



Rekomendacja nr 13/2020

z dnia 30 listopada 2020 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej

Prezes Agencji rekomenduje prowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej przesiewu pod kątem wykrycia podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej z użyciem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w populacji kobiet w ciąży i do jednego roku od porodu, a także prowadzenie szkoleń dotyczących depresji poporodowej dla personelu medycznego.

Prezes Agencji nie rekomenduje zalecania w ramach programów polityki zdrowotnej suplementacji diety jako formy profilaktyki depresji poporodowej.

Uzasadnienie

Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące depresji poporodowej, rekomenduje finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ) działań, które powinny swoim zakresem obejmować:

- przesiew z użyciem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w populacji kobiet w ciąży i do 1 roku od porodu,
- szkolenia dla personelu medycznego, w ramach których przekazywane będą zalecane metody profilaktyki, diagnostyki i leczenia depresji poporodowej.

Depresja poporodowa (ICD-10: F53.0) opisywana jest jako epizod depresyjny, który pojawia się w przeciągu 12 miesięcy od porodu. Zwiększone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej można wykryć jeszcze w czasie ciąży. W badaniach przesiewowych do oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej stosuje się formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP).

Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w skali światowej, około 10% kobiet w ciąży oraz 13% kobiet w okresie połogu doświadcza zaburzeń psychicznych, głównie depresji. W przypadku krajów rozwijających się odsetek ten może wynosić od 15,6% (u kobiet w ciąży) do 19,8% (u kobiet po porodzie). W Polsce brak jest populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych, w tym depresji poporodowej. Dostępne badania ankietowe wskazują na częstość występowania depresji poporodowej na poziomie od 10% do 30%.

Programy Polityki Zdrowotnej mogą stanowić uzupełnienie lub rozszerzenie dostępu do profilaktyki i diagnostyki depresji poporodowej.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Depresja jest terminem zawierającym w sobie wiele zaburzeń, wliczając w to zespół depresyjny. Jest to zespół nerwicowy będący reakcją na utratę (przewidywaną lub dokonaną) ważnych dla człowieka wartości, np.: zdrowie, kariera, tryb życia. Pacjenci dotknięci depresją doświadczają smutku, braku satysfakcji z podejmowanych działań, obniżenia energii, bezsenności, wahań masy ciała, uczucia straty i bezcelowości oraz nawracających myśli samobójczych. Depresja poporodowa (ICD-10: F53.0) opisywana jest jako epizod depresyjny, który pojawia się w przeciągu 12 miesięcy od porodu. Zwiększone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej można wykryć jeszcze w czasie ciąży.

Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju depresji okołoporodowej, tj. w okresie ciąży lub porodu, są: obecność epizodów depresyjnych w historii rodzinnej bądź osobistej, doświadczone w przeszłości seksualne bądź psychiczne molestowanie, fakt niechcianej bądź nieplanowanej ciąży, prowadzenie stresującego trybu życia, obecność cukrzycy przedporodowej i ciążowej oraz komplikacje w czasie ciąży (m.in. realne zagrożenie poronieniem oraz przedwczesny poród). Dodatkowo ryzyko zwiększają czynniki społeczne jak niski status socjoekonomiczny czy brak wsparcia socjalnego i ekonomicznego. Istotnym czynnikiem podnoszącym ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej może być także ciąża u nieletnich.

Do podstawowych objawów depresji poporodowej zalicza się: utratę zainteresowania codziennymi aktywnościami, utratę energii, depresyjny nastrój, zmiany w zakresie snu, zmiany w zakresie diety i odżywiania, ograniczenie zdolności do racjonalnego myślenia i koncentracji uwagi, poczucie bezcelowości lub braku wartości oraz nawracające myśli samobójcze.

Objawy takie jak depresyjny nastrój czy utrata zainteresowania są konieczne by stwierdzić depresję i muszą być one obecne przez minimum dwa tygodnie. Depresję poporodową należy różnicować z mniej poważnym dla kobiet syndromem, tzw. „baby blues”, czyli przemijającym zaburzeniem nastroju obejmującym nieuzasadniony płacz, drażliwość, zmęczenie i niepokój. Syndrom ten ustępuje zazwyczaj w przeciągu 10 dni od porodu.

