgodę na udział w programie,
4. które złożą pisemne oświadczenie, że nie są obecnie uczestnikami innego programu obejmującego tele KTG, w tym finansowanego ze środków publicznych,
5. posiadające zaświadczenie o ciąży (od lekarza POZ lub lekarza specjalisty),
6. Kobiety ciężarne:
 - a) po ukończonym 36 tygodniu ciąży o podwyższonym ryzyku śródciążowym z potwierdzonym w dokumentacji medycznej występowaniem:
 - cukrzycy prawidłowo wyrównanej, zarówno przedciążowej jak i ciążowej,
 - nadciśnienia tętniczego przedciążowego oraz ciążowego,
 - cholestazy ciężarnych, po wykluczeniu zagrożenia dobrostanu płodu,
 - konfliktu serologicznego ze współistniejącymi przeciwciałami antyD, w połączeniu z okresowym monitorowaniem prędkość przepływu krwi w tętnicy środkowej mózgu płodu (MCA PSV) oraz oceną innych parametrów podczas wizyt kontrolnych u lekarza prowadzącego
 - w wywiadzie obciążeniem wewnątrzmacicznym obumarciem płodu,
 - występowanie FGR,
 - w przypadku ciąży fizjologicznej niepowikłanej po terminie porodu.
 - b) po hospitalizacji z powodu ciąży wysokiego ryzyka zakończonej po 32 tygodniu ciąży z potwierdzonym w dokumentacji medycznej występowaniem:
 - cukrzycy prawidłowo wyrównanej, zarówno przedciążowej jak i ciążowej,
 - nadciśnienia tętniczego przedciążowego oraz ciążowego,
 - cholestazy ciężarnych, po wykluczeniu zagrożenia dobrostanu płodu,
 - konfliktu serologicznego ze współistniejącymi przeciwciałami antyD, w połączeniu z okresowym monitorowaniem prędkość przepływu krwi w tętnicy środkowej mózgu płodu (MCA PSV) oraz oceną innych parametrów podczas wizyt kontrolnych u lekarza prowadzącego
 - w wywiadzie obciążeniem wewnątrzmacicznym obumarciem płodu,
 - występowanie FGR,
 - w przypadku ciąży fizjologicznej niepowikłanej po terminie porodu.

Wszystkie uczestniczki włączane do programu podpisują formularz świadomej zgody na udział w programie, a druk będzie dołączony do dokumentacji medycznej i przechowywany w placówce realizatora/ ów zgodnie z przepisami dotyczącymi sposobu przechowywania dokumentacji medycznej. Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Konieczne jest przedstawienie uczestniczkom szczegółowych kryteriów włączenia do Programu. Weryfikacja kryteriów odbywa się na podstawie wypełnionego kwestionariusza (opracowanego na podstawie powyższych kryteriów), umieszczonego w dokumentacji medycznej (w wersji drukowanej).

Grupa II - szkolenia kadry medycznej

Szkolenia w programie są skierowane do osób wykonujących zawód medyczny. Do udziału w szkoleniu kwalifikuje się personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt z uczestnikami: udzielających świadczeń u Realizatora na terenie województwa pomorskiego, czyli m.in. lekarze, położne, koordynatorzy programu. Z programu szkoleń wykluczone są osoby, które ukończyły w ciągu poprzednich 2 lat szkolenie dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę, w tym szczególnie kwestie monitorowania za pomocą tele-KTG i poziom szczegółowości (na podstawie oświadczenia).

Grupa III – kampania informacyjno-edukacyjna

to populacja ogólna (od 18. r.ż.) województwa pomorskiego, do której zostanie skierowana kampania informacyjno-promocyjna, umożliwiającą zapoznanie się z toczącym się programem oraz z materiałami edukacyjnymi skierowanymi do populacji ogólnej.

3.4. Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Dla Grupy I kobiet ciężarnych kryteria wyłączenia z programu obejmują:

- Cięża mnoga.
- Brak pisemnej zgody na udział w programie.
- Brak zaświadczenia o ciąży
- Cięża przed 36 tygodniem ciąży z wyjątkiem kobiet po hospitalizacji z powodu ciąży wysokiego ryzyka zakończonej po 32 tygodniu ciąży z potwierdzonym w dokumentacji medycznej występowaniem czynników ryzyka wymienionych w kryteriach włączenia
- Brak potwierdzenia zamieszkania w województwie pomorskim
- Wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestniczki programu,
- uczestniczka nie współpracująca w ramach tele-opieki, oceniana przez lekarza realizatora na podstawie wykonywanego Planu Opieki (co najmniej brak realizacji założeń planu opieki przez okres 2 tyg.).

Program będzie realizowany do momentu wyczerpania środków finansowych/ limitu osób. Programem zostaną objęte kobiety z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia.

3.5. Tryb zapraszania

1. Zaproszenie do Programu powinno być ściśle powiązane z akcją informacyjno-edukacyjną, którą będzie miał obowiązek przeprowadzić realizator Programu.
2. Kampania informacyjno-edukacyjna Programu (w tym przez media i portale społecznościowe szkołach rodzenia i POZ, ulotki, plakaty) powinny dotrzeć do jak największej liczby kobiet ciężarnych i stanowić element edukacji o opiece w okresie ciąży i znaczeniu współpracy w okresie perinatalnym.
3. Przekazanie informacji i rozpropagowanie informacji (na stronę internetową) o programie, w tym także do ośrodków POZ, poradni ginekologiczno-położniczych oraz indywidualnych praktyk lekarzy i położnych.
4. Do Programu będą kierowane kobiety ciężarne będące pod opieką realizatora oraz kobiety w ciąży, które są pod opieką oddziałów położniczo-ginekologicznych, poradni położniczo-ginekologicznych, położnych POZ, i zostaną skierowane przez te podmioty do programu jako uzupełnienie obecnie prowadzonej opieki medycznej.

