

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

**z dnia ..... 2018 r.**

**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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

**§ 2.** Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) instruktor terapii uzależnień – osobę, która uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień i posiada kwalifikacje instruktora terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783, 1458 i 2439) lub w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487, z 2017 r. poz. 2245 oraz z 2018 r. poz. 310);
- 2) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107 i 138.

- 3) lekarz w trakcie specjalizacji:
  - a) w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych - lekarza, który rozpoczął specjalizację z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym przepisami o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
  - b) w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych - lekarza, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym przepisami o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 4) logopeda – osobę, która:
  - a) uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub surdologopedii lub
  - b) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
  - c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
  - d) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
  - e) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
  - f) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii;
- 5) osoba prowadząca psychoterapię – osobę, która spełnia łącznie następujące warunki:
  - a) posiada dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2001 r. poz. 763 i 1798 oraz z 2009 r. poz. 120 i 753),
  - b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1 200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie

w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,

- c) posiada zaświadczenie, poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”;
- 6) osoba prowadząca terapię zajęciową – osobę, która:
  - a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2 000 godzin kształcenia w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub
  - b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3 000 godzin kształcenia, w tym 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata, lub
  - c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego, lub
  - d) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktora terapii zajęciowej, lub
  - e) ukończyła przed dniem 1 października 2011 r. studia wyższe w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 1 665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata, lub
  - f) ma inne wykształcenie, jeżeli uzyskała pozytywną opinię kierownika ośrodka prowadzącego terapię zajęciową dla chorych psychicznie, po co najmniej rocznej praktyce w zakresie terapii zajęciowej w tym ośrodku;
- 7) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień – osobę, która uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień, posiadająca status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla instruktora terapii uzależnień, potwierdzony zaświadczeniem wydanym odpowiednio przez Państwową Agencję

Rozwiązywania Problemów Alkoholowych albo Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii;

- 8) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – osobę, która posiada dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, posiadająca status osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1 200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia oraz posiadająca zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie oraz pracująca pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty;
- 9) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień – osobę, która uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień oraz posiada status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień, potwierdzony zaświadczeniem wydanym odpowiednio przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych albo Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii;
- 10) pedagog specjalny – osobę, która ukończyła studia wyższe w zakresie pedagogiki specjalnej i uzyskała tytuł licencjata lub magistra lub osobę, która rozpoczęła przed dniem 1 października 2012 r. studia wyższe na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł licencjata lub magistra;
- 11) psycholog kliniczny – psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna;
- 12) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna - psycholog, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna;
- 13) specjalista psychoterapii uzależnień – osobę, która posiada kwalifikacje specjalisty terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub posiada kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień, o których mowa

w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;

- 14) świadczenia terapeutyczne – działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację;
- 15) terapeuta środowiskowy – osobę, która posiada co najmniej wykształcenie średnie i ukończyła szkolenie z zakresu terapii środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu terapii środowiskowej lub osoba, która posiada wiedzę i umiejętności w zakresie terapii środowiskowej osób z zaburzeniami psychicznymi potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez kierownika podmiotu leczniczego, w którym wykonuje obowiązki na stanowisku terapeuty środowiskowego;
- 16) turnus rehabilitacyjny – zorganizowany, trwający nie dłużej niż 14 dni, pobyt poza miejscem udzielania świadczeń gwarantowanych, obejmujący leczenie i intensywną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych i ze znacznym stopniem nieprzystosowania społecznego, w ramach określonego programu terapeutycznego.

§ 3. Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

- 1) stacjonarnych:
  - a) psychiatrycznych,
  - b) leczenia uzależnień,
  - c) w izbie przyjęć;
- 2) dziennych:
  - a) psychiatrycznych,
  - b) leczenia uzależnień;
- 3) ambulatoryjnych:
  - a) psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego),
  - b) leczenia uzależnień.

§ 4.1. Wykaz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 1 lit. a, oraz warunki ich realizacji określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Wykaz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 1 lit. b, oraz warunki ich realizacji określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

3. Wykaz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 1 lit. c, oraz warunki ich realizacji określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

4. Wykaz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 2 lit. a, oraz warunki ich realizacji określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

5. Wykaz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 2 lit. b, oraz warunki ich realizacji określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

6. Wykaz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 3 lit. a, oraz warunki ich realizacji określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

7. Wykaz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 3 lit. b, oraz warunki ich realizacji określa załącznik nr 7 do rozporządzenia.

