

X kadencja



# KANCELARIA SEJMU

## Biuro Komisji Sejmowych

### PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

#### ■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 11)

z dnia 19 lutego 2025 r.

**Komisja  
Zdrowia**



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

## – podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 11)

19 lutego 2025 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

### – informację na temat opieki psychologicznej i psychiatrycznej nad kobietami w ciąży i położu.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dagmara Korbasińska-Chwedczuk** dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Piotr Gałęcki** konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, **Grzegorz Kubiela** naczelnik wydziału w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Anna Stalmach-Młynarska** dyrektor Departamentu Postępowań Wyjaśniających Biura Rzecznika Praw Pacjenta wraz ze współpracownikiem, **Monika Ciechomska** i **Magdalena Kocon-Różycka** psychologizy w Instytucie Matki i Dziecka, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

W posiedzeniu udział wzięła pracownica Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

#### **Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dzień dobry.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat opieki psychologicznej i psychiatrycznej nad kobietami w ciąży i położu. Przedstawia minister zdrowia. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na mejle i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Informuję, że minister zdrowia upoważniła panią Dagmarę Korbasińską-Chwedczuk, dyrektora Departamentu Równości w Zdrowiu w Ministerstwie Zdrowia, do przedstawienia stanowiska ministra zdrowia. Teraz bardzo poproszę przedstawicielkę Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie informacji.

#### **Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:**

Dziękuję bardzo. Dagmara Korbasińska, Departament Równości w Zdrowiu, Ministerstwo Zdrowia.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o opiekę psychologiczną i psychiatryczną nad kobietami w okresie ciąży, porodu i położu, to zakres opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu określa standard opieki okołoporodowej, który jest rozporządzeniem już od ponad dziesięciu lat funkcjonującym w naszym kraju. Kolejne zmiany do rozporządzenia rozszerzają zakres opieki, jaką obejmowana jest kobieta.

Standard opieki okołoporodowej pomyślany był przede wszystkim jako dokument o charakterze profilaktycznym, czyli zapewniającym te świadczenia zdrowotne, które pozwalają na wczesne wykrycie problemów zdrowotnych, które mogą pojawić się w związku z ciążą, porodem i położem, na ich wczesną identyfikację, rozwiązywanie problemów, ale także obejmowanie taką opieką, która zapobiega pojawieniu się tych problemów. W pierwszych regulacjach w zakresie standardu opieki okołoporodowej tych rozstrzygnięć dotyczących

opieki psychologicznej i komfortu psychicznego kobiety tak naprawdę nie było. Były jedynie nieznaczne rozwiązania. Tutaj przede wszystkim postrzegano kwestię właściwej opieki laktacyjnej i karmienia piersią jako tego elementu, który ma wspierać kobietę w zakresie budowania właściwej relacji pomiędzy nią a dzieckiem i powodować tę relację hormonalną, która pozwoli kobiecie lepiej przechodzić przez okres połogu.

Natomiast w kolejnych zmianach przepisy dotyczące opieki psychologicznej były rozszerzane. Rozszerzane były okres i zakres edukacji, jaką jest obejmowana kobieta w okresie ciąży, porodu i połogu, jak i zwiększana była opieka psychologiczna. W tej chwili mamy taką sytuację, że przepisy te uwzględniają potrzebę wczesnego rozpoznania przez lekarzy położników i położne depresji przez ocenę ryzyka i nasilenia jej objawów u pacjentek w okresie ciąży, porodu i połogu. Ocena ta zgodnie ze standardem powinna być wykonana dwa razy w okresie ciąży, w pierwszym trymestrze, pomiędzy 11. a 14. tygodniem, i w trzecim trymestrze, pomiędzy 32. a 33. tygodniem ciąży, ale także w trakcie wizyt położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu, czyli w trakcie tzw. wizyt patronażowych.