W badaniach przesiewowych do oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej stosuje się formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP). Uzyskanie wyniku powyżej 12 punktów lub potwierdzenie obecności myśli nakierowanych na uszkodzenie własnego ciała jest wskazaniem do wykonania diagnozy przez specjalistę. Diagnozy depresji poporodowej, tak jak w przypadku innych typów depresji, następuje na drodze obserwacji zachowania oraz rozmowy z kobietą oraz z jej bliskimi.

W Polsce brak jest populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych, w tym depresji poporodowej. Dane przedstawione w ramach map potrzeb zdrowotnych nie odnoszą się do depresji poporodowej. Nie są również prowadzone rejestry, które odnosiłyby się do przedmiotowego problemu zdrowotnego. Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w skali światowej, około 10% kobiet w ciąży oraz 13% kobiet w okresie porodu doświadczają zaburzeń psychicznych, głównie depresji. W przypadku krajów rozwijających się odsetek ten może wynosić od 15,6% (u kobiet w ciąży) do 19,8% (u kobiet po porodzie).

Dostępne są badania ankietowe, w których częstość występowania depresji poporodowej szacuje się na poziomie od 10% do 30%. W oparciu o odszukane informacje w zakresie częstości występowania depresji poporodowej w Polsce, przyjęto zgodnie z danymi WHO poziom 13%. W roku 2018 odnotowano w Polsce 388 tys. urodzeń żywych, wobec czego szacunkowa liczba kobiet objętych depresją poporodową w jednym roku wynosi około 50 tys.

2. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących organizacji:

- MZ 2019 – Ministerstwo zdrowia. Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej.
- RNAO 2019 – Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Interventions for Perinatal Depression Second Edition.
- USPSTF 2019 – US Preventive Services Task Force. Interventions to prevent perinatal depression.
- AGDH 2018 – Australian Government Department of Health. Screening for depression and anxiety disorders.
- ACOG 2018 – American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 757: Screening for perinatal depression.
- NICE 2018 – National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance.
- EU 2016 – The European Commission. Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus Paper.
- BC Mental Health 2014 – BC Mental Health. Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period.
- NICE/NCCMH 2014 – National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance: Updated edition.
- SIGN 2012 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline.
- Beyondblue 2011 – Beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals.
- AAFP 2010 – American Academy of Family Physicians. Postpartum major depression.

2.1. Wnioski z odnalezionych rekomendacji

Wytyczne wskazują, że planowane interwencje w zakresie programów wykrywania depresji poporodowej powinny obejmować:

- badanie przesiewowe z użyciem ESDP (MZ 2019; AGDH 2018; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010). Wtórne dowody naukowe wskazują, że jako narzędzie do przesiewu należy stosować ESDP ze względu na jej wysoką czułość (0,80) i wysoką swoistość (0,81) (Chorwe-Sungani 2017),
- edukację kobiet w zakresie depresji poporodowej (MZ 2019; USPSTF 2019; NICE 2018; EU 2016; BC 2014; NICE/NCCMH 2014),
- szkolenia personelu medycznego w zakresie depresji poporodowej (RNAO 2019; ACOG 2018; EU 2016; Beyondblue 2011),
- działania terapeutyczne poprzez ścisłą współpracę pacjenta ze specjalistą medycznym w zakresie zdrowia psychicznego (MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; ACOG 2018; NICE 2018; BC 2014; SIGN 2012),
- działania terapeutyczne poprzez sugerowanie zastosowania terapii behawioralno-poznawczej (RNAO 2019; USPSTF 2019; SIGN 2012; Beyondblue 2011) bądź terapii interpersonalnej (RNAO 2019; USPSTF 2019; EU 2016; Beyondblue 2011; AAFP 2010).

Odnalezione wytyczne kliniczne wskazują, że populacja, która jest zalecana do objęcia badaniem przesiewowym z użyciem ESDP, musi spełniać jedno z następujących kryteriów:

- kobiety w okresie okołoporodowym i do jednego roku po porodzie (MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; AGDH 2018; ACOG 2018; NICE 2018; EU 2016; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010),
- kobiety w ciąży u których stwierdzono obecność dodatkowych czynników ryzyka jak przebyta depresja czy doświadczone w przeszłości molestowanie seksualne (MZ 2019; NICE 2018; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; AAFP 2010).