**§ 5.** Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

**§ 6.** Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 3 pkt 1, obejmują:

- 1) świadczenia terapeutyczne;
- 2) programy terapeutyczne;
- 3) niezbędne badania diagnostyczne;
- 4) konsultacje specjalistyczne;
- 5) leki;
- 6) wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;
- 7) wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy;
- 8) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

**§ 7.** Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 3 pkt 2, obejmują:

- 1) świadczenia terapeutyczne;
- 2) programy terapeutyczne;
- 3) niezbędne badania diagnostyczne;
- 4) leki;
- 5) wyżywienie;
- 6) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

**§ 8.** Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 3 pkt 3, obejmują:

- 1) świadczenia terapeutyczne;
- 2) niezbędne badania diagnostyczne;
- 3) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

**§ 9. 1.** Dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub dla osób uzależnionych może być realizowany turnus rehabilitacyjny, nie częściej niż raz na 12 miesięcy, w ramach:

- 1) świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, rehabilitacji psychiatrycznej oraz leczenia zaburzeń nerwicowych u dorosłych oraz dzieci i młodzieży realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych;
- 2) świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz świadczeń rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi realizowanych w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień;
- 3) świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach dziennych psychiatrycznych;
- 4) świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia realizowanych w warunkach dziennych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych;
- 5) świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży, leczenia nerwic oraz świadczeń gwarantowanych dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego);
- 6) świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia realizowanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, programu substytucyjnego.

2. Warunkiem realizacji turnusu rehabilitacyjnego jest przedstawienie przez świadczeniodawcę Narodowemu Funduszowi Zdrowia:

- 1) programu psychoterapeutycznego;
- 2) opinii o spełnieniu wymogów sanitarno-epidemiologicznych w pomieszczeniach, w których będą realizowane świadczenia w ramach turnusu rehabilitacyjnego;
- 3) wykazu osób uczestniczących;
- 4) terminu turnusu rehabilitacyjnego;
- 5) wykazu personelu realizującego świadczenia.

**§ 10. 1.** Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 1:

- 1) lit. a, dla dorosłych lub dla dzieci i młodzieży,
  - 2) lit. b, w zakresie leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) albo leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)
- zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia w szpitalach w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

2. Liczba i kwalifikacje pracowników niezbędnych dla zapewnienia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem:

- 1) specyfiki intensywności opieki sprawowanej nad pacjentami, w tym z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej opieki nad pacjentami, o których mowa w art. 23, art. 24 i art. 28 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, 2245 i 2439);
- 2) liczby i bieżącego wykorzystania łóżek lub miejsc;
- 3) wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

3. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej, o której mowa w ust. 1, w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

**§ 11.** Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 pkt 3 lit. a, dostosowując realizację świadczeń gwarantowanych do potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców może realizować:

- 1) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych określone w lp.1 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;
- 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;
- 3) leczenie środowiskowe (domowe) określone w lp. 8 załącznika nr 6 do rozporządzenia bez sesji psychoterapii indywidualnej lub bez sesji psychoterapii rodzinnej, lub bez sesji psychoterapii grupowej.

**§ 12.** Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,

- 7) chorób układu krążenia,
  - 8) chorób układu moczowo-płciowego,
  - 9) chorób układu nerwowego,
  - 10) chorób układu oddechowego,
  - 11) chorób układu ruchu,
  - 12) chorób układu trawiennego,
  - 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
  - 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
  - 15) urazów i zatruc,
  - 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych
- gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 13. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386 i 1610).

§ 14. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2018 r.

**MINISTER ZDROWIA**

Zgodność pod względem merytorycznym

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Analiz i Strategii

*Kamila Malinowska*

Za zgodność pod względem  
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR  
Departamentu Prawnego

*Konrad Miłoszewski*

PODSEKRETARZ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia

*Zbigniew J. Król*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Prawnego

*Alina Buzińska-Makulska*

*9.03.2018r.*

09 MAR. 2018

## Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386, z późn. zm.), zwane dalej „dotychczasowym rozporządzeniem”.

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w części normatywnej oraz w załącznikach nr 1 - 7 w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia.

W części normatywnej w § 2, wprowadzono następujące definicje: instruktora terapii uzależnień, logopedy, osoby prowadzącej psychoterapię, osoby prowadzącej terapię zajęciową, osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień, osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, pedagoga specjalnego, psychologa klinicznego, specjalisty psychoterapii uzależnień. Powyższa zmiana, stanowi przeniesienie ww. definicji, z załączników nr 1, 2, 4 -7 dotychczasowego rozporządzenia i ma na celu usystematyzowanie i uporządkowanie definicji specjalistów, realizujących świadczenia gwarantowane z przedmiotowego zakresu.

Ponadto w § 2 wprowadzono dodatkowo definicję psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, jako psychologa, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna. Przedmiotowa definicja stanowi doprecyzowanie i ujednoczenie przepisów i nakłada wymóg tożsamy, jak w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji w odniesieniu do świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych.

Dodatkowo w części normatywnej w § 2 w pkt 9, gdzie zawarto definicję osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień zmieniono nazwę szkolenia z „szkolenie w zakresie psychoterapii uzależnień” na „ szkolenie w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień” zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25

czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. poz. 734).