3.6. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Wszystkie świadczenia udzielane w ramach programu zakwalifikowanym uczestnikom są bezpłatne. Do osiągnięcia założonych efektów realizacji Programu celowym jest rozważenie zaangażowania w kolejnych latach realizacji jak największej liczby jednostek samorządu terytorialnego na terenie województwa. Możliwym rozwiązaniem będzie wdrożenie Programu przez samorząd województwa w partnerstwie z samorządami terytorialnymi szczebla powiatowego i gminnego. Program przeprowadzony zostanie przez jednego realizatora i podwykonawców lub kilku realizatorów.

Tabela 4. Zakres interwencji w programie

Interwencje	Populacja docelowa
1. Działania informacyjno-edukacyjne	1. populacja ogólna (od 18. r.ż.)
2. Interwencja diagnostyczna - okołoporodowa opieka z wykorzystaniem telemedycznego systemu KTG wraz z działaniami edukacyjnymi dla uczestniczek programu	2. Ciężarne zakwalifikowane do Programu
3. Działania edukacyjne dla kadry medycznej	3. Personel medyczny zaangażowany w realizację programu

I. Kampania informacyjno-edukacyjna

Działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym będą prowadzone w ramach działalności własnej SWP i realizatora z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i materiałów np. strony internetowe, social media, komunikaty do mediów, bezpośrednie kontakty z podmiotami leczniczymi, itp. w celu rozpowszechnienia wiedzy na temat Programu wśród populacji kobiet ciężarnych i ich rodzin.

II. Teleopieka (planowane interwencje dotyczące tele-KTG)

1. Wizyta kwalifikująca – lekarz specjalista/położna

Realizator przeprowadzi kwalifikację uczestniczek do programu wg kryteriów klinicznych i formalnych włączenia/wyłączenia z Programu. Kryteria formalne weryfikuje pion administracyjny realizatora. Przy spełnieniu kryteriów włączenia Realizator zaprasza kobiety ciężarne do uczestnictwa w Programie i gromadzi stosowną dokumentację. W ramach wizyty pacjentka otrzyma wszystkie informacje o Programie (w tym o opiece zdalnej za pomocą telesystemu KTG⁵), wypełni niezbędne zgody i inne dokumenty, które będą służyły monitorowaniu Programu (w tym Plan Opieki, czy test wiedzy). Uczestniczka programu musi być pouczona, że telesystem KTG nie gwarantuje ochrony zdrowia i życia płodu, a jest narzędziem wspomagającym proces opieki prenatalnej i nie zwalnia kobiety ciężarnej z obowiązku pozostawania w trakcie ciąży pod opieką lekarza prowadzącego -ginekologa położnika oraz położnej).

W celu kwalifikacji do programu każda kobieta w ciąży będzie miała przeprowadzoną przez położną ankietę aktualnego stanu zdrowia. Każda uczestniczka otrzymuje materiały edukacyjne i może otrzymać wypożyczony komplet przenośnego aparatu KTG albo zostać umówiona na jego odbiór w osobnym terminie oraz zostanie przeszkolona o zasadach udziału w Programie. Podczas przekazania aparatury przenośnego KTG następuje:

- nieodpłatne wypożyczenie uczestniczkom programu przenośnego aparatu KTG; wraz z instrukcją jego użycia oraz instruktaż użycia (w tym w przypadku rejestracji w systemie podwykonawcy, będzie ona bezpłatna).
- realizator przekaze wszelkie niezbędne dane do logowania oraz zapewni dostęp do Centrum Monitoringu Realizatora, na okres od momentu odbioru urządzenia, do porodu.
- Wyniki w programie powinny zostać przedstawione uczestniczce zgodnie z ustalonymi zasadami w ramach Planu Opieki (także w ramach współpracy z innymi specjalistami, położną, czy lekarzem POZ) albo po zakończeniu programu.

Realizator zapewni, że urządzenia do telemedycznego KTG przekazywane kobietom będą wysterylizowane, zabezpieczone przed zanieczyszczeniami i uszkodzeniami, sprawne technicznie, posiadające aktualne przeglądy techniczne, zgodne z wymogami producenta, będą spełniały wszelkie wymagania określone przepisami prawa w zakresie dopuszczającym je do użytku.

⁵ Szczególnie ważnym i istotnym jest pouczenie uczestniczek programu, iż telesystem KTG nie gwarantuje ochrony zdrowia i życia płodu, a jest narzędziem wspomagającym proces opieki prenatalnej i nie zwalnia kobiety ciężarnej z obowiązku pozostawania w trakcie ciąży pod opieką wykwalifikowanego personelu medycznego (lekarz o specjalizacji związanej z położnictwem lub pielęgniarzka położna).

