



Minister Zdrowia

RZZR.050.8.2026.JK
Warszawa, 20 marca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację nr 15654 Poseł Iwony Kozłowskiej i grupy Posłów, w sprawie depresji poporodowej, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

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 okołoporodowej¹ 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 okołoporodowej² 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 również 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. Wcześniejszą ocenę stanu psychicznego kobiety w położu należy wykonać, jeśli istnieją przesłanki zaburzeń psychicznych. Nowelizacja standardu zagwarantuje 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 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 standardu 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

¹ 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.).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1525).

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 kolejnością³. 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 uruchomioną 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-Koordinacyjnego nie wymaga skierowania ani wcześniejszego umawiania wizyty. Aktualnie funkcjonuje 117 CZP, które obejmują działaniem 50% dorosłej populacji Polski. Obecnie prowadzone są także prace nad przygotowaniem odpowiednich rozwiązań, które pozwolą na pełne wdrożenie CZP do systemu ochrony zdrowia psychicznego. Celem tych działań jest stworzenie możliwości kontraktowania centrów w ramach ogólnego systemu świadczeń zdrowotnych oraz znaczące zwiększenie dostępności tej formy opieki, szczególnie w regionach, które dotychczas nie były objęte pilotażem.

W okresie okołoporodowym istotne jest także to, że potrzeba pomocy nie musi zostać zgłoszona wyłącznie przez samą pacjentkę. W praktyce do Punktu Zgłoszeniowo-Koordinacyjnego 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.

³ 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.).

Dodatkowo, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu położnictwa i ginekologii⁴, 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)⁵, 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 uzależnień⁶ 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. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń wskazują, że świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych obejmują następujące świadczenia:

- 1) porada lekarska diagnostyczna – porada rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy. porady takiej udziela lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację i stopnia w dziedzinie psychiatrii, ew. dopuszczalne jest udzielanie tego świadczenia przez lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii;
- 2) porada lekarska terapeutyczna – porada kontynuująca leczenie według planu terapeutycznego;
- 3) porada lekarska kontrolna;
- 4) porada psychologiczna diagnostyczna – porada udzielana z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych, rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy. Porady takiej udziela specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej.
- 5) porada psychologiczna – porada stanowiąca element wdrożonego planu leczenia. porady udziela psycholog.

⁴ Załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

⁵ 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.

⁶ 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.).

6) sesja psychoterapii indywidualnej – sesja z jednym świadczeniobiorcą, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy, prowadzona według określonej metody.

Sesja psychoterapii indywidualnej może być realizowana w formie:

- a) interwencji kryzysowej (pomocy psychospołecznej) - do 6 sesji w okresie do 2 tygodni lub
 - b) psychoterapii krótkoterminowej - do 25 sesji w okresie pół roku, lub
 - c) psychoterapii długoterminowej - do 75 sesji w okresie roku, lub
 - d) psychoterapii podtrzymującej (po zakończeniu psychoterapii krótko- lub długoterminowej) - do 15 sesji w okresie pół roku, jako bezpośrednia forma współpracy ze świadczeniobiorcą, polegająca na wspieraniu i utrzymywaniu mocnych cech świadczeniobiorcy, bez ingerencji w jego zaburzone procesy.
- 7) sesja psychoterapii rodzinnej – sesja z rodziną stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie nasilających się problemów i trudności oznaczających dysfunkcjonalność rodziny powodującą ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych i somatycznych u członka rodziny, prowadzona według określonej metody, w formie od 6 do 12 sesji w okresie pół roku;
- 8) sesja psychoterapii grupowej – sesja realizowana w grupach świadczeniobiorców, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody, realizowana z grupą 4-12 osób, w formie:
- a) psychoterapii krótkoterminowej - do 50 sesji w okresie pół roku,
 - b) psychoterapii długoterminowej - do 110 sesji w okresie roku,
 - c) psychoterapii podtrzymującej (po zakończeniu psychoterapii krótko- lub długoterminowej) - do 15 sesji w okresie pół roku.

Świadczeń z zakresu psychoterapii udziela osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.

- 9) sesja wsparcia psychospołecznego – oddziaływanie psychospołeczne na jedną osobę lub w grupie 2 do 6 osób, kierowane do świadczeniobiorców i/lub ich rodzin lub innych osób stanowiących oparcie społeczne świadczeniobiorcy. wsparcie psychospołeczne może obejmować do 12 sesji w okresie pół roku.
- 10) wizyta, porada domowa lub środowiskowa – wizyta lub porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy.

Wskazania do realizacji powyższych świadczeń gwarantowanych są następujące:

- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
- obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03) (dla porady lekarskiej diagnostycznej lub sesji psychoterapii rodzinnej, lub sesji wsparcia psychospołecznego) - w przypadku gdy nie jest możliwe określenie leczonej jednostki chorobowej);
- ogólne badanie psychiatryczne (Z04.6).

Warto również odnotować znaczenie działań edukacyjnych i destygmatyzacyjnych. Problem depresji, w tym zaburzeń psychicznych związanych z okresem okołoporodowym, był przedmiotem działań informacyjnych instytucji publicznych oraz kampanii społecznych prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Tego rodzaju aktywności sprzyjają wcześniejszemu rozpoznawaniu objawów, zwiększają gotowość do poszukiwania pomocy i wspierają rodziny w dostrzeganiu sygnałów alarmowych.

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

prorowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/