W § 2 pkt 14, zdefiniowano terapeutę środowiskowego uwzględniając potrzeby poszerzenia zasobów terapeutów środowiskowych niezbędnych w procesie terapeutycznym, i usankcjonowano dotychczas istniejące rozwiązanie przy jednoczesnym uznaniu bezterminowym przepisu przejściowego. Biorąc pod uwagę obowiązujący wcześniej przepis przejściowy dopuszczający uznanie terapeuty środowiskowego przez kierownika podmiotu realizującego świadczenia z tego zakresu oraz przy braku sygnałów o nieprawidłowym udzielaniu świadczeń, uznano dotychczasowe rozwiązanie za możliwe do wprowadzenia jako docelowe. Punktem wyjścia dla tego wnioskowania jest fakt, że jeśli pracownik podmiotu miał uznane przez kierownika kompetencje i doświadczenie w obszarze terapii środowiskowej, to jego dotychczasowa właściwie wykonywana praca w tym obszarze wzmacniała umiejętności i budowała doświadczenie, które warto uznać. Należy także zauważyć, że obecny stan wskazuje na niewystarczającą liczbę osób kształconych zgodnie z ramowym programem szkolenia terapeutów środowiskowych, więc uznanie ich dotychczasowego doświadczenia pozwoli na budowanie większego wsparcia dla pacjentów, co dodatkowo przemawia za przyjętym rozwiązaniem.

W § 2 pkt 4 lit. a i b, doprecyzowano przepisy odnoszące się do definicji logopedy, umożliwiając realizację świadczeń osobie, która „uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub surdologopedii”, jak również osobie, która „rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub (...)”. Przedmiotowa zmiana stanowi ujednolicenie obowiązujących przepisów i jest zgodna z aktami wykonawczymi dotyczącymi pozostałych zakresów świadczeń gwarantowanych.

W § 2 pkt 5 lit. a, i w pkt 8 w definicji osoby prowadzącej psychoterapię lub osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, gdzie w wymogach wskazana jest osoba, która, „ posiada dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji (...)” poszerzono katalog personelu o magistra socjologii. Zmiana umożliwi osobom mającym dyplom w dziedzinie nauk społecznych z kolejnej dyscypliny naukowej -

socjologii, na podnoszenie kwalifikacji w obszarze psychoterapii i ostatecznie poszerzenie kadry prowadzących psychoterapię. W konsekwencji może zwiększyć się liczba osób prowadzących psychoterapię.

W § 2 pkt 15 ujednolicono zgodnie z § 9 ust. 1 definicję turnusu rehabilitacyjnego jako świadczenia dedykowanego „osobom z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych i ze znacznym stopniem nieprzystosowania społecznego...”. Zmiana ma charakter porządkujący i doprecyzowujący, aby ograniczać wątpliwości interpretacyjne.

Przepisy dotyczące przejazdu środkami transportu sanitarnego z § 3 ust. 2 przeniesiono do § 12. Zmiana została wprowadzona celem ujednolicenia części normatywnej rozporządzenia z aktami wykonawczymi dotyczącymi pozostałych zakresów świadczeń gwarantowanych.

W § 8 pkt 3 usunięto wyrażenie „leki niezbędne w stanach nagłych”, ponieważ zgodnie z odwołaniem w przedmiotowym przepisie do świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, o których mowa w § 3 pkt 3, przepis nie dotyczy realizacji świadczeń w stanach nagłych. Ponadto, z uwagi na przedmiotową zmianę pkt 4 w § 8 „działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin” został oznaczony jako pkt 3.

Rozszerzono przepis w § 10 ust. 1 i ust. 2 przez dodanie „i opieki pielęgniarskiej” w przepisach stanowiących o zapewnieniu całodobowej opieki lekarskiej w świadczeniach realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych (dla dorosłych lub dla dzieci i młodzieży) i warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień w (zakresie leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) albo leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)). Wprowadzono także ust. 3 w brzmieniu „zapewnienie opieki pielęgniarskiej, o której mowa w § 10 ust. 1 w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej”. Przedmiotowa zmiana podyktowana jest potrzebą właściwego zabezpieczenia personelu pielęgniarskiego, podobnie jak dookreślono to w przypadku personelu lekarskiego we wskazanych świadczeniach stacjonarnych.

W § 10 ust. 2 pkt 2 doprecyzowano przepis „liczby i bieżącego wykorzystania łóżek” przez dodanie wyrazów „lub miejsc”, co jest zgodne z rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą funkcjonującym na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.). Zmiana wprowadza w rozporządzeniu dookreślenie i ujednoczenie przepisów.

Wprowadzono przepis § 11, przez co istniejące dotychczas § 11 i § 12, przyjęły numerację jako § 12 i § 13, przy czym § 12 objął przepisy przejazdu środkami transportu sanitarnego, zawarte wcześniej w § 3 ust. 2. Przepis § 11 wskazuje na możliwą realizację świadczeń przez świadczeniodawcę określonych w załączniku nr 6, jako: w lp. 1 - świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, w lp. 2 - świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, i w lp. 8 - leczenie środowiskowe (domowe), nieobowiązkowo łącznie z wymienionymi poradami, sesjami i programem wyszczególnionymi dla przedmiotowych świadczeń w § 11 w punktach 1, 2 i 3. Przepis nie wprowadza zmian w realizacji świadczeń, ponieważ aktualnie świadczeniodawcy mogą i po wejściu w życie przedmiotowego rozporządzenia dalej będą mogli realizować przedmiotowe świadczenia nieobligatoryjnie z wymienionymi poradami, sesjami i programem.

Przepis wprowadza porządek interpretacyjny z uwagi na usunięcie powielenia tożsamyh świadczeń gwarantowanych w poszczególnych liczbach porządkowych w dotychczasowym rozporządzeniu. Zmiana jest wprowadzona w celu uporządkowania świadczeń i ujednoczenia przepisów. Szczegółowo zmiany porządkujące wskazano poniżej w treści uzasadnienia przy omawianiu zmian w załączniku nr 6.