Wszystkie materiały edukacyjne dla ciężarnych, dokumenty programu zostaną przekazane przez realizatora programu w czasie wizyty kwalifikującej. Do zakresu materiałów edukacyjnych zostaną włączone:

- podstawowe informacje o celu badania i sposobowi interpretacji wyników,
- o technice dokonania pomiaru i sposobowi unikania błędów,
- zakresu wsparcia na poziomie infolinii
- zakresu wsparcia, jeśli taka będzie potrzeba, na poziomie szpitala
- czynnikach ryzyka rozwoju patologii ciąży w II trymestrze
- zaleceniach higienicznych i dietetycznych, w tym technikach relaksacyjnych

Osoby zainteresowane uczestnictwem w Programie oraz później uczestnicy Programu, będą mieć możliwość stałego dostępu do informacji o Programie oraz w sytuacji pojawienia się pytań w trakcie uczestnictwa (w tym natury medycznej), w związku z czym realizator zapewni dwa kanały kontaktu: odrębny numer telefoniczny (wyznaczone godziny dyżuru) oraz e-mail. Dodatkowo, w formularzu zgody na wykonanie badań, uczestniczki proszone będą o dobrowolne przekazanie swoich danych kontaktowych (e-mail, nr telefonu) oraz wyrażenie zgody na kontakt ze strony organizatora/realizatora programu w celu oceny satysfakcji uczestników, a także na wykorzystanie danych w celach statystycznych i oceny efektywności programu w czasie na podstawie danych NFZ.

2. Realizacja opieki zdalnej KTG – lekarz, położna, koordynator opieki – w zależności od potrzeb uczestniczek

Każda zarejestrowana uczestniczka programu może mieć wykonaną nielimitowaną liczbę zapisów KTG na podstawie ustalonego Planu Opieki (jako uzupełnienia do Karty Ciąży) razem z lekarzem i położną do momentu porodu. Maksymalnie do 6 tygodni po porodzie zostanie przeprowadzona wizyta zamykająca udział w programie (max czas udziału w programie: dla kobiet po 36 tygodniu ciąży – 4-10 tygodni, dla kobiet od ukończonego 32 -go tygodnia ciąży max. 8-14 tygodni). Każda zarejestrowana uczestniczka będzie mogła korzystać z infolinii w określonych godzinach, gdzie będzie miała dostęp do konsultacji z kadrą medyczną.

Program zapewnia możliwość całodobowego monitoringu położniczego uczestniczek z możliwością przeprowadzenia nielimitowanego samodzielnego zapisu KTG i z możliwością uzyskania wyników na swoje konto w aplikacji. Zapis trafia przez aplikację mobilną do systemu teleinformatycznego, jednocześnie personel medyczny prowadzący ciążę posiada dostęp do dedykowanego panelu na stronie www i na bieżąco może obserwować zapisy oraz analizy zapisów KTG. Algorytm analizuje wyniki badania i przedstawia w aplikacji jego cyfrową i graficzną interpretację. Monitorowane każdej ciężarnej

będzie prowadzone przez realizatora, z możliwością konsultacji stacjonarnej w tym ośrodku, jak również hospitalizacji w razie zaistnienia wskazań klinicznych.

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły na podstawie Planu Opieki aż do zamknięcia teleopieki w momencie porodu, a zakończenia udziału w programie powinno nastąpić do 6 tygodni od daty porodu. W przypadku zagrożenia zdrowia dziecka ciężarna jest niezwłocznie informowana telefonicznie o tym fakcie zgodnie ze zdefiniowanym schematem postępowania określonym w Planie Opieki. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w trakcie przeprowadzania postępowania terapeutycznego, uczestniczki będą informowane o konieczności zgłoszenia się do lekarza/położnej lub do szpitala. O najbliższym możliwym miejscu uzyskania wsparcia będzie uczestniczka informowana w programie na bieżąco oraz w ramach materiałów informacyjnych o oddziałach położniczych w województwie. W ramach programu nie będą finansowane świadczenia dotyczące opieki medycznej (poza teleopieką) dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia, uczucia niepokoju lub innych sytuacji dotyczących zdrowia ciężarnej kobiety i dziecka wymagających interwencji medycznej konieczne jest niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza prowadzącego ciążę lub najbliższej placówki medycznej, gdzie poza programem w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ można uzyskać pomoc.

Na poziomie realizatora będzie prowadzona bezpośrednia i pośrednia edukacja ciężarnej i jej rodziny. Edukacja bezpośrednia realizowana może być poprzez rozmowę z lekarzem i położną, a także z odpowiednio przeszkolonym pozostałym personelem, np. rejestratorkami medycznymi. W ramach działań edukacyjnych skierowanych do uczestniczek będą przygotowane materiały edukacyjnych w postaci: ulotek informacyjnych, materiałów na stronę internetową przydatnych podczas kontaktu z uczestniczkami (np. w ramach informacji w recepcji, w czasie wizyty w poradni), m.in. na temat możliwych w przebiegu ciąży powikłań i ich profilaktyki, objawów mogących świadczyć o powikłaniu. Informacja na temat przeprowadzonych badań zostanie umieszczona w dokumentacji medycznej uczestniczek oraz Planie Opieki. Należy odnotować datę i godzinę wykonania badania tele KTG, jego wynik umieścić w dokumentacji medycznej.

3. Wizyta Zamykająca – lekarz specjalista/położna

Każda uczestniczka otrzyma informację podsumowującą udział w programie w ramach wizyty telefonicznej przeprowadzonej przez położną w Ośrodku Realizatora wraz z podsumowaniem Planu Opieki w postaci elektronicznej/papierowej. Uczestniczka może przekazać informację do lekarza POZ lub innego lekarza specjalisty, np. ginekologa/położnika. .

W przypadku schorzeń wykrytych podczas uczestnictwa w Programie, uczestniczka może się zgłosić do wybranego lekarza POZ w celu dalszej diagnostyki i leczenia w ramach procedur finansowanych przez NFZ na odrębnych wizytach lekarskich.