2.2. Populacja docelowa

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ.
Przesiew z użyciem kwestionariusza ESDP	Kobiety w ciąży oraz do 1 roku od porodu.
Konsultacja specjalistyczna	Uczestnicy programu z wykrytym wysokim ryzykiem wystąpienia depresji poporodowej.

2.3. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Interwencja	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenia personelu medycznego	Lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii) lub inny specjalista posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce depresji poporodowej („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
Przesiew z użyciem kwestionariusza ESDP	Lekarz, położna, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla udzielenia wsparcia przy wypełnianiu kwestionariusza ESDP przez świadczeniobiorcę, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Konsultacja specjalistyczna	Osoba uprawniona do udzielania konsultacji w zakresie depresji poporodowej, w tym do diagnozy depresji poporodowej – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

3. Dowody naukowe

Do oceny poszczególnych punktów końcowych posłużono się następującymi parametrami:

- RR (ang. *Relative Risk, Risk Ratio*) – ryzyko względne określa, ile razy zastosowanie ocenianej interwencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia badanego zdarzenia w porównaniu z prawdopodobieństwem wystąpienia tego zdarzenia w przypadku zastosowania komparatora.
- OR (ang. *Odds Ratio*) – iloraz szans określa stosunek szansy wystąpienia danego zdarzenia w grupie badanej do szansy jego wystąpienia w grupie kontrolnej.
- WMD (ang. *weighted mean difference*) – średnia ważona różnic; Wartość 0 oznacza brak różnicy między analizowanymi grupami.
- SMD (ang. *standardized mean difference*) – standaryzowana różnica średnich; Wartość 0 oznacza brak różnicy między analizowanymi grupami.
- Czułość – zdolność testu do prawidłowego rozpoznania stanu tam, gdzie on faktycznie występuje. Im wartość czułość testu bliższa 1, tym jest on lepszy.
- Swistość – wskazuje odsetek osób faktycznie zdrowych, które otrzymały negatywny wynik testu. Im wartość swistość testu bliższa 1, tym jest on lepszy.

3.1. Wnioski z analizy dowodów naukowych

Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline via PubMed, Embase oraz Cochrane Library, a także przeszukano strony internetowe towarzystw naukowych. Do analizy włączono łącznie 20 publikacji: 8 przeglądów systematycznych/metaanaliz oraz 12 rekomendacji towarzystw naukowych. Poniżej zostały przedstawione kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych – dalsze szczegóły znajdują się w raporcie analitycznym.

Skuteczność i bezpieczeństwo

Analiza odnalezionych metaanaliz wskazuje na wysoką czułość oraz swistość kwestionariusza ESDP w identyfikowaniu osób z podejrzeniem depresji poporodowej (ogółem: czułość 0,80 z 95%CI 0,69-1,00 i swistość 0,81 z 95%CI 0,73-0,92; w okresie przedporodowym: czułość 0,82 z 95%CI 0,50-0,98 i swistość 0,91 z 95%CI 0,66-0,99; w okresie poporodowym: czułość 0,72 z 95%CI 0,46-0,91 i swistość 0,97 z 95%CI 0,84-0,99).

Wyniki odnalezionych metaanaliz (O'Connor 2019; Stephens 2016) wskazują na istotnie statystycznie pozytywny wpływ interwencji na ryzyko przekroczenia przez pacjentów progu diagnostycznego, różnie definiowanego przez autorów badań pierwotnych (ESDP \geq 12; ESDP \geq 10; kwestionariusz depresji Becka: BDI \geq 14; BDI \geq 10). W metaanalizie Stephens 2016 autorzy wzięli pod uwagę wpływ dostępnych interwencji psychologicznych na ww. punkt końcowy. Wszystkie uwzględnione interwencje okazały się mieć istotnie statystycznie wpływ na ryzyko przekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego: terapia behawioralno-poznawcza (CBT) (OR 1,79 95%CI[1,28-2,48]); terapia interpersonalna (IPT) (OR 3,26 95%CI[1,65-6,48]); konsultacje psychologiczne (OR 2,61 95%CI[1,45-4,70]); inne interwencje psychologiczne (OR 3,40 95%CI[1,75-6,61]).