W załączniku nr 1 w lp. 2, w opisie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w kolumnie 2 w treści o brzmieniu „... kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych...”, dodano wyrażenie „...lub w szkołach ponadpodstawowych...”. Zmiana uaktualnia stan prawny zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59, z późn. zm.). Ponadto w pkt 1 poszerzono wachlarz personelu realizującego świadczenie przez umożliwienie realizację świadczenia także przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Przedmiotowa zmiana ma na celu ułatwienie realizacji świadczenia.

Ponadto w załączniku nr 1 w lp. 9 i w lp. 10, w świadczeniach psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia dotychczasowe przepisy zastępuje się odesłaniem co do treści świadczenia „obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 200 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (...)” do art. 93 a. § 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r.

poz. 2204, z późn. zm.), w którym enumeratywnie są wymienione środki zabezpieczające, w tym pkt. 3 terapia uzależnień i pkt. 4 pobyt w zakładzie psychiatrycznym. W związku z nowelizacją Kodeksu karnego i Kodeksu karnego wykonawczego, która weszła w życie w dniu 1 lipca 2015 r., wprowadzoną ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 396), gdzie dodano art. 93a, wskazanie przepisu Kodeksu karnego, spowoduje odwołanie się do środka zabezpieczającego, zgodnie z aktualnymi przepisami prawa.

Dodatkowo w załączniku nr 1 w lp. 9 i w lp. 10, w świadczeniach psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia w celu wypełnienia ustawowego obowiązku w stosunku do sprawcy przyjętego do zakładu, dokonano zmiany powyższego przepisu w odniesieniu do personelu przez dodanie specjalisty psychoterapii uzależnień, lub uznanie kompetencji specjalisty psychoterapii uzależnień w przypadku posiadania kompetencji przez istniejący personel, zapewniając przez to kompleksowy proces leczenia. Z wnioskiem o zmianę wystąpił Rzecznik Praw Pacjenta. Wskazał, że zgodnie z art. 93a § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny środkiem zabezpieczającym jest także pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Przedmiotowy środek stosowany jest w przypadkach, gdy jest to konieczne. Cel stosowania wskazanego środka zabezpieczającego określony został w art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 665, z późn. zm.) i wskazuje, że sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, a jego celem jest poprawa stanu zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w przypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym - również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem. Rzecznik wskazał, że u znacznej części pacjentów internowanych diagnozowane jest uzależnienie od alkoholu i/lub środków odurzających. Obecnie znaczna część pacjentów pozbawiona jest możliwości skutecznej terapii, co może wpływać na przedłużenie stosowania środka zabezpieczającego. Stanowisko poszerzenia katalogu personelu niezbędnego do realizacji świadczeń podzieli Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii. Dodatkowo w lp. 9 w świadczeniach psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia dokonano zmiany powyższego przepisu w odniesieniu do personelu przez wyodrębnienie psychologa lub uznanie kompetencji psychologa w przypadku ich posiadania przez istniejący personel, zapewniając przez to kompleksowy proces terapeutyczny.

W załączniku nr 1 w lp. 11, w świadczeniach psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich dokonano zmiany powyższego przepisu w odniesieniu do personelu przez dodanie specjalisty psychoterapii uzależnień, lub uznanie kompetencji specjalisty psychoterapii uzależnień w przypadku posiadania kompetencji przez istniejący personel, zapewniając przez to kompleksowy proces leczenia.

W załącznikach nr 1 i nr 4, w odniesieniu do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży odstąpiono od określania etatu przeliczeniowego lekarzy psychiatrów na łóżka/miejsca i pozostawiono równoważnik etatu psychiatry dziecięcego bez względu na liczbę łóżek/miejsc w oddziale, wskazując przez to, że kwestie organizacji pracy, w tym również zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorcy, należy do kompetencji kierownika podmiotu leczniczego. Powyższe dotyczy wymienionych świadczeń w załączniku nr 1 - w lp. 2 - „świadczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży”, w lp. 8 – „leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży”, w lp. 13 – „świadczenia opiekuńczo - leczniczego psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży”, w lp. 15 – „świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży”, a także w załączniku nr 4 - w lp. 3 – „świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży”. Należy zauważyć, że zmiana ma na celu zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych przez lekarzy psychiatrów dziecięcych. Specjaliści w ww. dziedzinie stanowią deficyt kadrowy w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, więc organizacja świadczeń z ich udziałem powinna być adekwatna do możliwości ich zapewnienia. Celem regulacji jest racjonalizacja wykorzystania przedmiotowych świadczeń, co powinno przyczynić się do zwiększenia ich dostępności dla pacjentów.

