

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2025 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki
psychiatrycznej i leczenia uzależnień**

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) pkt 9b otrzymuje brzmienie:

„9b) osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień – osobę, która:

- a) uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień realizującego świadczenia gwarantowane, która rozpoczęła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoterapii uzależnień, nie dłużej niż przewidziany czas szkolenia wraz uzyskaniem tytułu specjalisty, w okresie nie dłuższym niż dwa lata od zakończenia szkolenia, albo
- b) posiada decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129 i 304.

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1640, z 2020 r. poz. 456, 1641, 1785 i 2155, z 2021 r. poz. 2400, z 2022 r. poz. 2184, z 2023 r. poz. 510 i 601 oraz z 2024 r. poz. 1226.

mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 506 oraz z 2024 r. poz. 1897), nie dłużej niż dwa lata od uzyskania tej decyzji;”,

b) po pkt 14a dodaje się pkt 14b w brzmieniu:

„14b) sesja koordynacji w ramach zespołu interdyscyplinarnego – udział personelu realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w ramach zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny lub ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny w posiedzeniach zespołu interdyscyplinarnego, o którym mowa w art. 9a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1673);”,

c) pkt 20 otrzymuje brzmienie:

„20) udokumentowane doświadczenie – staż pracy w zawodzie potwierdzony dokumentem stwierdzającym nawiązanie stosunku pracy, umową cywilnoprawną, umową o wolontariat lub świadectwem pracy, lub świadectwem służby, o których mowa odpowiednio w art. 46 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2024 r. poz. 145, z późn. zm.⁴⁾), art. 50 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 915, z późn. zm.⁵⁾), art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 34 i 179) oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1443, 1473, 1717, 1871 i 1907), lub innymi dokumentami potwierdzającymi nawiązywanie stosunku służbowego, lub oświadczeniem zawierającym wskazanie zakresu i numeru umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, z którego wynika okres zatrudnienia i udzielania świadczeń gwarantowanych, lub zaświadczeniem potwierdzającym wykonywaną działalność gospodarczą w zakresie wymaganego zawodu.”;

2) w § 11:

a) pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 1006, 1089, 1222, 1248, 1473, 1562, 1688, 1717 i 1871 oraz z 2025 r. poz. 179.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 1089, 1222, 1248, 1473, 1562, 1688, 1717 i 1871 oraz z 2025 r. poz. 179.

- „1) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych określone w lp. 1 i 3 załącznika nr 6 do rozporządzenia bez porady psychologicznej diagnostycznej lub bez porady psychologicznej, lub bez sesji psychoterapii indywidualnej, lub bez sesji psychoterapii rodzinnej, lub bez sesji psychoterapii grupowej, lub bez przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, lub
- 2) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży określone w lp. 2 załącznika nr 6 do rozporządzenia bez porady kompleksowo-konsultacyjnej dla osób z autyzmem dziecięcym lub bez programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym, lub bez przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, lub”,
- b) pkt 4 otrzymuje brzmienie:
- „4) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży określone w lp. 3 i 4 załącznika nr 8 do rozporządzenia bez porady kompleksowo-konsultacyjnej dla osób z autyzmem dziecięcym lub bez programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym, lub bez przezczaszkowej stymulacji magnetycznej;”,
- c) po pkt 4 dodaje się pkt 5 i 6 w brzmieniu:
- „5) świadczenia psychiatryczne stacjonarne dla dzieci i młodzieży określone w lp. 5 załącznika nr 8 do rozporządzenia bez przezczaszkowej stymulacji magnetycznej;
- 6) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży określone w lp. 1–4 załącznika nr 8 do rozporządzenia bez świadczeń realizowanych przez specjalistę psychoterapii uzależnień lub bez sesji wsparcia psychospołecznego w formie konsultacji interwencyjnej.”;
- 3) w załączniku nr 1 do rozporządzenia dodaje się lp. 19 w brzmieniu:

19	Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna – procedura terapeutyczna składająca się z: 1) sesji kwalifikacyjnej – konsultacji psychiatrycznej obejmującej:	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi lub lekarz w trakcie specjalizacji w	Epizod depresji umiarkowany (F32.1). Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych (F32.2).
----	--	---	--

a) kliniczno-psychiatryczną ocenę stanu psychicznego, b) zebranie wywiadu od świadczeniobiorcy, c) analizę dokumentacji z dotychczasowego leczenia świadczeniobiorcy, w tym opinii neurologa o braku przeciwwskazań, d) postawienie diagnozy, e) ocenę wskazań według następujących kryteriów: – potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F32.1, F32.2, F33.1 i F33.2, – aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, – potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których	dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi; 2) osoba wykonująca zawód medyczny posiadająca udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi. 2. Miejsce udzielania świadczeń: pomieszczenie do wykonywania przezczaszkowej stymulacji magnetycznej. 3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) stymulator do przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, 2) cewka terapeutyczna ósemkowa, 3) cewka do wyznaczania MT – zalecane jest używanie stymulatorów magnetycznych i cewek opatrzonych symbolem zgodności europejskiej (CE) oraz zgłoszonych do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 4) ramię lub inny system do unieruchamiania cewki w trakcie stymulacji;	Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny umiarkowany (F33.1). Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych (F33.2).
---	--	---

	nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego potwierdzenie depresji lekoopornej, f) ocenę przeciwwskazań, g) dobór planowanego protokołu stymulacji (HF-rTMS lub iTBS). Proces kwalifikacji świadczeniobiorcy do leczenia nie powinien odbywać się wcześniej niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem terapii; 2) sesji z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem progu motorycznego, zwanego dalej „MT”, i punktu stymulacji – w trakcie której odbywa się: a) dobranie świadczeniobiorcy czepka w odpowiednim rozmiarze, b) dokonanie pomiarów antropometrycznych	5) moduł do pomiaru ruchowych potencjałów wywołanych (monitor ruchowych potencjałów wywołanych) lub aparat do elektromiografii (EMG); 6) elektrody jednorazowe do badania ruchowych potencjałów wywołanych; 7) zatyczki do uszu; 8) czepki materiałowe do wyznaczania miejsca (obszaru) stymulacji. 4. Pozostałe warunki: 1) świadczenie realizowane dla świadczeniobiorcy z lekoopornością; 2) sesję kwalifikacyjną realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; czas trwania 60 minut; 3) sesję z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem MT i punktu stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 50 minut; 4) sesję z wyznaczeniem MT w trakcie terapii realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 5) sesję stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, lub osoba, o której mowa w ust. 1 pkt 2; średni czas trwania od 5 do 40 minut, w zależności od zastosowanego protokołu;	
--	--	--	--

	głowy świadczeniobiorcy, c) wyznaczenie punktu „Hot Spot” (miejsca o najniższych uzyskiwanych wartościach MT) i jego zaznaczenie na czepku, d) oznaczenie MT jako wartość amplitudy bodźca danego stymulatora w procentach, w punkcie „Hot Spot”, e) wyznaczenie docelowego punktu stymulacji (w obszarze grzbietowo-bocznej kory przedczołowej) i jego zaznaczenie na czepku, f) zaprogramowanie zaplanowanego u świadczeniobiorcy protokołu w stymulatorze, g) unieruchomienie głowy świadczeniobiorcy i cewki umiejscowionej nad wyznaczonym obszarem stymulacji, h) uruchomienie protokołu stymulacji i wykonanie zabiegu;	6) sesję podsumowującą terapię realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 7) zalecane do stosowania protokoły leczenia: a) HF–rTMS w okolicy L–DLPFC (120% RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 11–26 s off; 3000 pulsów/sesja), czas trwania 19–37,5 minut; 20 sesji, b) iTBS w okolicy L–DLPFC (120% RMT, salwy tripletów o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania 3 minut 9 s.; 20 sesji.	
--	---	---	--

	3) sesji z wyznaczeniem MT co 5 zabiegów (zalecane jest wykonywanie zabiegów w kolejnych następujących po sobie dniach roboczych); 4) sesji stymulacji – sesja, w trakcie której wykonywane są czynności, o których mowa w pkt 2 lit. g i h, maksymalnie 16 sesji w trakcie terapii; 5) sesji podsumowującej terapię – konsultacja psychiatryczna. Łącznie dla 1 świadczeniobiorcy 1 cykl terapii przezczaszkowej stymulacji magnetycznej nie częściej niż co 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniego cyklu.		
--	--	--	--

4) w załączniku nr 4 do rozporządzenia dodaje się lp. 7 w brzmieniu:

7	Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna – procedura terapeutyczna składająca się z: 1) sesji kwalifikacyjnej – konsultacji psychiatrycznej obejmującej: a) kliniczno-psychiatryczną ocenę stanu psychicznego, b) zebranie wywiadu od świadczeniobiorcy, c) analizę dokumentacji z dotychczasowego leczenia	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi; 2) osoba wykonująca zawód medyczny posiadająca udokumentowane	Epizod depresji umiarkowany (F32.1). Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych (F32.2). Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny umiarkowany (F33.1).
---	--	--	---

	świadczeniobiorcy, w tym opinii neurologa o braku przeciwwskazań, d) postawienie diagnozy, e) ocenę wskazań według następujących kryteriów: – potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F32.1, F32.2, F33.1 i F33.2, – aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, – potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od	szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi. 2. Miejsce udzielania świadczeń: pomieszczenie do wykonywania przezczaszkowej stymulacji magnetycznej. 3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) stymulator do przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, 2) cewka terapeutyczna ósemkowa, 3) cewka do wyznaczania MT – zalecane jest używanie stymulatorów magnetycznych i cewek opatrzonych symbolem zgodności europejskiej (CE) oraz zgłoszonych do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 4) ramię lub inny system do unieruchamiania cewki w trakcie stymulacji; 5) moduł do pomiaru ruchowych potencjałów wywołanych (monitor ruchowych potencjałów wywołanych) lub aparat do elektromiografii (EMG); 6) elektrody jednorazowe do badania ruchowych potencjałów wywołanych;	Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych (F33.2).
--	--	--	--