Wyniki odnalezionych opracowań wtórnych (O'Connor 2019; Long 2019; Morrell 2016) wskazują na zasadność stosowania niektórych działań profilaktycznych. Wpływ tych działań w ww. opracowaniach został opisany jako zmiana w wyniku otrzymywanego z narzędzia skryningowego (ESDP) po zastosowaniu interwencji w porównaniu do jej braku. W metaanalizie O'Connor 2019 wykazano, że część interwencji profilaktycznych ma istotnie statystycznie wpływ na uzyskiwane z narzędzi skryningowych wyniki. Do interwencji tych zaliczają się:

- konsultacje psychologiczne (skupiające się na udzieleniu wsparcia) w przypadku wyniku ESDP \geq 13 pkt (WMD -1,51 95%CI[-2,84- -0,18]);
- interwencje nakierowane na system ochrony zdrowia (szkolenia, warsztaty) (WMD -3,28 95%CI[-4,01- -2,55]);
- aktywność fizyczna (WMD -3,45 95%CI[-4,99- -1,91])

Przy innych analizowanych interwencjach nie zaobserwowano różnicy istotnej statystycznie: sen (WMD 5,29 95%CI[-11,20-0,62]); wsparcie środowiskowe (WMD -0,42 95% CI[-1,49-0,65]); suplementy diety (WMD -0,07 95%CI[-1,79-1,64]) oraz yoga (WMD -0,53 95%CI[-3,48-2,42]).

W metaanalizie Huang 2019 przeanalizowano wpływ stosowania interwencji w postaci terapii behawioralno poznawczej (CBT) na zmianę wyniku ESDP. Interwencje te zostały wdrożone u kobiet u których wynik ESDP ≥ 13 pkt. Stosowanie CBT jako interwencji profilaktycznej ma istotnie statystycznie wpływ na zmianę wyniku ESDP (SMD -2,86 95%CI[-4,41- -1,31]) i skutkuje obniżeniem liczby punktów otrzymywanych w ESDP. W metaanalizie Stephens 2016 stwierdzono, że terapia interpersonalna stosowana jako interwencja profilaktyczna ma istotnie statystycznie wpływ na zmianę wyniku narzędzia skryningowego (SMD -0,93 95%CI[-1,27- -0,59]).

Ogólny wpływ dostępnych interwencji profilaktycznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej został przedstawiony w metaanalizie O'Connor 2019. Stosowanie działań profilaktycznych, niezależnie od typu interwencji, okazało się mieć istotnie statystycznie wpływ na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej (RR 0,73 95%CI[0,64-0,82]). Analiza przeprowadzona dla poszczególnych interwencji wykazała, że najbardziej skuteczna jest „konsultacja psychologiczna” (RR 0,61 95%CI[0,47-0,78]). Metaanalizie poddano także wyniki badań dotyczących wpływu interwencji farmakologicznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Zarówno antydepresanty (RR 0,70 95%CI[0,32-1,51]) jak i suplementy diety (RR 1,71 95%CI[0,70-4,17]) nie mają istotnie statystycznego wpływu na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.

Bezpieczeństwo

Odnaleziono jedną metaanalizę oraz jeden przegląd HTA odnoszące się do potencjalnych szkód wynikających z prowadzenia przesiewu z użyciem ESDP. Autorzy metaanalizy O'Connor 2016 stwierdzili w oparciu o jedno badanie RCT Leung 2010 obejmujące łącznie populację 462 kobiet, że skryning z użyciem ESDP nie prowadzi do wystąpienia żadnych szkód. Natomiast raport HTA Morrell 2016 sugeruje, że udział w przesiewie z użyciem ESDP może prowadzić do stygmatyzacji społecznej, jednak nie zaprezentowano wartości liczbowych odnoszących się do ryzyka wystąpienia takiego zdarzenia.

3.2. Symulacja skutków prowadzenia przesiewu pod kątem depresji poporodowej z wykorzystaniem ESDP

Cel symulacji: zobrazowanie skutków prowadzenia przesiewu pod kątem depresji poporodowej z użyciem kwestionariusza ESDP w populacji ogólnej kobiet w ciąży na próbie liczącej 10 tys. osób.

Metodyka: symulacja opiera się na danych liczbowych dotyczących czułości (80%), swoistości (81%) kwestionariusza ESDP (Chorwe-Sungani 2017) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia depresji poporodowej w populacji ogólnej kobiet w ciąży w Polsce przyjętej na 10% (WHO).