W załączniku nr 2, w lp. 5 wyodrębniono warunki realizacji świadczeń dla pacjentów z podwójną diagnozą, jako świadczenia terapii dla uzależnionych od alkoholu ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza). Z uwagi na przedmiotowe wyodrębnienie zmieniono liczbę porządkową świadczeń w załączniku od lp. 5 do lp. 12, przyporządkowując świadczenia o jeden wyżej i nadając przyporządkowanie tym świadczeniom w liczbach od lp. 6 do lp.13. Wskazano przy tym, że leczenie pacjentów z podwójnym rozpoznaniem, tzn. z uzależnieniem od alkoholu oraz innym zaburzeniem psychicznym, takim jak: zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości i zaburzenia adaptacyjne powinno odbywać się w warunkach wyodrębnionych od leczenia pacjentów wyłącznie z uzależnieniem od alkoholu. Istotne jest również to, że u osób z podwójną diagnozą,

które nie są zaopatrywane zarówno ze względu na uzależnienie i jednocześnie ze względu na zaburzenie psychiczne, częściej zdarza się nasilenie i rozwój choroby psychicznej, która jest w konsekwencji zaopatrywana w warunkach szpitalnych. Należy zauważyć, że jeżeli pacjenci z podwójną diagnozą, w tym z uzależnieniem od alkoholu zostaną właściwie zaopatrzeni na wcześniejszym etapie terapii, to może ulec obniżeniu liczba realizowanych świadczeń stacjonarnych psychiatrycznych.

Podobne świadczenie jest wyodrębnione w załączniku nr 2, w lp. 7 jako „świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza)” obejmujące diagnostykę, leczenie, wczesną rehabilitację i psychoedukację osób uzależnionych.

W załączniku nr 2 w lp. 10, w świadczeniach odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia zastępuje się odesłaniem co do treści świadczenia „obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 200 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (...)” do art. 93a § 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, w którym enumeratywnie są wymienione środki zabezpieczające, w tym pkt. 3 terapia uzależnień. Powyższe zmieniono z uwagi na nowelizację Kodeksu karnego i Kodeksu karnego wykonawczego, która weszła w życie w dniu 1 lipca 2015 r., wprowadzoną ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 396), gdzie dodano art. 93a. Wskazanie przepisu Kodeksu karnego, spowoduje odwołanie się do środka zabezpieczającego, zgodnie z aktualnymi przepisami prawa, podobnie jak w załączniku nr 1.

W załączniku nr 2 od lp. 3 do lp. 11 w świadczeniach: leczenie uzależnień, świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu, świadczenia terapii dla uzależnionych od alkoholu ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza), krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza), świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza), świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, świadczenia odwykowe

w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich), wprowadzono przepis w brzmieniu „pozostałe warunki: zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych” w celu odpowiedniego zaopatrzenia pacjentów z uwagi na współistniejące problemy zdrowotne w procesie terapii uzależnień. Ponadto w lp. 1 - leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) i w lp. 2 - leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja), istniejący już przepis dotyczący zapewnienia konsultacji wyszczególnionych lekarzy specjalistów zapisano w sposób jak powyżej, w celu ujednolicenia przepisów w przedmiotowym załączniku.

W załączniku nr 4 w lp. 4, w opisie świadczeń dziennych rehabilitacyjnych dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi w kolumnie 3 powołano się na aktualny stan prawny zgodny z przepisami ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe. Dotychczasowy przepis art. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty został uchylony.

W załączniku nr 6 w celu uporządkowania świadczeń gwarantowanych w związku z ich powielaniem w poszczególnych liczbach porządkowych usunięto w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia lp. 2, która obejmowała: pkt. 1 - poradę lekarską diagnostyczną, pkt. 2 - poradę lekarską terapeutyczną, pkt. 3 - poradę lekarską kontrolną, pkt. 4 - poradę psychologiczną diagnostyczną, pkt. 5 - poradę psychologiczną, pkt. 6 - sesję wsparcia psychospołecznego, pkt. 7 - wizytę, poradę domową lub środowiskową, a także lp. 3, która obejmowała: pkt. 1 - poradę lekarską diagnostyczną, pkt. 2 - poradę lekarską terapeutyczną, pkt. 3 - poradę lekarską kontrolną, pkt. 4 - sesję wsparcia psychospołecznego, pkt. 5 - wizytę, poradę domową lub środowiskową. Powyżej wymienione świadczenia zawarte są w lp. 1 w pkt 1-10.

W załączniku nr 6 usunięto w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia lp. 5, która obejmowała świadczenia zawarte w lp. 4 czyli: pkt. 1 - poradę lekarską diagnostyczną, pkt. 2 - poradę lekarską terapeutyczną, pkt. 3 - poradę lekarską kontrolną, pkt. 4 - poradę psychologiczną diagnostyczną, pkt. 5 - poradę psychologiczną, pkt. 6 - sesję psychoterapii indywidualnej, pkt. 7 - sesję psychoterapii rodzinnej, pkt. 8 - sesję psychoterapii grupowej, pkt. 9 - sesję wsparcia psychospołecznego, pkt. 10 - wizytę, poradę domową lub środowiskową.

Analogicznie w załączniku nr 6 usunięto w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia lp. 12, która obejmowała świadczenia zawarte w lp. 11 czyli: pkt. 1 poradę lekarską diagnostyczną, pkt. 2 - poradę lekarską terapeutyczną, pkt. 3 - poradę lekarską kontrolną, pkt.