Edukacja kadry medycznej (lekarzy, położnych, koordynatorów opieki):

Edukacja kadry medycznej, w tym lekarzy ginekologów, położnych, koordynatorów opieki (w tym opcjonalnie kadry podstawowej opieki zdrowotnej), będzie prowadzona na szkoleniach w formie stacjonarnej w formie wykładów i warsztatów lub w formie e-learningowej/online.

3.7. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, które wycofały swoją zgodę (w formie pisemnej rezygnacji) na udział w programie uczestnictwo kończy się wraz z zamknięciem Planu Opieki oraz zakończeniem udziału w działaniach edukacyjnych i teleopieki oraz skierowanie uczestnika do dalszej opieki w ramach świadczeń gwarantowanych,
- zakończenie realizacji PPZ - w przypadku osób, które zostały włączone do programu kończy się wraz z wykonaniem wizyty zamykającej w programie (wraz z wykonaniem testu wiedzy) oraz skierowanie uczestnika do dalszej opieki w ramach świadczeń gwarantowanych.

Udział populacji ogólnej w kampanii informacyjno-promocyjnej zostaje zakończony wraz z zakończeniem programu. Sposób zakończenia udziału w PPZ dla kadry medycznej to jest zakończenie udziału w szkoleniach i wykonanie post-testu.

4. Organizacja Programu polityki Zdrowotnej

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Program będzie przeprowadzony w latach 2025-2027. Przewiduje się możliwość kontynuacji lub rozszerzenia Programu w zależności od możliwości finansowych samorządu.

Etap przygotowawczy (0–4 miesiące realizacji Programu)

1. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust. 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
2. Opiniowanie Programu przez AOTMiT i ewentualna korekta uwag wniesionych do opinii Prezesa AOTMiT.
3. Wybór w drodze procedury konkursowej realizatora Programu.
4. Działania organizacyjne: opracowania materiałów edukacyjnych dla wszystkich uczestników; przygotowanie wzorów dokumentów, w tym m.in. oświadczeń i wzorów ankiet; przygotowanie kampanii informacyjno-edukacyjnej, opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów Programu, w tym szkoleń (terminów szkoleń, prowadzenie listy naboru na szkolenia) i trybu monitorowania realizacji Programu.
5. Działania informacyjno-edukacyjne i rekrutacja do programu – działania informacyjno-edukacyjne powinny być dostosowane do grupy docelowej, np. kobiety ciężarne, podmioty lecznicze prowadzące specjalistyczną opiekę ginekologiczno-położniczą, POZ oraz indywidualne praktyki położnych na terenie województwa pomorskiego, szkoły rodzenia. W działaniach należy uwzględnić podmioty i instytucje, które mają doświadczenie i dysponują dostępnymi materiałami edukacyjnymi zgodnymi z zakresem Programu.
6. Kwalifikacja do programu i realizacja zdalnej opieki
7. Monitoring i ewaluacja programu

Realizatorem Programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą w myśl *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, realizujący świadczenia w ramach umowy z NFZ w ambulatoryjnej i stacjonarnej opiece położniczo-ginekologicznej. Po przyjęciu przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w formie uchwały Zarządu Województwa Pomorskiego zostanie ogłoszony konkurs na realizatora. Z wybranym realizatorem Programu zostanie

podpisana umowa, w której określone będą warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane zadania w ramach Programu.

Działania podejmowane w ramach organizacji Programu są wieloetapowe. Należy je rozpatrywać z perspektywy jednego ośrodka realizującego zadania programu na poziomie województwa. Po ocenie realizacji po pierwszym roku możliwe jest zaangażowanie innych jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów leczniczych.

Etap realizacji programu (5-22 miesiąc realizacji Programu)

1. Przeprowadzenie przez realizatora szkolenia dla II grupy docelowej (kadry medycznej).

Przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń dla poszczególnych przedstawicieli zawodów medycznych. Wszyscy profesjonaliści medyczni mogą następnie brać udział w edukacji uczestniczek. Szkolenia będą przeprowadzone przez realizatora, we współpracy z lekarzem specjalistą w zakresie położnictwa i ginekologii oraz położnymi, we współpracy z UMWP. Powinny zawierać informacje o potrzebach uczestniczek w zakresie medycznym, w zakresie codziennego funkcjonowania oraz miejsc uzyskania wsparcia, monitorowania ciąży i możliwościach leczenia u realizatora, (także u innych świadczeniodawców, a także o realizowanym programie.

Realizator przygotowuje i przeprowadzi szkolenia dla kadry medycznej zaangażowanej w realizację programu. Możliwe jest szkolenie stacjonarne (opcjonalnie on-line), dotyczące:

- prezentację założeń i zakresu realizacji świadczeń w Programie,
- zasady współpracy i komunikacji lekarz/położnych/koordynator opieki - uczestniczki programu,
- ocena ryzyka u kobiet w ciąży,
- zasady edukacji uczestniczek w zakresie Programu,
- zapoznanie z materiałami edukacyjnymi,
- zapoznanie się z zasadami obsługi urządzeń tele-KTG,
- schemat obiegu dokumentów w Programie.

W ramach szkolenia konieczne jest wykonanie testu oceny poziomu wiedzy kadry medycznej (pre-test i post testu).