W modelu przyjęto następujące założenia:

- w modelu uwzględniono jedynie kobiety w ciąży, choć program obejmuje także kobiety w połogu, jednak zgodnie z danymi WHO prawdopodobieństwo wystąpienia depresji jest zbliżone (10% dla kobiet w ciąży i 13% dla kobiet w połogu),
- należy spodziewać się utraty części osób z badania, co nie zostało uwzględnione w niniejszej symulacji.

Ograniczenia: ze względu na brak danych dot. wskaźnika chorobowości dla populacji polskiej, w oparciu o inne dostępne dane epidemiologiczne (m.in. wskaźnik zapadalności), określono w przybliżeniu, że wskaźnik chorobowości dla Polski może kształtować się na poziomie ok. 10%. Należy jednak podkreślić, że powyższe oszacowanie jest obarczone dużym ryzykiem błędu. Ponadto wskaźnik może być zdecydowanie wyższy w populacji szczególnie narażonej na zachorowanie na depresję poporodową (grupy wysokiego ryzyka).

Przy grupie 10 000 uczestników populacji ogólnej objętych przesiewem z użyciem ESDP należałoby spodziewać się około 2 510 osób z wynikiem pozytywnym, co stanowi 25,1% uczestników poddanych diagnostyce. Wszystkie te osoby zostaną skierowane do specjalisty. Jednocześnie 1 710 z 2 510 osób w istocie będzie miało wynik fałszywie pozytywny (ok. 68,1%), zaś wynik prawdziwie pozytywny, czyli wykrycie depresji u osoby faktycznie cierpiącej na tę chorobę, będzie obecne u 800 z 2 510 osób (ok. 31,9%).

Wynik negatywny badania przesiewowego uzyskałoby około 7 490 z 10 000 uczestników (74,9%). Około 2,67% uczestników z wynikiem negatywnym (200 z 7 490) uzyskałoby wynik fałszywie negatywny, czyli w rzeczywistości mimo ujemnego wyniku testu w istocie byłaby dotknięta depresją. Uczestnicy z wynikiem prawdziwie negatywnym, tj. u których depresja faktycznie nie występuje, stanowiliby ok. 97,33% osób z wynikiem negatywnym (7 290 z 7 490).

Powyższa symulacja zakłada wariant maksymalny, czyli wypełnienie kwestionariusza ESDP przez wszystkich uczestników przesiewu. Zaprezentowana symulacja kosztów ze względu na brak parametrów skuteczności testów dla populacji polskiej oraz niepewnością w zakresie kosztów, obciążona jest wysokim ryzykiem błędu, a tym samym należy podchodzić z dużą ostrożnością do przedstawionych wyników.

Tabela 1. Analiza kosztów badań przesiewowych oraz testów potwierdzających

Interwencja	Populacja objęta interwencją	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
Wypełnienie kwestionariusza ESDP	10 000 osób	20 PLN*	200 000 PLN

* Szacunkowe ceny określone na podstawie przeglądu cen rynkowych wykorzystane jedynie w celu przeprowadzenia symulacji. W rzeczywistości koszt przeprowadzenia badań może okazać się inny.

W wyniku prowadzenia przesiewu z użyciem ESDP w populacji wynoszącej 10 000 uczestników koszt całkowity przeprowadzenia ww. badania wyniósłby około 200 000 PLN. Do specjalisty zostanie skierowane 2 510 osób, z czego 800 będzie faktycznie chorych na depresję. Jednocześnie 1 710 osób zostanie skierowanych do specjalisty mimo przyczyny objawów klinicznych innych niż depresja, co może potencjalnie opóźnić postawienie poprawnej diagnozy innego schorzenia. Wśród osób, które wypełniły ESDP, 200 chorych na 7 490 uzyska wynik negatywny mimo faktycznej obecności choroby, a tym samym nie zostanie skierowanych do specjalisty.

