



Minister Zdrowia

RZZR.050.15.2026.JK
Warszawa, 14 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację nr 18192 Poseł Barbary Dolniak, w sprawie wsparcia kobiet cierpiących na depresję poporodową, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W ocenie Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dostępne są opracowania i szacunki epidemiologiczne, natomiast nadal ograniczone pozostają pełne, jednolite dane systemowe odnoszące się bezpośrednio do wszystkich przypadków depresji poporodowej na poziomie ogólnokrajowym. Aktualne piśmiennictwo podaje, że depresja okołoporodowa dotyka od 7% lub 13% do 19% kobiet w trakcie 3-6 miesięcy po porodzie¹. Z uwagi na powyższe ocena skuteczności wdrażanych rozwiązań powinna opierać się przede wszystkim na monitorowaniu realizacji screeningu, dostępności dalszej diagnostyki oraz drożności ścieżki kierowania pacjentki do leczenia.

Obowiązujące rozwiązania prawne i organizacyjne przewidują instrumenty służące wczesnemu rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym oraz kierowaniu pacjentki do dalszej diagnostyki i leczenia. Standard organizacyjny opieki okołoporodowej² obejmuje ocenę ryzyka i nasilenia objawów depresji na określonych etapach opieki nad kobietą w ciąży i po porodzie, tj. pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży, pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży oraz podczas wizyty patronażowej położnej po porodzie. Dodatkowo nowelizacja standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej³ uwzględniła wśród czynników powikłań okołoporodowych, identyfikowanych przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą, na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem, rozpoznanie choroby psychicznej, depresji lub prób samobójczych lub zachowań autoagresywnych lub zaburzeń odżywiania lub przemocy seksualnej lub zaburzeń psychicznych związanych z wcześniejszym porodem. Ich wystąpienie ma istotny wpływ na kształtowanie właściwej opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym. Doprecyzowano także kwestie dot. terminu dokonywania oceny stanu psychicznego kobiety w położu, tak aby odbyła się w momencie zwiększonego ryzyka jej wystąpienia, tj. w czwartym tygodniu od urodzenia dziecka, nie zaś od razu na pierwszej wizycie patronażowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Wcześniejszą ocenę stanu psychicznego kobiety w położu należy wykonać, jeśli istnieją przesłanki zaburzeń psychicznych.

Nowelizacja standardu gwarantuje również możliwość skorzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu przez kobiety będące w sytuacjach szczególnych, do których zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady płodu, poronienie, urodzenie dziecka martwego, dziecka niezdolnego do

¹ Psychiatria Polska 2017; 51(5): 889–898).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324, z późn. zm.).

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1525).

życia, dziecka chorego lub dziecka z wadami wrodzonymi czy zgon dziecka po porodzie. W czasie tej opieki położna również ocenia czynniki ryzyka depresji. Powyższe działania jednoznacznie wskazują, że przesiew w kierunku zaburzeń depresyjnych stanowi ważny element opieki okołoporodowej.

Jednocześnie, w ocenie Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii, z perspektywy praktyki klinicznej istotne znaczenie ma uważność opieki położniczo-ginekologicznej w tym zakresie. To personel sprawujący opiekę nad kobietą w ciąży i po porodzie najczęściej jako pierwszy ma możliwość dostrzeżenia objawów obniżonego nastroju, lęku, przeciążenia psychicznego, zaburzeń snu, trudności adaptacyjnych czy innych sygnałów wskazujących na kryzys psychiczny. Z tego względu znaczenie ma nie tylko samo przeprowadzenie badania przesiewowego, lecz także odpowiednie umiejętności personelu oraz gotowość do uruchomienia dalszej ścieżki pomocy. Jeżeli w toku screeningu albo w trakcie kontaktu z personelem medycznym pojawia się podejrzenie depresji lub innego zaburzenia psychicznego pacjentka może zostać skierowana do dalszej diagnostyki i leczenia bez zbędnych barier formalnych. Do lekarza psychiatry nie jest wymagane skierowanie, a w placówkach mających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia skierowanie nie jest obecnie wymagane również w odniesieniu do psychologa. Zmniejsza to bariery wejścia do systemu i umożliwia szybsze objęcie pacjentki pomocą specjalistyczną.

W odniesieniu do kobiet w ciąży należy ponadto uwzględnić szczególne uprawnienia wynikające z obowiązującego prawa, zgodnie z którym kobieta w ciąży korzysta ze świadczeń poza kolejnością⁴. Jeżeli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia, to powinno zostać udzielone w możliwie najszybszym terminie, nie później niż w ciągu 7 dni roboczych. Dotyczy to także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych. W praktyce oznacza to, że kobieta w ciąży, u której badanie przesiewowe lub ocena kliniczna budzą podejrzenie depresji albo innego zaburzenia psychicznego, nie powinna pozostawać w zwykłym trybie oczekiwania.