W tej chwili pracujemy nad kolejną zmianą rozporządzenia ministra zdrowia w tym zakresie, rozszerzając zakres opieki profilaktycznej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu. To, co pojawia się przede wszystkim, to wskazanie celowości objęcia opieką położnej kobiet w sytuacjach szczególnych, czyli po doświadczeniu albo niepowodzeń położniczych, czyli takich sytuacji, kiedy ciąża zakończy się urodzeniem dziecka z różnego rodzaju problemami zdrowotnymi, albo kiedy ciąża zakończy się urodzeniem martwym. W związku z tym rozszerzamy zakres opieki położnej. Ma ona wtedy identyfikować również te czynniki ryzyka. To jest ten element, który w tej chwili pojawia się w proponowanej nowelizacji.

Rozszerzamy także moment rozpoczęcia edukacji przedporodowej, która jest skierowana do kobiety. Edukacją kobieta ma być obejmowana od początku, od momentu stwierdzenia ciąży. W tym zakresie mamy bardzo duży postęp, jeżeli chodzi o kształcenie położnych. Od kilku lat regularnie pojawia się podręcznik dotyczący edukacji przedporodowej sprawowanej nad kobietą przez położne. Skupia się on na rozwiązywaniu takich problemów, które mogą rodzić po stronie kobiet niepokój, i zapewnieniu właściwej opieki w tym zakresie.

W Ministerstwie Zdrowia czy ze środków europejskich – to jest fundusz POWER – realizowane było takie badanie. Przede wszystkim był to program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej. W ramach tego badania przeszkolono położne ze stosowania edynburskiej skali depresji poporodowej, czyli jednej ze skali, która jest dostępna po to, żeby móc oceniać ryzyko pojawienia się depresji u kobiety. W tym zakresie były szkolone położne i byli szkoleni lekarze, przy czym zdecydowanie uczestnictwo i zainteresowanie położnych były większe. W ramach tego szkolenia przeszkolono 1188 osób.

W ramach tego programu w stosunku do drugiej dużej grupy kobiet również wykonano ocenę właśnie przy zastosowaniu tego formularza ryzyka pojawienia się depresji. Poddano temu badaniu 74 234 kobiety. W ramach tego badania wyróżniono tę grupę kobiet, która z tytułu wypełnienia tego formularza mogła mieć ryzyko powstania depresji. 8% z tych kobiet było zainteresowanych dalszą konsultacją psychologiczną. Wszystkim kobietom, w przypadku których na podstawie tego formularza pojawiło się takie ryzyko, zaproponowano skorzystanie z takiej porady psychologicznej.

W tej chwili, w ramach rozszerzenia – tak jak mówię – przede wszystkim skupiamy się na pomocy kobietom w sytuacjach szczególnych, czyli powrotu kobiety do domu bez dziecka. Na przykład gdy dziecko pozostaje w szpitalu w związku z chorobą albo jest pozostawione przez nią w szpitalu w związku z jej własnym wyborem życiowym, albo gdy wraca bez dziecka, bo niestety doszło do zgonu lub urodziła dziecko wymagające szczególnej opieki w hospicjum perinatalnym, bo jest to dziecko z wadą letalną. Chcemy takie kobiety obejmować również opieką położnej w środowisku i poradami patronażowymi. To przede wszystkim wynika z tego, że u kobiety takiej nadal trwa proces połogu, czyli trzeba oceniać sposób powrotu jej organizmu do stanu równowagi fizjologicznej, ale również w tym zakresie położne w ramach opieki w okresie poporodowym ponownie wykonują tę ocenę ryzyka depresji.

Oczywiście w sytuacji, w której stwierdzone jest ryzyko pojawienia się problemów dotyczących zdrowia psychicznego, kobieta kierowana jest do opieki zdrowotnej. Jeżeli chodzi o dostęp do opieki zdrowotnej, kobieta uzyskuje te świadczenia bez kolejki. Jest w tej grupie, która jest wskazana jako uprawniona do świadczeń poza kolejką.