Koszt udanej i poprawnej identyfikacji jednej osoby, która faktycznie jest chora na depresję, wyniósłby w zaprezentowanej symulacji około 250 PLN/osoba (200 000 PLN/800 osób z wynikiem prawdziwie pozytywnym).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285), świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych. W ramach świadczeń dla dorosłych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych gwarantowane są m.in: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa realizowane przez: psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa, osobę prowadzącą psychoterapię, specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

5. Wskaźniki dotyczące monitorowania i ewaluacji

5.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba świadczeniobiorców, którzy wypełnili co najmniej jeden kwestionariusz ESDP;
- liczba świadczeniobiorców, którzy wypełnili co najmniej jeden kwestionariusz ESDP i uzyskali co najmniej jeden wynik dodatni (tj. sumaryczny wynik końcowy ≥ 10 pkt lub > 0 pkt w pytaniu nr 10);
- liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z co najmniej jednej konsultacji specjalistycznej w ramach programu;
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie.

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).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. 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.

5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- liczbie osób, u których doszło do zdiagnozowania podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej w ramach programu,
- liczbie osób, które zostały skierowane na terapię poza PPZ w czasie konsultacji ze specjalistą,
- odsetku osób, które zrealizowały co najmniej jedną konsultację ze specjalistą względem wszystkich osób, które wzięły udział w przesiewie.

6. Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o 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 (Dz.U. 2017 poz. 2476).

6.1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia PPZ

6.1.1. Opis problemu zdrowotnego

Patrz pkt 1 rekomendacji.

6.1.2. Dane epidemiologiczne

UWAGA: Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikowania obszarów, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawiają jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych. Zaleca się odniesienie do wyników badania Global Burden of Disease 2019 (GBD) w zakresie wskaźnika oceny stanu zdrowia ludności mierzącego obciążenie chorobowe ludności świata (DALY). Część wyników badania GBD jest dostępna w ramach map potrzeb zdrowotnych. Metodologia badania GBD oraz informacje nt. wskaźnika DALY - <https://www.aotm.gov.pl/qbd/>

Patrz pkt 1 rekomendacji.

6.1.3. Opis obecnego postępowania

UWAGA: opis aktualny na dzień utworzenia raportu. Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu i wprowadzić ewentualne zmiany.

Patrz pkt 4 rekomendacji.

6.2. Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%”. Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest

nawiązanie dialogu między Radą ds. programu a przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

6.2.1. Cel główny

Wykrycie niezdiagnozowanego wcześniej wysokiego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u% kobiet, względem wszystkich kobiet objętych przesiewem z użyciem ESDP w programie.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej

6.2.2. Cele szczegółowe

6.2.2.1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji.

6.2.3. Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek kobiet, które w co najmniej jednym z pomiarów uzyskały wynik ESDP świadczący o wysokim ryzyku wystąpienia depresji, względem wszystkich kobiet, które zostały objęte interwencją w programie. Za wynik dodatni należy uznać sumaryczny wynik końcowy ≥ 10 pkt, a także > 0 pkt w pytaniu nr 10 (dotyczy występowania myśli samobójczych i samookaleceń).
6.2.2.1.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-ście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.

6.3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

6.3.1. Populacja docelowa

UWAGA: Istotne jest określenie wielkości populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie, jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większa włączona do PPZ populacja, tym większe są możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w danym zakresie.

Patrz pkt 2.2. rekomendacji.

6.3.2. Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wyłączenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia dla personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej; 	<ul style="list-style-type: none"> ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat; wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim;
Przesiew z użyciem kwestionariusza ESDP	<ul style="list-style-type: none"> kobiety w ciąży lub do 1 roku od porodu; 	<ul style="list-style-type: none"> depresja zdiagnozowana poza programem, przed dołączeniem do PPZ; pozostawanie pod opieką psychiatryczną przed dołączeniem do PPZ;

6.3.3. Planowane interwencje

UWAGA: W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą jakością i efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO:

- W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje Rada ds. Programu (opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”).
- W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia depresji poporodowej. Należy także szczegółowo przedstawić i wyczerpująco omówić kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.
- Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

- Szkolenie obejmuje warsztaty praktyczne dotyczące zasad komunikacji interpersonalnej z osobami, które mogą być zagrożone lub cierpieć na depresję poporodową.
- Szkolenie obejmuje praktyczny trening identyfikacji sygnałów, które mogą świadczyć o występowaniu myśli samobójczych lub chęci samookaleczenia.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:
 - opracowanych w ramach programu pn. „Program Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016-2020” (<https://wyleczdepresje.pl/depresja-poporodowa/>)