Opcjonalnie przygotowanie i przeprowadzenie spotkania szkoleniowo- informacyjnego dla położnych środowiskowych oraz ginekologów funkcjonujących w ramach POZ, które będzie przeprowadzone w formie wykładów e-learningu (do 2h) i będzie obejmować:

- prezentację założeń i zakresu realizacji świadczeń w Programie
- zasady komunikacji z uczestniczkami, w tym w ramach opieki zdalnej,

- zapoznanie z materiałami edukacyjnymi,
- zasady monitorowania uczestniczek w ramach teleopieki (mKTG),
- zasady edukacji uczestniczek w ramach Programu,
- możliwości współpracy z realizatorami Programu.

2. Przeprowadzenie przez realizatora interwencji dla I i II grupy docelowej

Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie Programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).

Tabela 5. Planowany harmonogram opracowania, wdrożenia i realizacji Programu

Działanie (Etap)	Kto
1. Decyzja o przyjęciu do realizacji programu. Przygotowanie i ogłoszenie konkursu na wybór realizatora PPZ.	SWP
2. Przygotowanie wzorów dokumentacji, ankiet oraz materiałów edukacyjno-informacyjnych	Realizator
3. Składanie ofert konkursowych	Realizator
4. Wyłonienie Realizatora /podpisywanie umów	SWP
5. Przygotowanie e-learningu/szkoleń dla personelu medycznego i wszystkich niezbędnych materiałów, w tym materiałów edukacyjno-informacyjnych	realizator
6. Prowadzenie szkoleń dla kadry medycznej	realizator
7. Przeprowadzenie interwencji: działania edukacyjno-informacyjne dla populacji ogólnej – przygotowanie materiałów, prowadzenie kampanii	realizator
8. Przeprowadzenie edukacji świadczeniobiorców	realizator
9. Przekazanie sprawozdań kwartalnych/ z realizacji PPZ w 2025 r. i 2026 r,	Realizator
10. Przekazanie sprawozdań końcowych	Realizator
11. Przekazanie raportu końcowego PPZ do AOTMiT oraz zamieszczenie jego treści na BIP Organizatora	SWP

Przyjęty harmonogram ma charakter orientacyjny. Planowany czas realizacji programu wyniesie 24 miesiące i zakończony zostanie do 1 Q 2027 , ale daty poszczególnych etapów mogą ulec zmianom.

Etap ewaluacji i zamknięcia (3–4 miesięcy realizacji Programu)

1. Zakończenie realizacji PPZ.
2. Rozliczenie finansowe.
3. Sprawozdanie merytoryczne.
4. Podsumowanie realizacji Programu.

4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Świadczenie w postaci wykonania badań tele-KTG otrzyma każda osoba, która została zakwalifikowana do Programu zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Edukacja może być realizowana w ramach odrębnych szkoleń skierowanych do wszystkich osób zakwalifikowanych do Programu przez realizatorów. Program będzie realizowany przez podmioty lecznicze i jego personel, które zostaną wybrane do realizacji Programu w drodze konkursu, w tym lekarzy, pielęgniarki i położne przeszkolone na potrzeby Programu.

Realizatorem Programu zostanie podmiot, który zagwarantuje bezpieczeństwo planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w tym w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej. Interwencje będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie, a prowadzone w Programie badania będą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

1. W skład **zespołu-personelu medycznego realizatora**, który powinien świadczyć kompleksowe usługi, powinien wchodzić co najmniej:
 - lekarz posiadający specjalizację z zakresu ginekologii i położnictwa albo lekarz w trakcie specjalizacji, z co najmniej 3-letnim stażem zawodowym,
 - położna z co najmniej 3-letnim stażem pracy,
2. Wymagania dotyczące realizacji interwencji przez realizatora Programu:
 - opracowywanie Planu Opieki jako procesu wspomagania procesu opieki prenatalnej dla każdej uczestniczki programu (kobiety ciężarnej) wraz z informacją dla lekarzy prowadzącego,
 - nieodpłatne wypożyczenia systemu mobilnego tele KTG (certyfikowanym CE) wraz z instrukcją jego użycia, wraz z przekazaniem wszelkich niezbędnych danych dostępowych do systemu całodobowej usługi w zakresie zbierania danych, ich analizy i interpretacji.
 - zapewnienie opieki zdalnej przez 24h przez 7 dni w tygodniu, wraz z systemem komunikacji z uczestniczkami programu oraz reagowania w stanach zagrożenia życia, wraz z reagowaniem w przypadku nieprawidłowości lub nagłego pogorszenia parametrów życiowych płodu
 - Monitorowanie uczestniczek, przy wykorzystywaniu systemu algorytmów w celu interpretacji wyników przez kadrę medyczną (w tym aktualnych przeglądów technicznych, zgodne z wymogami producenta, spełniając wszelkie wymogi określone przepisami prawa w zakresie

dopuszczającym je do obrotu) oraz przekazywanie do 45 minut wyników KTG, a w przypadkach stwierdzenia nagłego pogorszenia parametrów życiowych płodu niezwłocznego informowana telefonicznie uczestniczkom programu,

- możliwość leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, zgodnie z świadczeniami opieki zdrowotnej z zakresów określonych w art. 15 ust. 2 pkt 2, 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, znajdujące zastosowanie w leczeniu świadczeniobiorców, także w przypadku wystąpienia powikłań.
- ułatwienie kontaktu uczestnikom drogą mailową oraz telefoniczną na zasadach ogólnych oraz współpraca z innymi świadczeniodawcami obejmującymi opiekę uczestniczki programu,
- pomieszczenia do przeprowadzenia szkoleń (dopuszcza się realizację poza siedzibą podmiotu lub w formie zdalnej).

Świadczenia w ramach Programu może wykonywać inny personel medyczny niż powyżej wskazany, o ile jest uprawniony do wykonywania tego świadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Interwencje w ramach Programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania w Programie ze sprzętu, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty. Ponadto, każdy realizator musi spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność.