4 - poradę psychologiczną diagnostyczną, pkt. 5 - poradę psychologiczną, pkt. 6 - wizytę, poradę domową lub środowiskową, pkt. 7 - wizytę osoby prowadzącej terapię środowiskową, pkt. 8 - sesję wsparcia psychospołecznego. Zmiana stanowi uporządkowanie świadczeń gwarantowanych, z uwagi na ich powielenie. W dotychczasowym rozporządzeniu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (porady, wizyty i sesje) zawarte były w lp. 1 lub w lp. 2, lub w lp. 3, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (porady, sesje i wizyty) zawarte były w lp. 4 lub w lp. 5 a także leczenie środowiskowe (domowe) (porady, wizyty i sesje) zawarte były w lp. 11 i w lp. 12. Pozostawiono przedmiotowe świadczenia wpisane każde pod jedną liczbą porządkową, obejmujące wszystkie przyporządkowane do danego świadczenia porady, wizyty i sesje.

Z uwagi na powyższe zmieniona została numeracja poszczególnych świadczeń i zmniejszona została liczba pozycji z 12 na 8. Powyższe rozwiązanie stanowi formę usystematyzowania świadczeń gwarantowanych, obowiązujących w przedmiotowym zakresie.

W załączniku nr 6, w lp. 2 w opisie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży zniesiono wymogi dotyczące czasu pracy personelu w brzmieniu „1) lekarz udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 3/4 czasu pracy poradni tygodniowo; 2) psycholog udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo”. Przedmiotowa zmiana ma na celu uelastycznienie procesu realizacji świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, z jednoczesnym zachowaniem obowiązku realizacji świadczeń na zasadach określonych w warunkach realizacji poszczególnych świadczeń. Również w przedmiotowym świadczeniu rozszerzono i ujednoczono Kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) odpowiadające świadczeniu gwarantowanemu na (F00-F99), co jest zgodne z realizacją świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych. Przedmiotowa zmiana umożliwi kontynuację leczenia dzieci i młodzieży w warunkach ambulatoryjnych, co wpływa na odpowiednie zaopatrzenie pacjenta i obniżenie kosztów realizacji świadczenia i nie wymaga każdorazowej hospitalizacji w celu udzielenia pacjentowi opieki adekwatnej do stanu zdrowia.

Ponadto w załączniku nr 6, w lp. 1 – 4 oraz w lp. 6 i w lp. 8, przy sesji psychoterapii rodzinnej, w kolumnie 3, w warunkach realizacji świadczenia gwarantowanego, w części personel, obniżono wymagania w stosunku do personelu i umożliwiono realizację świadczenia przez jedną osobę jako: osobę prowadzącą psychoterapię lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. Prowadzenie sesji psychoterapii rodzinnej przez dwie osoby nie

jest warunkiem koniecznym, natomiast dotychczasowe brzmienie przepisu stanowiło o obligatoryjnej obecności dwóch osób, co zwiększało wymagania i podnosiło koszty realizacji świadczenia. Z uwagi na fakt prowadzenia terapii rodzin przez coraz mniejszą liczbę placówek, realne staje się zagrożenie realizacji tego świadczenia przez podmioty w coraz to mniejszej liczbie, w następstwie czego leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży bez świadczenia sesji psychoterapii rodzinnej, może odbywać się bez poszerzonej perspektywy dotyczącej kontekstu rodzinnego pacjenta. W przedmiotowej sprawie przedstawił swoje stanowisko Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii i wskazał, że prowadzenie psychoterapii rodzinnej przez jednego psychoterapeutę z certyfikatem, bądź ubiegającego się o certyfikat spełnia wszelkie profesjonalne standardy w tym zakresie. Stanowisko w sprawie podziela także Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Obniżenie wymogów w odniesieniu do personelu, może przyczynić się do zwiększenia liczby realizowanych świadczeń.

W załączniku nr 6 w lp. 5 w świadczeniu „program terapii zaburzeń preferencji seksualnych” z uwagi na uchylenie art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, zastąpiono odesłaniem do art. 93c pkt 3 Kodeksu karnego. Wskazany art. 93c pkt 3 stanowi o stosowaniu środka zabezpieczającego orzeczonego wobec sprawcy skazanego za określone przestępstwo, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Przepis ma na celu wpisanie aktualnego stanu prawnego.

W załączniku nr 6 w poszczególnych świadczeniach gwarantowanych: w lp. 1 - świadczenie psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, w lp. 2 - świadczenie psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, w lp. 7 - świadczenie dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, a także w świadczeniu w lp. 8 - leczenie środowiskowe (domowe), w warunkach realizacji świadczenia „porada lekarska diagnostyczna” w części dotyczącej personelu zmieniono istniejący przepis w brzmieniu „ przy udziale lekarza” na „ przez lekarza”, co pozwala jednoznacznie określić, iż świadczenia te są realizowane właśnie przez ten personel. Przy dotychczasowym brzmieniu nie było jednoznaczne, gdyż dopuszczało wnioskowanie o realizacji świadczenia także przez osoby o innych kompetencjach.