PRZESIEW Z UŻYCIEM KWESTIONARIUSZA:

- Personel medyczny, w tym specjalista realizujący konsultacje, proponuje wspólne wypełnienie formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w następujących momentach:
 - między 28 a 32 tygodniem trwania ciąży,
 - lub między 6 a 16 tygodniem trwania okresu poporodowego,
 - lub także w każdym innym momencie gdy stan psychiczny pacjentki budzi zastrzeżenia,
 - lub gdy włączona do programu pacjentka wyrazi taką chęć.
- W przypadku uzyskania w ESDP:
 - sumy 9 punktów lub mniej: brak konieczności realizacji konsultacji specjalistycznej;
 - sumy od 10 do 12 punktów: pacjentka odbywa konsultacje specjalistyczne w ramach PPZ (w trybie zwykłym); o dalszym postępowaniu decyduje specjalista po konsultacji;
 - ≥ 13 pkt pacjentka niezwłocznie odbywa konsultacje specjalistyczne w ramach PPZ (tryb pilny); o dalszym postępowaniu decyduje specjalista po konsultacji;
 - wyniku innego niż 0 w pytaniu nr 10 (dotyczy myśli samobójczych oraz samookaleczeń): pacjentka niezwłocznie odbywa konsultacje specjalistyczne w ramach PPZ (tryb pilny); o dalszym postępowaniu decyduje specjalista po konsultacji;
- Jeśli specjalista w czasie konsultacji stwierdzi, że niezbędna jest terapia, pacjentka zostanie skierowana do systemu opieki zdrowotnej poza programem. Pacjentka nie kończy udziału w programie.
- Zakres wsparcia psychologicznego powinien być indywidualnie dopasowany do potrzeb pacjentki.
- Specjalista realizujący konsultacje w ramach programu stale monitoruje prowadzony przesiew, ze szczególnym uwzględnieniem jego jakości.

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE:

- Realizowane przez specjalistę uprawnionego do rozpoznania depresji poporodowej oraz postawienia diagnozy.
- Zakres wsparcia psychologicznego powinien być indywidualnie dopasowany do potrzeb pacjentki.

6.3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

6.3.5. Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w sytuacji, gdy kobieta nie jest w ciąży oraz od ostatniego porodu minęło więcej niż 12 miesięcy;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

6.4. Organizacja PPZ

6.4.1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadać będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, przesiewu z użyciem kwestionariusza ESDP oraz konsultacji specjalistycznych.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowe PPZ.
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

6.4.2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Patrz pkt 2.3. rekomendacji.

6.5. Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

6.5.1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez eksperta zewnętrznego.

Patrz pkt 5.1 rekomendacji.

6.5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

Patrz pkt 5.2 rekomendacji.

6.6. Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

6.6.1. Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przygotowania materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego,
- koszt prowadzenia przesiewu z użyciem kwestionariusza ESDP,
- koszt realizacji konsultacji specjalistycznej,
- koszt nadzoru specjalisty nad prowadzonym przesiewem i jego jakością,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1.	Ewaluacja i monitorowanie		do 10% całkowitego budżetu PPZ	
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia			
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego			
2.	Koszt prowadzenia przesiewu z użyciem kwestionariusza ESDP			
3.	Koszt realizacji konsultacji specjalistycznej			
4.	Koszt nadzoru specjalisty nad prowadzonym przesiewem i jego jakością			
SUMA				

6.6.2. Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20XX r.	
20XX r.	
Koszt całkowity	

6.6.3. Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorzady terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 265/2017 z dnia 20 września 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” oraz Raportu nr OT.423.7.2018 pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów”, data ukończenia raportu: styczeń 2020.