Warto jednocześnie zaznaczyć, że dodatni wynik badania przesiewowego nie jest jeszcze rozpoznaniem klinicznym. Stanowi on jednak podstawę do dalszej oceny psychiatrycznej lub psychologicznej. W zależności od obrazu klinicznego dalsze postępowanie może obejmować konsultację psychiatryczną, konsultację psychologiczną, psychoedukację, psychoterapię, farmakoterapię, leczenie środowiskowe, leczenie dzienne albo leczenie stacjonarne. Z punktu widzenia organizacji opieki istotne jest, aby pacjentka nie została pozostawiona wyłącznie z informacją o ryzyku, lecz miała realnie udostępnioną dalszą ścieżkę pomocy. W przypadkach nagłych nie ma bariery skierowania do szpitalnego leczenia psychiatrycznego. Jeżeli stan psychiczny kobiety w ciąży albo kobiety po porodzie wskazuje na istotne zagrożenie dla jej zdrowia lub życia możliwe jest zgłoszenie się do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego albo na szpitalny oddział ratunkowy bez skierowania. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji związanych z nasilonymi myślami samobójczymi, objawami psychotycznymi, głębokim zahamowaniem psychoruchowym, pobudzeniem albo znaczną dezorganizacją zachowania.

Znaczącą rolę pełni również środowiskowy model opieki psychiatrycznej, w szczególności Centra Zdrowia Psychicznego (CZP). Zgłoszenie do Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego nie wymaga skierowania ani wcześniejszego umawiania wizyty. Aktualnie funkcjonuje 118 CZP, które obejmują działaniem 50% dorosłej populacji Polski. Należy mieć na uwadze, iż aspekt wdrożenia modelu środowiskowego do całości systemu opieki psychiatrycznej jest nadal przedmiotem prac. Intencją Ministra Zdrowia jest wdrożenie modelu Centrów Zdrowia Psychicznego w skali ogólnokrajowej od dnia 1 stycznia 2027 r.

⁴ Art. 47c ust. 2 ustawy 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

W okresie okołoporodowym istotne jest także to, że potrzeba pomocy nie musi zostać zgłoszona wyłącznie przez samą pacjentkę. W praktyce do Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego może zwrócić się również rodzina, która obserwuje niepokojące objawy, poszukuje informacji, potrzebuje wsparcia organizacyjnego albo psychoedukacji. Ma to szczególne znaczenie w sytuacjach, w których kobieta nie ma pełnego wglądu w swój stan psychiczny, minimalizuje objawy albo nie ma siły samodzielnie zgłosić się po pomoc.

Dodatkowo, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu położnictwa i ginekologii⁵, świadczeniodawcy są obowiązani do zapewnienia psychologa – co najmniej 0,5 etatu lub zapewnienie porady psychologicznej w czasie nieprzekraczającym 24 h liczonych od momentu zgłoszenia. W przypadku świadczeń realizowanych z zakresu położnictwa i ginekologii - drugi poziom referencyjny lub położnictwa i ginekologii - trzeci poziom referencyjny, świadczeniodawcy muszą zapewnić psychologa w wymiarze co najmniej 0,5 etatu.

Jednocześnie, w ramach świadczenia koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)⁶, świadczeniodawcy realizujący KOC III zobligowani są do zapewnienia opieki psychologicznej, w szczególności w przypadkach kobiet w ciąży z uprzednio rozpoznaną i udokumentowaną wadą rozwojową płodu lub ciężką, nieuleczalną chorobą płodu (dotyczy świadczeniodawców III poziomu opieki perinatalnej). W przypadkach występowania powikłań lub opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, zapewnia się opiekę psychologiczną obejmującą: diagnozę kliniczną, w tym diagnozę sytuacji kryzysowej, interwencję kryzysową, pomoc w efektywnym radzeniu sobie z sytuacją trudną, a w przypadku śmierci dziecka z sytuacją utraty, wsparcie emocjonalne, realizowane w formie porad psychologicznych i psychoterapii indywidualnej lub grupowej udzielanych odpowiednio przez psychologa lub psychoterapeutę posiadających co najmniej dwuletnie doświadczenie kliniczne w zakresie opieki perinatalnej i hospicyjnej.

Warto zaznaczyć, że przepisy rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁷ nie przewidują świadczeń psychologa/psychoterapeuty/psychiatry przeznaczonych wyłącznie dla kobiet w ciąży i w pierwszych 12 miesięcy po porodzie. Pacjentki takie mogą skorzystać z opieki psychiatrycznej na zasadach ogólnych.

Jednocześnie informuję, że aktualnie nie są prowadzone prace dotyczące ewentualnego uwzględnienia dodatkowych działań w ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, ukierunkowanych na okres okołoporodowy kobiet. Główne cele ww. Programu koncentrują się na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb, jak również prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

⁵ Załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

⁶ Zarządzenia nr 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, ze zm.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285, ze zm.).