W załączniku nr 6 w lp. 1 - świadczenie psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w pkt. 9, i w lp. 2 - świadczenie psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży w pkt. 10, w opisie świadczenia „sesja wsparcia psychospołecznego” w warunkach realizacji

świadczenia obniżono wymagania względem personelu. Do realizacji świadczenia gwarantowanego wymagana będzie jedna osoba spośród wymienionego personelu, a nie jak dotychczas dwie osoby. Podobnie do realizacji sesji wsparcia psychospołecznego w ramach świadczeń gwarantowanych: leczenie nerwic, świadczenie seksuologiczne i patologii współżycia czy też świadczenie psychologiczne. Zmiana ma na celu ułatwienie realizacji przedmiotowego świadczenia.

W załączniku nr 6 w lp. 2 – świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży w pkt. 1 – w świadczeniu „porada lekarska diagnostyczna”, w zakresie świadczenia doprecyzowano przepis „zebranie wywiadu” jako obejmujące również zebranie wywiadu od rodzica lub opiekuna oraz doprecyzowano „ustalenie rozpoznania i planu terapeutycznego” jako realizowane również z rodzicem lub opiekunem. Podobnie rozszerzono przepis w pkt 2 w świadczeniu „porada lekarska terapeutyczna” oraz w pkt. 3 w świadczeniu „porada lekarska kontrolna”, w którym przy ocenie postępów leczenia oraz przy ogólnej ocenie przebiegu leczenia doprecyzowano, że ocena może odbywać się również na podstawie informacji uzyskanych od rodzica lub opiekuna. W pkt. 4 w świadczeniu „porada psychologiczna diagnostyczna i w pkt. 5 w świadczeniu „porada psychologiczna” uwzględniono udział w procesie diagnostyczno-terapeutycznym rodzica lub opiekuna. Przedmiotowe zmiany mają charakter doprecyzowujący i ujednolicający postępowanie.

W załączniku nr 6 w lp. 2 - świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży w pkt. 6 i w lp. 7 - świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju w pkt. 2 w świadczeniu „porada kompleksowo - konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym” w warunkach realizacji świadczenia, w części dotyczącej personelu zmieniono wymagania w taki sposób, że usunięto pkt 1 w brzmieniu „lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii” który dotychczas był wskazywany jako dodatkowy personel lekarski niezbędny do realizacji świadczenia w zespole. Poszerzono także katalog o lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii dziecięcej, który ma stanowić podobnie jak lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii merytoryczne wsparcie w formie konsultacji. Pozostałe warunki realizacji w części dotyczącej personelu pozostają niezmiennione. Zmiana ma na celu umożliwienie realizacji świadczenia przy optymalnym wykorzystaniu dostępnego personelu. Doświadczenia w realizacji świadczenia wskazują, że przy różnym stopniu autyzmu nie zawsze jest konieczny udział wszystkich dotychczas wskazywanych osób, więc zaproponowano

warunki, które wskazują na konieczność utrzymania kompetencji oraz zapewnienia jakości realizowanego świadczenia, przy możliwości ułożenia współpracy między specjalistami na bardziej elastycznych zasadach.

Również w załączniku nr 6 w lp. 3 w świadczeniu „leczenie nerwic” w pkt 6, w warunkach realizacji w części dotyczącej personelu obniżono wymagania w zakresie personelu realizującego sesję psychoterapii indywidualnej. Do realizacji świadczenia będzie wymagana jedna osoba jako prowadząca psychoterapię lub ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, podobnie jak zaproponowano przy realizacji świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych oraz świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży. Zmiana wprowadza ujednoczenie przepisów w zakresie warunków realizacji sesji psychoterapii indywidualnej w odniesieniu do wymaganego personelu, zgodnie z realizacją wskazanych powyżej świadczeń gwarantowanych w warunkach ambulatoryjnych.

W załączniku nr 6 w lp. 5 w świadczeniu „program terapii zaburzeń preferencji seksualnych” uszczegółowiono w zakresie świadczenia przepis pkt 1 w brzmieniu „wydawanie świadczeniobiorcy dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych” przez dodanie „wyłącznie w uzasadnionych przypadkach, kiedy nie ma innej możliwości zapewnienia leczenia farmakologicznego”. W kolumnie warunki realizacji świadczenia w części dotyczącej personelu usunięto pkt 5 - „pielęgniarki” i pkt 6 - „pracownik socjalny”. Uszczegółowiono przepis „pozostałe warunki: zapewnienie leków stosowanych w programie terapii zaburzeń preferencji seksualnych” przez dodanie „wyłącznie w uzasadnionych przypadkach, kiedy nie ma innej możliwości zapewnienia leczenia farmakologicznego”. Doświadczenia w realizacji programu przez podmioty realizujące świadczenie wskazują na konieczność wprowadzenia uaktualnień i przedmiotowych zmian.