4.3. Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania

Pełne uczestnictwo w Programie polega na odbyciu edukacji oraz monitorowania stanu płodu i zdrowia matki. Zakończenie udziału w Programie jest możliwe na każdym etapie Programu na życzenie uczestnika Programu.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu Polityki Zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitoring Programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

1. **oceny zgłaszalności do Programu,**
2. **oceny jakości świadczeń przewidzianych w Programie,**
3. **oceny efektywności Programu.**

W ramach monitoringu realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- Sprawozdanie miesięczne/kwartalne/półroczne z wykonania świadczeń w ramach Programu – zgodnie z treścią wzoru opublikowanego w konkursie ofert.
- Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik nr 2 do Programu – w sprawozdaniu na koniec realizacji Programu.

Sprawozdanie miesięczne/kwartalne/roczne może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorem

Ocena zgłaszalności do Programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać dane, takie jak imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w Programie oraz dane pozwalające określić:

- zasięg kampanii informacyjno-promocyjnej,
- liczbę osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczbę świadczeniodawców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym;
- liczbę kobiet ciężarnych zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
- liczbę kobiet ciężarnych poddanych zdalnej opiece perinatalnej (tele KTG),
- liczbę kobiet ciężarnych z wystąpieniem ryzyka zagrożenia powikłań poporodowych w czasie opieki
- liczbę kobiet ciężarnych, które zostały poddane działaniom edukacyjnym;

- liczbę kobiet ciężarnych, które po zgłoszeniu do programu nie zostały objęte działaniami w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów (brak powodów, odmowa, inne);
- liczbę kobiet ciężarnych, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Dane są zbierane przez realizatora (w formie papierowej lub elektronicznej). Mogą zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu Programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do Programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych, po uzyskaniu zgody świadczeniobiorcy. Administratorem danych osobowych osób aplikujących do Programu jest podmiot realizujący program. Każdy uczestnik Programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do realizatora Programów zakresie przebiegu uzyskanych świadczeń oraz będzie mógł wyrazić swoją opinię na temat Programu.

OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ W PROGRAMIE

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji oraz oceny doświadczeń uczestniczek Programu (w zakresie sposobu zapraszania, poziomu edukacji i przekazy wiedzy, obsługi uczestniczek przez realizatora). Ankieta może być prowadzona w formie papierowej lub w formie elektronicznej. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

Każdy uczestnik Programu zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

- udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył, albo
- rezygnacji z dalszego udziału w Programie.

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników musi zawierać:

- liczbę uczestników (świadczeniobiorców lub lekarzy) Programu biorących udział w badaniu satysfakcji;
- liczbę analizowanych ankiet satysfakcji (uczestniczek lub lekarzy);
- powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestniczek programu biorących udział w badaniu satysfakcji, a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników Programu powinna zawierać wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych. Analiza wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne. Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników Programu. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

Jakość szkoleń dla kadry medycznej oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji i wiedzy uczestników szkolenia. Każdy uczestnik Programu zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po wypełnieniu testu z wiedzy (pre-post lub post-testu).

5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja Programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale „Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej”. Realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu Programu raportu końcowego z realizacji całego PPZ w celu przeprowadzenia ewaluacji. Sprawozdanie końcowe musi obejmować cały okres trwania Programu. Ewaluacja powinna się opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Sprawozdanie końcowe może zawierać także dodatkowe elementy, które wpłynęły na sposób realizacji Programu. Wszystkie elementy zmodyfikowane w ramach Programu powinny być ujęte też w sprawozdaniach cząstkowych (półrocznych lub rocznych w przypadku realizacji programu przez kilka lat) i końcowym. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do:

- odsetka ciąż zakończonych nieterminowo w stosunku do wskaźnika populacji ogólnej wszystkich kobiet ciężarnych w województwie pomorskim (lub w populacji kobiet ciężarnych województwa pomorskiego, co najmniej raz hospitalizowanych na patologii ciąży),
- odsetka ciąż zakończonych powikłaniami płodu w stosunku do wskaźnika na populacji ogólnej wszystkich kobiet ciężarnych w województwie pomorskim w danym roku (opcjonalnie dodatkowo w populacji kobiet ciężarnych województwa pomorskiego, co najmniej raz hospitalizowanych na patologii ciąży),
- porównanie współczynników umieralności okołoporodowej noworodków i matek w populacji uczestników programu polityki zdrowotnej oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (lub populacji ogólnej na terenie województwa lub Polski, jeżeli są dostępne dane) z danego roku lub 2-3 lata przed programem.

Po zakończeniu realizacji Programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru Programu Polityki Zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu Programu Polityki Zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej [23]. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. raportów oraz innych danych otrzymanych od realizatorów Programu. Dodatkowo, jeśli będą przedstawione dane z NFZ dotyczące realizacji świadczeń gwarantowanych dotyczące liczby hospitalizacji i świadczeń dotyczących porodów, w tym zgonów matek lub dzieci pozwoli to na opracowanie bardziej kompleksowego raportu końcowego z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej, decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji Programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji zostanie podjęta po ewaluacji programu.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego,
- koszt przygotowania materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- koszt prowadzenia działań edukacyjnych dla świadczeniobiorców,
- koszt kwalifikacji do Programu,
- kosztów opieki zdalnej,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

W tabeli wymieniono poszczególne elementy Programu, niezbędne do oszacowania kosztu jednostkowego i całkowitego realizacji Programu. W ramach Programu przeprowadzony zostanie przeprowadzone:

1. Opracowanie protokołów postępowania, materiałów edukacyjnych dla świadczeniobiorców. Przygotowanie strategii edukacyjnej oraz materiałów i strony internetowej dla uczestniczek programu. Przygotowanie i przeprowadzenie kampanii społecznej: 45 000 zł.
2. Przygotowanie oraz przeprowadzenie kursu edukacyjnego dla kadry medycznej – 5 000 zł za jedno szkolenie minimum 25 osób stacjonarnie lub e-learningowo, łącznie 2 szkolenia, łączny koszt 10 000 zł. Koszt uwzględnia opracowanie materiałów oraz opłacenie wykładowców, a także zapewnienie obsługi administracyjnej kursu. Koszt obejmuje wynagrodzenia dla wykładowców, materiały, koszt wynajęcia sali, sprzętu, wyżywienie. To zapewni zarówno komfort nauczania, jak i możliwość współpracy i interakcji między uczestnikami.

Planowany kosztorys Programu

Tabela 6. zestawienie kosztów jednostkowych

Lp.	POZYCJA KOSZTORYSU	FORMA ROZLICZENIOWA	LICZBA JEDNOSTEK	KOSZT JEDNOSTKOWY [PLN]	KOSZT CAŁKOWITY [PLN]
1	Kampania informacyjno-promocyjna: • infografiki dotyczące Programu • przygotowanie informacji na stronę www. • kwestionariusz uczestnika programu - informacja o wyniku badania przesiewowego • ulotki (A4- 210x297 mm)	Pakiet	3	15 000	45 000
2	Szkolenie dla kadry medycznej (opracowanie materiałów i przeprowadzenie szkoleń)	Szt.	2	5 000	10 000
3	Wizyta kwalifikująca	Szt	800	120	96 000
4	Koszt użytkowania teleKTG (od 32 tygodnia ciąży)**	monitorowanie	280	1199	335 720
5	Koszt użytkowania teleKTG (od 36 tygodnia ciąży)**	monitorowanie	520	999	519 480
6	Wizyta zamykająca	Szt	800	60 zł	48 000
7	Koordinacja i administracja, monitoring, ewaluacja	10% kosztów merytorycznych			105 420
RAZEM					1 159 620

*koszt jednego szkolenia należy pomnożyć przez liczbę szkoleń, w zależności od liczby lekarzy i położnych objętych edukacją. W jednym szkoleniu powinno wziąć udział nie więcej 25 położnych i nie więcej niż 30 lekarzy.

** zakładamy, że 35% ciężarnych będzie korzystało z teleKTG od 32 tygodnia ciąży, a 65% od 36 tygodnia, co różnicuje koszt użytkowania systemu zdalnego monitoringu

Budżet programu wynosi 164 890 zł na rok 2025; 703 450 na rok 2026 i 291 280 na rok 2027 (1Q 2027) budżet całkowity: 1 159 620 zł. Koszt kampanii edukacyjno-informacyjnej wyniesie 45 000 zł. Koszt uczestnictwa na 1 osobę/ – świadczeniobiorcę (obejmujący wszystkie interwencje oraz koszty pośrednie) w programie wyniesie 1449,52 zł łącznie, natomiast uwzględniając wyłącznie koszty bezpośrednie 1249 zł na osobę.

Tabela 7. Roczne koszty Programu polityki zdrowotnej

Zadanie	Rok I		Rok II		Rok III	
	ilość	koszt całkowity	ilość	koszt całkowity	ilość	koszt całkowity
Wizyty kwalifikujące i zamykające	100	18 000	500	90 000	200	36 000
Kampania informacyjna	1	15 000	1	15 000	1	15 000
Szkolenie kadry medycznej	2	10 000	0	0	0	0
Koszt systemów KTG	100	106 900	500	534 500	200	213 800
Koordinacja	1	14 990	1	63 950	1	26 480
	Razem	164 890		703 450		291 280

W przypadku dużego zainteresowania programem i dużej liczby chętnych do udziału w nim, województwo pomorskie może podjąć decyzję o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu oraz zaangażowaniu innych jednostek samorządu terytorialnego.

6.2. Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2025 – 2027 (24 miesiące). Planowany budżet programu został określony w wysokości 1 159 620 zł.

6.3. Źródła finansowania

Program sfinansowany zostanie z budżetu samorządu województwa pomorskiego oraz innych jednostek samorządu terytorialnego, w przypadku ich zaangażowania.