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości nr 265/2017 z dnia 20 września 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”
Raport	Raport nr OT.423.7.2018 pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów”, data ukończenia raportu: styczeń 2020.
MZ 2019	Ministerstwo zdrowia (2019). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Pozyskano z: https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf
RNAO 2019	Registered Nurses' Association of Ontario (2019). Assessment and Interventions for Perinatal Depression Second Edition. Pobrano z: https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression
USPSTF 2019	Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Jama</i> , 321(6), 580-587.
AGDH 2018	Australian Government Department of Health (2018). Screening for depression and anxiety disorders Pobrano z: https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines/part-e-social-and-emotional-screening/screening-for-depressive-and-anxiety-disorders dostęp z: 13.11.2019
ACOG 2018	American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG committee opinion no. 757: Screening for perinatal depression. <i>Obstetrics & Gynecology</i> , 132(5), e208-e212.
NICE 2018	National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). (2018). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence.
EU 2016	Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., & Hipple Walters, B. (2016). Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus Paper. The European Commission.
BC Mental Health 2014	Williams, J., Ryan, D., & Thomas-Peter, K. (2014). Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period. BC Mental Health.
NICE/NCCMH 2014	National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance: Updated edition. British Psychological Society
SIGN 2012	Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2002). Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
Beyondblue 2011	Austin, M. P., & Highet, N. (2011). Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals.(Beyondblue) Available at http://resources.beyondblue.org.au/prism/file .
AAFP 2010	Hirst, K. P., & Moutier, C. Y. (2010). Postpartum major depression. <i>Am Fam Physician</i> , 82(8), 926-933.
O'Connor 2016	O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i> , 315(4), 388-406

Chorwe-Sungani 2017	O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force
Owara 2016	Owora, A. H., Carabin, H., Reese, J., & Garwe, T. (2016). Summary diagnostic validity of commonly used maternal major depression disorder case finding instruments in the United States: a meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i> , 205, 335-343
O'Connor 2019	O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force.
Long 2019	Long, M. M., Cramer, R. J., Jenkins, J., Bennington, L., & Paulson, J. F. (2019). A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. <i>Archives of women's mental health</i> , 22(1), 25-36.
Morrell 2016	Morrell, C. J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., ... & Ren, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. <i>Health Technology Assessment</i> , 20(37).
Stephens 2016	Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. <i>The Annals of Family Medicine</i> , 14(5), 463-472.
Huang 2018	Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C., & Fan, B. (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. <i>PloS one</i> , 13(10), e0205243.
ICD-10	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf ,
Szczeklik 2017	Szczeklik, A. (2017). <i>Interna Szczeklika 2017</i> . Medycyna Praktyczna
Gaynes 2005	Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. In <i>AHRQ evidence report summaries</i> . Agency for Healthcare Research and Quality (US).
USPSTF 2019	Final Recommendation Statement: Perinatal Depression: Preventive Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019
Wright 2008	Wright, P., Stern, J., Phelan, M., & Bhandari, S. (2008). <i>Psychiatria: sedno</i> . Elsevier Urban & Partner.
DelRosario 2013	DelRosario, G. A., Chang, A. C., & Lee, E. D. (2013). Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. <i>Journal of the American Academy of PAs</i> , 26(2), 50-54.
MPZ 2017	Zdrowia, M. (2017). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski. Pobrano z: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_Polska.pdf .
WHO 2015	WHO (2015). Maternal mental health. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/ Dostęp
Fejfer-Szpytko 2016	Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., & Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. <i>Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka</i> , 15(3), 91-116

Rymaszewska 2005	Rymaszewska, J. O. A. N. N. A., Dolna, M. A. R. Z. E. N. A., Gryboś, M. A. R. I. A. N., & Kiejna, A. N. D. R. Z. E. J. (2005). Zaburzenia psychiczne okołoporodowe—epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. <i>Ginekol. Pol</i> , 76(4), 322-329.
Kosińska 2008	Poporodowej, E. S. D. (2008). Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie—analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. <i>Ginekol Pol</i> , 79, 182-185.
GUS 2018	Główny Urząd Statystyczny (2018). Urodzenia i dzietność. Pobrano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/urodzenia-i-dzietnosc,34,1.html
GUS 2018a	Główny Urząd Statystyczny (2018). Rocznik Demograficzny 2019. Pobrano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html
MotHERS 2019	Queen's Perinatal Research Unit (2019). The Mothers' Health Education, Research & Screening. Pozyskano z: https://www.themothersprogram.ca/
MCPAP 2019	Massachusetts Department of Mental Health (2019). Massachusetts Child Psychiatry Access Program for Moms. Pozyskano z: https://www.mcpapformoms.org/
Northwestern 2019	Northwestern (2019). The Mothers and Babies Program. Pozyskano z: http://www.mothersandbabiesprogram.org/materials/