umiarkowanego do ciężkiego potwierdzenie depresji lekoopornej, f) ocenę przeciwwskazań, g) dobór planowanego protokołu stymulacji (HF-rTMS lub iTBS). Proces kwalifikacji świadczeniobiorcy do leczenia nie powinien odbywać się wcześniej niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem terapii; 2) sesji z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem progu motorycznego, zwanego dalej „MT”, i punktu stymulacji – w trakcie której odbywa się: a) dobranie świadczeniobiorcy czepka w odpowiednim rozmiarze, b) dokonanie pomiarów antropometrycznych głowy świadczeniobiorcy, c) wyznaczenie punktu „Hot Spot” (miejsca o najniższych uzyskiwanych wartościach MT) i jego zaznaczenie na czepku,	7) zatyczki do uszu; 8) czepki materiałowe do wyznaczenia miejsca (obszaru) stymulacji. 4. Pozostałe warunki: 1) świadczenie realizowane dla świadczeniobiorcy z lekoopornością; 2) sesję kwalifikacyjną realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; czas trwania 60 minut; 3) sesję z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem MT i punktu stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 50 minut; 4) sesję z wyznaczeniem MT w trakcie terapii realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 5) sesję stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, lub osoba, o której mowa w ust. 1 pkt 2; średni czas trwania od 5 do 40 minut, w zależności od zastosowanego protokołu; 6) sesję podsumowującą terapię realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 7) zalecane do stosowania protokoły leczenia: a) HF- rTMS w okolicy L- DLPFC (120% RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 11–26 s off; 3000	
---	---	--

	d) oznaczenie MT jako wartość amplitudy bodźca danego stymulatora w procentach, w punkcie „Hot Spot”, e) wyznaczenie docelowego punktu stymulacji (w obszarze grzbietowo-bocznej kory przedczołowej) i jego zaznaczenie na czepku, f) zaprogramowanie zaplanowanego u świadczeniobiorcy protokołu w stymulatorze, g) unieruchomienie głowy świadczeniobiorcy i cewki umiejscowionej nad wyznaczonym obszarem stymulacji, h) uruchomienie protokołu stymulacji i wykonanie zabiegu; 3) sesji z wyznaczeniem MT co 5 zabiegów (zalecane jest wykonywanie zabiegów w kolejnych następujących po sobie dniach roboczych); 4) sesji stymulacji – sesja, w trakcie której wykonywane są czynności, o których mowa w	pulsów/sesja), czas trwania 19–37,5 minut; 20 sesji, b) iTBS w okolicy L-DLPFC (120% RMT, salwy tripletów o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania 3 minut 9 s.; 20 sesji.	
--	--	---	--

	pkt 2 lit. g i h, maksymalnie 16 sesji w trakcie terapii; 5) sesji podsumowującej terapię – konsultacja psychiatryczna. Łącznie dla 1 świadczeniobiorcy 1 cykl terapii przeczaszkowej stymulacji magnetycznej nie częściej niż co 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniego cyklu.		
--	---	--	--

5) w załączniku nr 6 do rozporządzenia:

a) w lp. 1 w kolumnach 2–4 dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

	11) przeczaszkowa stymulacja magnetyczna – procedura terapeutyczna składająca się z: 1) sesji kwalifikacyjnej – konsultacji psychiatrycznej obejmującej: a) kliniczno-psychiatryczną ocenę stanu psychicznego, b) zebranie wywiadu od świadczeniobiorcy, c) analizę dokumentacji z dotychczasowego leczenia świadczeniobiorcy, w tym opinii neurologa o braku przeciwwskazań, d) postawienie diagnozy, e) ocenę wskazań według następujących kryteriów:	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przeczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przeczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi; 2) osoba wykonująca zawód medyczny posiadająca udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przeczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi. 2. Miejsce udzielania świadczeń:	Epizod depresji umiarkowany (F32.1). Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych (F32.2). Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny umiarkowany (F33.1). Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji ciężkiej bez
--	---	---	--

	– potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F32.1, F32.2, F33.1 i F33.2, – aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, – potwierdzenie depresji lekooopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego potwierdzenie depresji lekooopornej, f) ocenę przeciwwskazań,	pomieszczenie do wykonywania przezczaszkowej stymulacji magnetycznej. 3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) stymulator do przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, 2) cewka terapeutyczna ósemkowa, 3) cewka do wyznaczania MT – zalecane jest używanie stymulatorów magnetycznych i cewek opatrzonych symbolem zgodności europejskiej (CE) oraz zgłoszonych do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 4) ramię lub inny system do unieruchamiania cewki w trakcie stymulacji; 5) moduł do pomiaru ruchowych potencjałów wywołanych (monitor ruchowych potencjałów wywołanych) lub aparat do elektromiografii (EMG); 6) elektrody jednorazowe do badania ruchowych potencjałów wywołanych; 7) zatyczki do uszu; 8) czepki materiałowe do wyznaczania miejsca (obszaru) stymulacji. 4. Pozostałe warunki:	objawów psychiatrycznych (F33.2).
--	--	--	--

	g) dobór planowanego protokołu stymulacji (HF-rTMS lub iTBS). Proces kwalifikacji świadczeniobiorcy do leczenia nie powinien odbywać się wcześniej niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem terapii; 2) sesji z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem progu motorycznego, zwanego dalej „MT”, i punktu stymulacji – w trakcie której odbywa się: a) dobranie świadczeniobiorcy czepka w odpowiednim rozmiarze, b) dokonanie pomiarów antropometrycznych głowy świadczeniobiorcy, c) wyznaczenie punktu „Hot Spot” (miejsca o najniższych uzyskiwanych wartościach MT) i jego zaznaczenie na czepku, d) oznaczenie MT jako wartość amplitudy bodźca danego stymulatora w procentach, w punkcie „Hot Spot”,	1) świadczenie realizowane dla świadczeniobiorcy z lekoopornością; 2) sesję kwalifikacyjną realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; czas trwania 60 minut; 3) sesję z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem MT i punktu stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 50 minut; 4) sesję z wyznaczeniem MT w trakcie terapii realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 5) sesję stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, lub osoba, o której mowa w ust. 1 pkt 2; średni czas trwania od 5 do 40 minut, w zależności od zastosowanego protokołu; 6) sesję podsumowującą terapię realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 7) zalecane do stosowania protokoły leczenia: a) HF- rTMS w okolicy L- DLPFC (120% RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 11–26 s off; 3000 pulsów/sesja), czas trwania 19–37,5 minut; 20 sesji, b) iTBS w okolicy L-DLPFC (120% RMT, salwy tripletów	
--	--	---	--

	e) wyznaczenie docelowego punktu stymulacji (w obszarze grzbietowo-bocznej kory przedczołowej) i jego zaznaczenie na czepku, f) zaprogramowanie zaplanowanego u świadczeniobiorcy protokołu w stymulatorze, g) unieruchomienie głowy świadczeniobiorcy i cewki umiejscowionej nad wyznaczonym obszarem stymulacji, h) uruchomienie protokołu stymulacji i wykonanie zabiegu; 3) sesji z wyznaczeniem MT co 5 zabiegów (zalecane jest wykonywanie zabiegów w kolejnych następujących po sobie dniach roboczych); 4) sesji stymulacji – sesja, w trakcie której wykonywane są czynności, o których mowa w pkt 2 lit. g i h, maksymalnie 16 sesji w trakcie terapii; 5) sesji podsumowującej terapię – konsultacja psychiatryczna. Łącznie dla 1 świadczeniobiorcy 1 cykl terapii przeczaszkowej	o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania 3 minut 9 s.; 20 sesji.	
--	---	--	--

	stymulacji magnetycznej nie częściej niż co 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniego cyklu.		
--	--	--	--

b) w lp. 2 w pkt 6 porada kompleksowo-konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym w kolumnie 3 w ust. 2 w pkt 1 po wyrazach „lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii dziecięcej” dodaje się przecinek i wyrazy „lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii (w przypadku realizacji świadczeń dla świadczeniobiorcy powyżej 18. roku życia)”;

c) w lp. 2 w kolumnach 2–4 dodaje się pkt 13 w brzmieniu:

13) Przeczaszkowa stymulacja magnetyczna –procedura terapeutyczna składająca się z: 1) sesji kwalifikacyjnej – konsultacji psychiatrycznej obejmującej: a) kliniczno-psychiatryczną ocenę stanu psychicznego, b) zebranie wywiadu od świadczeniobiorcy, c) analizę dokumentacji z dotychczasowego leczenia świadczeniobiorcy, w tym opinii neurologa o braku przeciwwskazań, d) postawienie diagnozy, e) ocenę wskazań według następujących kryteriów: – potwierdzone rozpoznanie	1. Personel: 1) lekarz: a) specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub psychiatrii dziecięcej, lub b) specjalista w dziedzinie psychiatrii, lub c) który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub d) w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub e) który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub f) w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, - posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przeczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi; 2) osoba wykonująca zawód medyczny posiadająca udokumentowane	Epizod depresji umiarkowany (F32.1). Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych (F32.2). Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny umiarkowany (F33.1). Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych (F33.2).
--	--	---