Bibliografia

1. (2021) Indications for Outpatient Antenatal Fetal Surveillance: ACOG Committee Opinion, Number 828. *Obstetrics & Gynecology* 137(6):e177–e197.
2. Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia. *South Australian Perinatal Practice Guideline. Fetal Surveillance (Cardiotocography)*. 2019.
3. Blackwell S, Roy Ch. (2021) Antenatal Cardiotocography UHL Obstetric Guideline. University Hospital of Leicester Dostęp: <https://secure.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Antenatal%20Cardiotocography%20UHL%20Obstetric%20Guideline.pdf>.
4. (2014) S1-Guideline on the Use of CTG During Pregnancy and Labor. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 74(08):721–732.
5. Oszukowski P, Karewicz-Bilińska A, Opala T, et al. (2014) Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zastosowania kardiokardiotokografii w położnictwie. *Ginekologia* 85:713–716.
6. Canterbury District Health Board. (2020) Fetal Heart Monitoring. Dostęp: <https://edu.cdhb.health.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/maternity-care-guidelines/Documents/GLM0010-Fetal-Heart-Monitoring.pdf>.
7. Liston R, Sawchuck D, Young D. (2018) RETIRED: No. 197a-Fetal Health Surveillance: Antepartum Consensus Guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(4):e251–e271.
8. GUS. Sytuacja demograficzna Polski do 2023 roku. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2023-roku,40,4.html> (17.3.2025).
9. GUS. Rocznik Demograficzny 2022. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2022,3,16.html> (17.3.2025).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001248> (17.3.2025).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001413> (17.3.2025).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001520> (17.3.2025).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz.U. 2018 poz. 1756. Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>.
14. Tamaru S, Jwa SC, Ono Y, Seki H, Matsui H, Fujii T, Iriyama T, Doi K, Sameshima H, Naruse K, Kobayashi H, Yoshida R, Nishi H, Hirata Y, Fukushima K, i in. (2022) Feasibility of a mobile cardiotocogram device for fetal heart rate self-monitoring in low-risk singleton pregnant women. *J of Obstet and Gynaecol* 48(2):385–392.
15. Das MK, Tripathi R, Kashyap NK, Fotedar S, Bisht SS, Rathore AM, Raghav A. (2019) Clinical Validation of Mobile Cardiotocograph Device for Intrapartum and Antepartum Monitoring

Compared to Standard Cardiotocograph: An Inter-Rater Agreement Study. *J Family Reprod Health* 13(2):109–115.

16. Pilarczyk R, Strózik M, Hirnle L. (2020) Diagnostic equivalency of mobile CTG devices and remote analysis to conventional on-site nonstress test. *Adv Clin Exp Med* 29(1):33–44.
17. AOTMiT. (2024) Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 11/2024 z dnia 8 lutego 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowa mama – zdrowe dziecko” (gmina Stare Babice). AOTMiT.
18. Bekker MN, Koster MPH, Keusters WR, Ganzevoort W, De Haan-Jebbink JM, Deurloo KL, Seeber L, Van Der Ham DP, Zuithoff NPA, Frederix GWJ, Van Den Heuvel JFM, Franx A. (2023) Home telemonitoring versus hospital care in complicated pregnancies in the Netherlands: a randomised, controlled non-inferiority trial (HoTeL). *The Lancet Digital Health* 5(3):e116–e124.
19. Nakagawa K, Umazume T, Mayama M, Chiba K, Saito Y, Noshiro K, Morikawa M, Yoshino M, Watari H. (2021) Survey of attitudes of individuals who underwent remote prenatal check-ups and consultations in response to the COVID -19 pandemic. *J of Obstet and Gynaecol* 47(7):2380–2386.
20. Grassl N, Nees J, Schramm K, Spratte J, Sohn C, Schott TC, Schott S. (2018) A Web-Based Survey Assessing the Attitudes of Health Care Professionals in Germany Toward the Use of Telemedicine in Pregnancy Monitoring: Cross-Sectional Study. *JMIR Mhealth Uhealth* 6(8):e10063.
21. Mularski PŁ, Kępa A, Serówka-Krajnik A, Huras H, Kalinka J. (2022) Telemedycyna w położnictwie na przykładzie urządzenia mobilnego do zdalnego wykonywania badań kardiograficznych (KTG). *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 7(2):67–74.
22. GUS. Rocznik Demograficzny 2023. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2023,3,17.html> (17.3.2025).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002476> (17.3.2025).

Załączniki – przykładowe wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

ZAŁĄCZNIK NR 1

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program kompleksowej zdalnej opieki dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi rejestracji?

	<i>Bardzo do- brze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połą- czenia z przychodnią</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Empatia w trakcie rozmowy</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Kompetentna informacja</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej?

	<i>Bardzo do- brze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, tro- ska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie infor- macji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Zapewnianie intymności i prywat- ności podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgnarskiej?

	<i>Bardzo do- brze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, tro- ska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie infor- macji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Czas oczekiwania na wizytę w po- czekalni/przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie uzyskane wsparcie?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Inne uwagi

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu naj-
wyższego komfortu uczestnikom programu.*

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

OŚWIADCZENIE

Zgoda uczestniczki na nieodpłatny udział w programie pn.: „Program kompleksowej zdalnej opieki dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży”

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania/

zameldowania na terenie województwa Pomorskiego:

Numer telefonu:

Ja niżej podpisana.....oświadczam,

że uzyskałam informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadoma faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny.

Uczestnictwo w programie składać się będzie z: nieodpłatnego wypożyczenia uczestniczce programu przenośnego aparatu KTG; analizy i interpretacji zapisu KTG wykonanego w warunkach domowych przy użyciu w/w aparatu KTG i przesłanego zdalnie do całodobowego Centrum Monitoringu; przekazywania opisu przygotowanego przez Centrum Monitoringu wykonanego badania uczestniczce programu; niezwłoczny kontakt ze strony kadry medycznej w przypadkach stwierdzenia nagłego pogorszenia parametrów życiowych płodu oraz nieodpłatnym zwrotem pakietu KTG.

- Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałam i zrozumiałam, uzyskałam również wyjaśnienia dotyczące uczestnictwa w Programie i korzystania z zdalnego monitoringu KTG.
- Oświadczam, że jestem w tygodniu ciąży.
- Oświadczam, że jestem mieszkanką/jestem zameldowana w województwie pomorskim

Data i czytelny podpis uczestniczki:

Zgodę przygotowuje się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Jeden egzemplarz otrzymuje uczestniczka programu; drugi egzemplarz otrzymuje realizator.