Jest w tej chwili jeszcze jedna rzecz, którą ze względu na dobrostan psychiczny kobiet wprowadzamy w rozporządzeniu. To jest kwestia zakazu umieszczania kobiet po doświadczeniu straty czy po niepowodzeniu położniczym na salach z tymi kobietami, które urodziły zdrowe dziecko. Do tej pory było w standardzie wpisane, że w miarę możliwości podmiot ma zapewnić kobiecie nieprzebywanie na takich salach. W tej chwili standard jednoznacznie wpisuje, że oddział położniczy musi zapewnić taką możliwość, że kobieta po takim doświadczeniu nie przebywa na tej samej sali, na której przebywają kobiety, które urodziły zdrowe dziecko.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Super. I to już jest wpisane w standardy, już jest stosowane. Czy tak?

**Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:**

Nie. To jest w tej chwili w tej propozycji zmian, odnośnie do której zakończyły się uzgodnienia międzyresortowe i uzgodnienia społeczne. Te uzgodnienia zakończyły się tydzień temu. My przygotowaliśmy zestawienie uwag. Przygotowanie tego aktu prawnego troszeczkę potrwa, ponieważ uwagi zgłosiło 80 podmiotów. Ponad 600 uwag zostało skierowanych do tego projektu.

Oczywiście wiele tych propozycji i uwag jest powtórzeniem tych samych rozwiązań, natomiast sam fakt konieczności odniesienia się do każdej uwagi i rozpatrzenia tego pod kątem legislacyjnym zajmie nam trochę czasu. Aczkolwiek z drugiej strony to pokazuje, jak bardzo udało się nam osiągnąć taką sytuację, że strona społeczna z nami w bardzo szerokim zakresie współpracuje, jeżeli chodzi o przygotowanie rozwiązań legislacyjnych w tym zakresie. Ta współpraca jest widoczna także w zakresie kierowanych uwag. Te uwagi w dużym stopniu dotyczą opieki laktacyjnej, analgezji, czyli łagodzenia bólu porodowego. To są takie elementy, które w szczególności pojawiają w tych uwagach.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Bardzo dziękuję, pani dyrektor.

Uważam, że to była bardzo szeroka informacja. Nawet usłyszałam takie informacje, o które chciałam dopytać. Szczególnie mnie interesują te ostatnie kwestie, czyli dotyczące właśnie opieki nad kobietami, które tracą dziecko, czy to w szpitalu, czy poza nim, ale słyszę, że państwo nad tym pracują. To jeszcze tylko dopytałabym, bo może nie usłyszałam – czy wiadomo, kiedy możemy się spodziewać, że to wejdzie w życie? Czy nie wiemy?

**Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:**

Pani przewodnicząca, chciałabym, żeby udało się nam rozpatrzyć w miesiąc te uwagi i przygotować taki projekt, który zostanie zaakceptowany przez komisję prawniczą i bezpośrednio potem przedstawimy go do podpisu pani minister. To jest w tej chwili priorytetowa rzecz, nad którą pracuje Departament Równości w Zdrowiu. Chcemy zakończyć te działania jak najszybciej. Dla nas jest to bardzo istotny dokument. Mam nadzieję, że on będzie służył kobietom.

Jest jeszcze jeden element, o którym nie wspomniałam. Szpitale zapewniają kobietom w trakcie pobytu w szpitalu opiekę psychologiczną w miarę zgłaszanych potrzeb.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

To ja dziękuję, bo dla mnie to była bardzo wyczerpująca informacja.

Otwieram teraz dyskusję dla parlamentarzystów, ale również dla strony społecznej. Jeśli są jakieś pytania, proszę o zgłaszanie się. Bardzo proszę. Przewodnicząca Sójka.