depresji zakwalifikowanej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F32.1, F32.2, F33.1 i F33.2, – aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, – potwierdzenie depresji lekooopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego	szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi. 2. Miejsce udzielania świadczeń: pomieszczenie do wykonywania przezczaszkowej stymulacji magnetycznej. 3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) stymulator do przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, 2) cewka terapeutyczna ósemkowa, 3) cewka do wyznaczania MT – zalecane jest używanie stymulatorów magnetycznych i cewek opatrzonych symbolem zgodności europejskiej (CE) oraz zgłoszonych do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 4) ramię lub inny system do unieruchamiania cewki w trakcie stymulacji; 5) moduł do pomiaru ruchowych potencjałów wywołanych (monitor ruchowych potencjałów wywołanych) lub aparat do elektromiografii (EMG);	
---	---	--

potwierdzenie depresji lekkoopornej f) ocenę przeciwwskazań, g) dobór planowanego protokołu stymulacji (HF–rTMS lub iTBS). Proces kwalifikacji świadczeniobiorcy do leczenia nie powinien odbywać się wcześniej niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem terapii; 2) sesji z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem MT, i punktu stymulacji – w trakcie której odbywa się: a) dobranie świadczeniobiorcy czepka w odpowiednim rozmiarze, b) dokonanie pomiarów antropometrycznych głowy świadczeniobiorcy, c) wyznaczenie punktu „Hot Spot” (miejsca o najniższych uzyskiwanych wartościach MT) i jego zaznaczenie na czepku,	6) elektrody jednorazowe do badania ruchowych potencjałów wywołanych; 7) zatyczki do uszu; 8) czepki materiałowe do wyznaczania miejsca (obszaru) stymulacji. 4. Pozostałe warunki: 1) świadczenie realizowane dla świadczeniobiorcy z lekkoopornością; 2) sesję kwalifikacyjną realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; czas trwania 60 minut; 3) sesję z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem MT i punktu stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 50 minut; 4) sesję z wyznaczeniem MT w trakcie terapii realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 5) sesję stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, lub osoba, o której mowa w ust. 1 pkt 2; średni czas trwania od 5 do 40 minut, w zależności od zastosowanego protokołu; 6) sesję podsumowującą terapię realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut;	
--	--	--

d) oznaczenie MT jako wartość amplitudy bodźca danego stymulatora w procentach, w punkcie „Hot Spot”, e) wyznaczenie docelowego punktu stymulacji (w obszarze grzbietowo-bocznej kory przedczołowej) i jego zaznaczenie na czepku, f) zaprogramowanie zaplanowanego u świadczeniobiorcy protokołu w stymulatorze, g) unieruchomienie głowy świadczeniobiorcy i cewki umiejscowionej nad wyznaczonym obszarem stymulacji, h) uruchomienie protokołu stymulacji i wykonanie zabiegu; 3) sesji z wyznaczeniem MT co 5 zabiegów (zalecane jest wykonywanie zabiegów w kolejnych następujących po sobie dniach roboczych); 4) sesji stymulacji – sesja, w trakcie której wykonywane	7) zalecane do stosowania protokoły leczenia: a) HF– rTMS w okolicy L– DLPFC (120% RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 11–26 s off; 3000 pulsów/sesja), czas trwania 19–37,5 minut; 20 sesji, b) iTBS w okolicy L–DLPFC (120% RMT, salwy tripletów o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania 3 minut 9 s.; 20 sesji.	
---	---	--

są czynności, o których mowa w pkt 2 lit. g i h, maksymalnie 16 sesji w trakcie terapii; 5) sesji podsumowującej terapię – konsultacja psychiatryczna. Łącznie dla 1 świadczeniobiorcy 1 cykl terapii przezczaszkowej stymulacji magnetycznej nie częściej niż co 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniego cyklu.		
---	--	--

d) w lp. 3:

- w pkt 8 sesja psychoterapii grupowej w kolumnie 3 w ust. 2 wyrazy „60 minut” zastępuje się wyrazami „90 minut”,
- w kolumnach 2–4 dodaje się pkt 10 brzmieniu:

10) Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna – procedura terapeutyczna składająca się z: 1) sesji kwalifikacyjnej – konsultacji psychiatrycznej obejmującej: a) kliniczno-psychiatryczną ocenę stanu psychicznego, b) zebranie wywiadu od świadczeniobiorcy, c) analizę dokumentacji z dotychczasowego leczenia świadczeniobiorcy, w	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi; 2) osoba wykonująca zawód medyczny posiadająca	Epizod depresji umiarkowany (F32.1). Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych (F32.2). Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny umiarkowany (F33.1). Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie
---	--	--

tym opinii neurologa o braku przeciwwskazań, d) postawienie diagnozy, e) ocenę wskazań według następujących kryteriów: – potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F32.1, F32.2, F33.1 i F33.2; – aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, – potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne	udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przezczaszkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi. 2. Miejsce udzielania świadczeń: pomieszczenie do wykonywania przezczaszkowej stymulacji magnetycznej. 3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) stymulator do przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, 2) cewka terapeutyczna ósemkowa, 3) cewka do wyznaczania MT – zalecane jest używanie stymulatorów magnetycznych i cewek opatrzonych symbolem zgodności europejskiej (CE) oraz zgłoszonych do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 4) ramię lub inny system do unieruchamiania cewki w trakcie stymulacji; 5) moduł do pomiaru ruchowych potencjałów wywołanych (monitor ruchowych potencjałów wywołanych) lub aparat do elektromiografii (EMG);	epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych (F33.2).
---	--	---