W załącznikach nr 6 i nr 7, odnoszących się do świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) a także świadczeń gwarantowanych leczenia uzależnień, zrezygnowano z określania minimalnego czasu trwania wizyt i porad lekarskich, psychologicznych, instruktorów terapii uzależnień i terapeutów. Należy zauważyć, że limitowanie czasu wizyt, czy porad oddziałuje niekorzystnie na sposób funkcjonowania lecznictwa ambulatoryjnego, skutkując ograniczeniem dostępności, a także powodując brak możliwości zapewnienia

optymalnego funkcjonowania podmiotu leczniczego. Czas trwania porad i wizyt powinien być regulowany realnie, adekwatnie do potrzeb zdrowotnych pacjentów. Określenie minimalnego czasu trwania świadczenia stanowi w tym przypadku zbędne ograniczenie dostępności do świadczeń. Zaproponowana zmiana ma na celu umożliwienie optymalnego dostosowania czasu trwania wizyty lub porady do stanu zdrowia świadczeniobiorcy, a co za tym idzie, ma umożliwić każdorazowo indywidualne podejmowanie decyzji w tym zakresie przez specjalistę, przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń, jak również gwarancji bezpieczeństwa dla świadczeniobiorcy.

W załączniku nr 7 w celu uporządkowania świadczeń gwarantowanych, w związku z ich powielaniem, usunięto w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia lp. 6, która obejmowała świadczenia zawarte w lp. 5 czyli: pkt. 1 - poradę lub wizytę diagnostyczną, pkt. 2 - poradę lub wizytę terapeutyczną, pkt. 3 - poradę lub wizytę lekarską, pkt. 4 - wizytę instruktora terapii uzależnień, pkt. 5 - sesję psychoterapii indywidualnej, pkt. 6 - sesję psychoterapii rodzinnej, pkt. 7 - sesję psychoterapii grupowej, pkt. 8 - sesję psychoedukacyjną.

W załączniku nr 7 w lp. 1, 2, 3, 4 i 5 - w pkt 7 w odniesieniu do sesji psychoterapii grupowej w warunkach realizacji świadczenia, w części dotyczącej personelu realizującego świadczenie w definicji „instruktora terapii uzależnień”, dookreślono że posiada uprawnienia do prowadzenia psychoterapii. Przedmiotowa zmiana ma na celu uznanie kompetencji posiadanych u osób prowadzących lub ubiegających się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty lub specjalisty psychoterapii uzależnień posiadanych kompetencji instruktora terapii uzależnień. Przedmiotowa zmiana ma na celu optymalne wykorzystanie kompetencji personelu zatrudnionego w danym podmiocie. Dotychczas wymagano osobnych etatów dla specjalisty oraz instruktora. Zatrudnienie dwóch osób nie zawsze jest uzasadnione.

W załączniku nr 7 w lp. 5 w pkt 9 usunięto „program leczenia substytucyjnego”, ponieważ świadczenie przy takich samych warunkach realizacji zawarte jest w lp. 7 i stanowi świadczenie oddzielnie finansowane.

Z uwagi na powyższe uległa zmianie numeracja liczb porządkowych z 7 na 6. Powyższe rozwiązanie, stanowi formę ujednoczenia i uporządkowania przepisów, określonych w przedmiotowym zakresie. W załącznikach nr 1 i nr 2 oraz nr 4 – 7 (w konsekwencji wprowadzenia zmian wskazanych na wstępie, w § 2, w części normatywnej przedmiotowego projektu), w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia, usunięto definicje specjalistów odnoszących się odpowiednio do: osoby prowadzącej psychoterapię, osoby ubiegającej się

o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, osoby prowadzącej terapię zajęciową, osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, osoby ubiegającej się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień, pedagoga specjalnego, logopedy, psychologa klinicznego i terapeuty środowiskowego. Dodatkowo, w załącznikach nr 2, 5 i 7, odstąpiono od stosowania objaśnień, znajdujących się pod tabelą, odnoszących się do specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień, przenosząc je do części normatywnej rozporządzenia. Dokonano zmian w tytułach tabel we wszystkich załącznikach przez doprecyzowanie treści tytułów zgodnie z zawartością tabel, a także naniesiono przedmiotową zmianę na każdą stronę załącznika. Zmiany mają charakter porządkujący i ujednolicający względem innych aktów prawnych w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Pozostałe zmiany, jakie zawiera projektowane rozporządzenie, w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia, mają charakter redakcyjny.

Planowany termin wejścia w życie rozporządzenia to dzień 1 lipca 2018 r.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji 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).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Wpływ przedmiotowego projektu na działalność przedsiębiorców polega na wprowadzeniu rozwiązań dających możliwość optymalizacji organizacji pracy personelu, zniesieniu wymagań dotyczących czasu trwania wizyt i porad, usunięciu wymogu przeliczania etatu psychiatry dziecięcego na liczbę łóżek/miejsc, obniżeniu wymagań dla świadczenia sesja psychoterapii rodzinnej co zwiększy dostęp do przedmiotowych świadczeń, i co może ułatwić zarządzanie podmiotem, obniżenie kosztów stałych związanych z prowadzeniem podmiotu oraz prowadzić do bardziej racjonalnego wydatkowania środków publicznych. W szczególności w odniesieniu do małych i średnich przedsiębiorstw zmiany wprowadzone przedmiotowym rozporządzeniem mogą spowodować, że w niektórych obszarach świadczeniodawcy realizujący świadczenia z przedmiotowego zakresu będą rozszerzać swoją działalność lub zwiększać liczbę realizowanych świadczeń, co z kolei powinno przyczynić się do zwiększenia konkurencyjności świadczeń i szerszego zainteresowania obszarem psychiatrii ze strony przedsiębiorców.

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