**Posel Katarzyna Sójka (PiS):**

Ja tylko króciutko w kontekście ostatnich zmian tego rozporządzenia pani minister z ubiegłego roku, które miało dotyczyć aborcji na skierowanie psychiatry. Chciałabym dopytać, jak wygląda opieka psychologiczna, psychiatryczna nad kobietami, których dobrostan psychiczny w trakcie ciąży się pogorszył i wywołał przekonanie o potrzebie aborcji. Jak te kobiety są zaopiekowane? Jak to wygląda w systemie i jakie są statystyki?

**Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:**

Rozporządzenie dotyczące standardu opieki okołoporodowej nie odnosi się w sposób bezpośredni do prawa kobiety...

**Poseł Katarzyna Sójka (PiS):**

Nie, nie. Ja mówię o tym rozporządzeniu – pani minister wydała takie rozporządzenie – gdzie są pewne warunki tego, że szpitale mają przyjmować na skierowanie i dokonywać aborcji u pacjentek, na przykład na skierowanie psychiatry z gabinetu prywatnego. Tam były pewne informacje o sankcjach finansowych dla szpitali, które na takie skierowanie nie zareagują jednoznacznie. Po prostu chodzi mi bardziej o inną kwestię. Jeżeli jest kobieta, która twierdzi, że ciąża wywołała u niej pogorszenie stanu do tego stopnia, że chce dokonać aborcji, i są lekarze, którzy twierdzą... Czy zanim ta aborcja się dokona, te kobiety są w jakiś sposób zaopiekowane? Jak wygląda ten cały proces zaopiekowania? Czy jest sytuacja w drugą stronę – nie kierowanie bezpośrednio na aborcję, tylko czy ta pacjentka jest zaopiekowana? Jak wygląda ten system? Jak wygląda taka opieka, wsparcie kobiet w takiej sytuacji trudnej dla nich psychicznie?

**Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:**

Pani poseł, działania, o których pani mówi, nie wynikają z rozporządzenia. Wynika to z zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które ma dążyć do tego, żeby pacjentkom zapewnić wszystkie należne prawa w momencie, kiedy prawo pozwala im skorzystać z określonego uprawnienia.

Prawo stanowi, że w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia kobieta ma prawo skorzystać z usunięcia ciąży, jeżeli ciąża stanowi zagrożenie dla jej życia lub zdrowia, i nie ma w ustawie wskazania, czy to jest tylko zdrowie somatyczne, czy to jest zdrowie psychiczne. Wobec tego jeżeli kobieta wymaga tego, to musi to być stwierdzone przez lekarza psychiatrę. Jeżeli kobieta trafia do lekarza psychiatry, uzyskuje tutaj pełną opiekę medyczną, ma prawo do tej opieki z pominięciem kolejki. To, czy w wyniku tej opieki ona nadal chce podjąć decyzję o zakończeniu ciąży, dlatego że ta ciąża rodzi zagrożenie, czy pomimo tego, że ta ciąża może stanowić zagrożenie dla jej zdrowia psychicznego lub fizycznego, ona chce podjąć decyzję o kontynuowaniu ciąży, to jest w całości decyzja wyłącznie kobiety. To, czy są takie przesłanki zdrowotne, zawsze stwierdza lekarz – i to jest lekarz psychiatra. Zatem kobieta, która... W zakresie zdrowia psychicznego – lekarz psychiatra. Tak więc kobieta musi w tym zakresie trafić do psychiatry i ten psychiatra jej proponuje pełną opiekę medyczną. Natomiast, czy ona w wyniku tej opieki medycznej chce kontynuować ciążę, czy nie, to jest jej decyzja.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Bardzo dziękuję.

Czy są jeszcze jakieś pytania parlamentarzystów? Może strona społeczna? Za dużo nam pani dyrektor powiedziała – nie mam pytań.

Dobrze, w takim razie, jeśli nie ma więcej pytań, to bardzo dziękuję za przedstawioną informację i za odpowiedź na pytania. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

**Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:**

Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Zamykam posiedzenie podkomisji.