w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego potwierdzenie depresji lekoopornej, f) ocenę przeciwwskazań, g) dobór planowanego protokołu stymulacji (HF-rTMS lub iTBS). Proces kwalifikacji świadczeniobiorcy do leczenia nie powinien odbywać się wcześniej niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem terapii; 2) sesji z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem MT i punktu stymulacji – w trakcie której odbywa się: a) dobranie świadczeniobiorcy czepka w odpowiednim rozmiarze, b) dokonanie pomiarów antropometrycznych głowy świadczeniobiorcy, c) wyznaczenie punktu „Hot Spot” (miejsca o najniższych	6) elektrody jednorazowe do badania ruchowych potencjałów wywołanych; 7) zatyczki do uszu; 8) czepki materiałowe do wyznaczania miejsca (obszaru) stymulacji. 4. Pozostałe warunki: 1) świadczenie realizowane dla świadczeniobiorcy z lekoopornością; 2) sesję kwalifikacyjną realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; czas trwania 60 minut; 3) sesję z kalibracją z pierwszym wyznaczeniem MT i punktu stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 50 minut; 4) sesję z wyznaczeniem MT w trakcie terapii realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 5) sesję stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, lub osoba, o której mowa w ust. 1 pkt 2; średni czas trwania od 5 do 40 minut, w zależności od zastosowanego protokołu; 6) sesję podsumowującą terapię realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut;	
---	---	--

uzyskiwanych wartościach MT) i jego zaznaczenie na czepku, d) oznaczenie MT jako wartość amplitudy bodźca danego stymulatora w procentach, w punkcie „Hot Spot”, e) wyznaczenie docelowego punktu stymulacji (w obszarze grzbietowo-bocznej kory przedczołowej) i jego zaznaczenie na czepku, f) zaprogramowanie zaplanowanego u świadczeniobiorcy protokołu w stymulatorze, g) unieruchomienie głowy świadczeniobiorcy i cewki umiejscowionej nad wyznaczonym obszarem stymulacji, h) uruchomienie protokołu stymulacji i wykonanie zabiegu; 3) sesji z wyznaczeniem MT co 5 zabiegów (zalecane jest wykonywanie zabiegów w	7) zalecane do stosowania protokoły leczenia: a) HF– rTMS w okolicy L–DLPFC (120% RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 11–26 s off; 3000 pulsów/sesja), czas trwania 19–37,5 minut; 20 sesji, b) iTBS w okolicy L–DLPFC (120% RMT, salwy tripletów o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania 3 minut 9 s.; 20 sesji.	
---	--	--

kolejnych następujących po sobie dniach roboczych); 4) sesji stymulacji – sesja, w trakcie której wykonywane są czynności, o których mowa w pkt 2 lit. g i h, maksymalnie 16 sesji w trakcie terapii; 5) sesji podsumowującej terapię – konsultacja psychiatryczna. Łącznie dla 1 świadczeniobiorcy 1 cykl terapii przezczaszkowej stymulacji magnetycznej nie częściej niż co 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniego cyklu.		
---	--	--

- e) w lp. 7 w pkt 2 porada kompleksowo-konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym w kolumnie 3 w ust. 2 w pkt 1 po wyrazach „lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii dziecięcej” dodaje się przecinek i wyrazy „lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii (w przypadku realizacji świadczeń dla świadczeniobiorcy powyżej 18. roku życia)”;
- 6) załącznik nr 8 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Alina Budziszewska-Makulska

Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zwany dalej „projektem rozporządzenia”, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w części normatywnej oraz załącznikach nr 1, 4, 6 i 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.).

Zmiana w § 2 pkt 9b rozporządzenia ma na celu umożliwienie podjęcia pracy zawodowej w placówkach leczenia uzależnień przez specjalizantów w dziedzinie psychoterapii uzależnień od początku rozpoczęcia specjalizacji. Należy wskazać, że praca, przez cały okres specjalizacji, realizowana byłaby pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień i jej zakres byłby dostosowany do rozwijanych kompetencji specjalizanta. Umożliwienie od początku specjalizacji podjęcia pracy zawodowej pod nadzorem specjalisty przyczyni się do redukcji wakatów w placówkach leczenia uzależnień, a osoby specjalizujące od początku będą nabywały umiejętności pracy klinicznej z osobami (dzieci, młodzież i dorośli) i bliskimi tych osób z problemem uzależnienia. Wprowadzenie ww. zmiany umożliwiłoby ubieganie się dofinansowania szkolenia specjalizacyjnego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, na podstawie art. 8q ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670). Perspektywa zatrudnienia w placówce leczenia uzależnień oraz w związku z tym możliwości uzyskania dofinansowania szkolenia specjalizacyjnego od początku szkolenia będzie ważnym argumentem dla osób decydujących się na wybór ścieżki zawodowej w kierunku psychoterapii uzależnień.

Zmiana w § 2 pkt 14b wprowadza sesję koordynacji w ramach zespołu interdyscyplinarnego. Wprowadzenie tego przepisu umożliwia personelowi realizującemu świadczenia opieki zdrowotnej w ramach zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny lub ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny udział w posiedzeniach zespołu interdyscyplinarnego, o którym mowa

w art. 9a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1673).

Zmiana w § 2 pkt 20 rozporządzenia wprowadzająca zmianę definicji udokumentowanego doświadczenia rozszerza katalog dokumentów stwierdzających nawiązanie stosunku pracy. Ma ona na celu uwzględnienie doświadczenia również tych osób, których stosunek pracy wynika z innego dokumentu niż umowa o pracę np. powołania czy służby.

Projekt rozporządzenia wprowadza do wykazu świadczeń gwarantowanych przezczaszkową stymulację magnetyczną. Nowe świadczenie zostało dodane w:

- 1) lp. 19 załącznika nr 1 do rozporządzenia Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych;
- 2) lp. 7 załącznika nr 4 do rozporządzenia Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach dziennych psychiatrycznych;
- 3) lp. 1 pkt 11, lp. 2 pkt 10 oraz lp. 2 pkt 13 załącznika nr 6 do rozporządzenia Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego;
- 4) załączniku nr 8 do rozporządzenia na II i III poziomie referencyjnym.

Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna została zarekomendowana Ministrowi Zdrowia przez ekspertów z zakresu zdrowia psychicznego jako metoda o udowodnionej skuteczności, która może być wykorzystywana w terapii takich zaburzeń jak: epizod depresyjny (F32) oraz zaburzenie depresyjne nawracające (F33), jak również uzyskała rekomendację nr 109/2022 z 21 listopada 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: „Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS) – protokoły rTMS i iTBS” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Propozycja nowego brzmienia załącznika nr 8 do rozporządzenia wprowadza zmianę warunków, jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych. Wprowadzone modyfikacje dotyczą przede wszystkim wymagań w części personel oraz organizacja udzielania świadczeń. Wprowadzone zostały następujące zmiany:

- I. wszystkie poziomy referencyjne – wprowadzono możliwość zaangażowania specjalisty psychoterapii uzależnień lub osoby ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoby w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii

uzależnień. Zgodnie z rekomendacją konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, mając na uwadze wzrost rozpowszechnienia uzależnień w populacji pacjentów małoletnich wskazane jest włączenie do modelu psychiatrii wieku rozwojowego specjalisty psychoterapii uzależnień. Takie rozwiązanie jest spójne z założeniem reformy psychiatrii dzieci i młodzieży opartej przede wszystkim na oddziaływaniach w środowisku pacjentów oraz na współpracy zarówno wewnątrzsektorowej, jak i zewnątrzsektorowej. Należy zauważyć, iż w populacji pediatrycznej rzadko mamy do czynienia z pacjentem, u którego występuje tylko diagnoza uzależnienia lub szkodliwego używania, najczęściej są to małoletnie osoby z podwójną diagnozą, gdzie współpraca interdyscyplinarna jest niezwykle istotna. Ponadto u pacjentów małoletnich niezwykle jest ważna opieka kompleksowa, czyli również praca z całym systemem, w którym ten pacjent funkcjonuje, dlatego włączenie specjalisty uzależnień na każdym poziomie referencyjnym jest tak bardzo istotne.

Umożliwienie realizacji świadczeń w ramach poziomów referencyjnych przez osobę prowadzącą psychoterapię uzależnień jest także konsekwencją wniosków z realizowanego programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, zwanego dalej „programem pilotażowym”. Program pilotażowy realizowany jest na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2021 r. poz. 2253, z późn. zm). Program pilotażowy trwa od dnia 1 grudnia 2021 r. do dnia 30 czerwca 2025 r. Jak wskazuje raport Narodowego Funduszu Zdrowia przekazany do Ministerstwa Zdrowia w dniu 24 grudnia 2024 r., zawierający analizę i ocenę wskaźników realizacji programu pilotażowego, problem nadmiernego używania mediów przez dzieci i młodzież jest zjawiskiem powszechnym, jednakże tylko u pewnej grupy pacjentów nadmierowe używanie przybiera formę używania problemowego lub uzależnienia. Młodzież, u której rozpoznano uzależnienie od nowych technologii ma inne diagnozy towarzyszące np. depresja, ADHD, spektrum autyzmu, fobia społeczna. Wobec powyższego w opinii Ministerstwa Zdrowia jest zasadne upowszechnienie wsparcia realizowanego przez osoby prowadzące psychoterapię uzależnień także w podmiotach realizujących świadczenia opieki psychiatrycznej. Ponadto jak wskazano w raporcie ważny element oddziaływań terapeutycznych stanowi psychoedukacja dzieci i młodzieży

również w środowisku domowym, szkolnym oraz współpraca międzysektorowa z organizacjami mającymi wpływ na życie pacjenta. Świadczenia środowiskowe oraz tego rodzaju współpraca są głównymi założeniami świadczeń realizowanych w ramach trzech poziomów referencyjnych.

II. I poziom referencyjny:

- 1) wprowadzono możliwość pełnienia przez terapeutę środowiskowego roli drugiego terapeuty w trakcie świadczeń opieki zdrowotnej: sesji psychoterapii rodzinnej oraz sesji psychoterapii grupowej. Dodano także możliwość realizacji sesji wsparcia psychospołecznego przez terapeutę środowiskowego. Dzięki temu możliwa była rezygnacja ze świadczenia „wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową”, które realizowane było w miejscu udzielania świadczeń, co było mylące dla świadczeniodawców i świadczeniobiorców;
- 2) wprowadzono dodatkowe świadczenie: sesja treningowa grupowa, tym samym został rozszerzony katalog oddziaływań realizowanych w zespole lub ośrodku środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Wprowadzenie ww. świadczeń jest oparte o rekomendację nr 97/2022 z 31 października 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja treningowa – grupowa” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 3) wydzielono sesję wsparcia psychospołecznego w formie konsultacji interwencyjnej;
- 4) dodano warunek posiadania przez świadczeniodawcę testów psychologicznych i kwestionariuszy do diagnozy zaburzeń i problemów psychicznych;
- 5) zmieniono zasady dotyczące prowadzenia superwizji – w miejsce superwizji dla osób realizujących sesje psychoterapii wprowadzona została superwizja zespołowa, w której mogą wziąć udział wszystkie osoby realizujące świadczenia. Zmiana ta pozwoli na realizację superwizji dla wszystkich zaangażowanych w opiekę nad pacjentami. Uelastyczniono również zasady dotyczące czasu trwania superwizji;
- 6) uzupełniono warunki realizacji poszczególnych świadczeń – porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja wsparcia psychospołecznego. Celem tych uzupełnień było ujednolicenie wymagań realizowanych w ramach Zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży oraz Ośrodkiem środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, jak również ujednolicenie zasad realizacji świadczeń w środowisku pacjenta;

- 7) w opisach świadczeń doprecyzowano, które z nich mogą być realizowane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub jego środowisku, co wpłynęło także na zmiany czasu ich trwania.

III. II poziom referencyjny:

- 1) wprowadzono możliwość realizacji porady psychologicznej;
- 2) uelastyczniono zasady dotyczące prowadzenia konsylium oraz sesji koordynacji;
- 3) zniesiono ograniczenia dotyczące listy rozpoznań pacjentów mogących korzystać na II poziomie referencyjnym ze świadczeń sesji psychoterapii;
- 4) wprowadzono zmiany dotyczące realizacji świadczenia porada kompleksowo-konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym przez dodanie możliwości realizacji badania logopedycznego lub pedagogicznego, jak również uzupełnienie personelu uprawnionego do realizacji tego świadczenia w ramach świadczeń gwarantowanych o lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii w przypadku realizacji świadczeń dla świadczeniobiorcy powyżej 18. roku życia;
- 7) analogicznie jak w I poziomie referencyjnym zastąpiono superwizję psychoterapii świadczeniem superwizji zespołowej;
- 8) wprowadzono możliwość realizacji porady lekarskiej kontrolnej w formach 15-minutowych, dzięki temu możliwa będzie realizacja takiej krótkiej porady dla pacjentów kontynuujących leczenie w przypadku których konieczne jest jedynie przeprowadzenie krótkiej rozmowy mającej na celu ocenę postępów leczenia i wystawienie recepty w celu jego przedłużenia;
- 9) zmiany uległy przepisy rozporządzenia dotyczące świadczeń realizowanych w oddziale dziennym w celu ich uelastycznienia i dostosowania do potrzeb świadczeniobiorców:
 - a) dodano opis porady kwalifikacyjnej,
 - b) uelastyczniono zasady dotyczące pobytu na oddziale dziennym;
- 10) uzupełniono warunki realizacji poszczególnych świadczeń – porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej oraz sesja psychoterapii grupowej, co ma na celu ujednolicenie wymagań między poszczególnymi poziomami.

IV. III poziom referencyjny – umożliwianie pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii, co ma na celu rozszerzenie grona personelu uprawnionego do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wskazanego poziomu.

Wprowadzone zmiany nie wymagają wprowadzania przepisów intertemporalnych. Większość zmian wprowadzanych projektowaną regulacją wprowadza niższe wymagania dla

świadczeniodawców niż określone w obowiązujących przepisach rozporządzenia. Pozostałe wymagania mają charakter fakultatywny.

Zakłada się, że rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia będzie miał wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców, będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie, w jakim stosują przepisy rozporządzenia dotyczące warunków realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie uzależnienia i współuzależnienia.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.