



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 36/2026 z dnia 25 maja 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego
w zakresie przeciwdziałania zespołowi stresu pourazowego (PTSD)”

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego w zakresie przeciwdziałania zespołowi stresu pourazowego (PTSD)”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest zespół stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*). Program zakłada przeprowadzenie psychoedukacji, badań przesiewowych w kierunku PTSD dla chętnych uczestników (po ukończeniu psychoedukacji), sesje terapeutyczne (dla osób zakwalifikowanych podczas badania przesiewowego) oraz superwizje dla psychoterapeutów biorących udział w programie.

Warto podkreślić, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię negatywną (42/2019 z dnia 29 marca 2019 r.). Zgłoszone wówczas uchybienia zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu, przy czym w dalszym ciągu nie wskazano opisu działań informacyjno-edukacyjnych. Należy zaznaczyć, że kontekst problemu zdrowotnego można uznać za wrażliwy społecznie, dlatego istotnym pozostaje zaplanowanie działań informacyjno-edukacyjnych dostosowanych do specyfiki PTSD. Obecnie oceniany projekt rozszerza populację docelową o przedstawicieli zawodów tzw. pomocowych, ofiary przestępstw, wypadków drogowych, klęsk żywiołowych i konfliktów zbrojnych oraz pełnoletnich mieszkańców województwa mazowieckiego.

Towarzystwa naukowe podkreślają, że diagnostyka w kierunku PTSD powinna mieć charakter kompleksowy, powtarzalny i wielowymiarowy, dlatego jednorazowa ocena nie jest wystarczająca do pełnej identyfikacji zaburzenia. Ponadto wskazuje się, że badania przesiewowe mogą być przeprowadzone w grupach zwiększonego ryzyka, a osoby nieprzynależące do tej grupy nie znajdują odzwierciedlenia w dostępnych rekomendacjach. W wytycznych wskazuje się również, że narzędzia przesiewowe, kwestionariusze samoopisowe oraz ustrukturyzowane wywiady kliniczne mogą być wykorzystywane wyłącznie jako elementy wspomagające proces diagnostyczny i nie powinny stanowić jedynej podstawy do diagnozy PTSD.

W projekcie poza wskazanymi wyżej uwagami, stanowiącymi główne przesłanki do wydania opinii negatywnej, zidentyfikowano również liczne uchybienia, w szczególności dotyczące:

- braku uwzględnienia celów szczegółowych dla wszystkich działań przewidzianych w projekcie,
- braku jednoznacznego zdefiniowania w celu głównym pojęcia „wysoki poziom wiedzy”,
- nieoszacowania populacji kwalifikującej się do programu oraz liczby osób, które zostaną objęte PPZ,

- o zdawkowego, ogólnikowego opisu planowanych superwizji dla psychoterapeutów,
- o niejednoznacznego przedstawienia w budżecie założeń dotyczących objęcia programem 100% lub 50% uczestników,
- o braku określenia liczby planowanych superwizji oraz kosztów przeznaczonych na to działanie,
- o braku uwzględnienia w budżecie kosztów działań informacyjno-promocyjnych, monitorowania i ewaluacji.

Należy jednoznacznie zaznaczyć, że realizacja programu polityki zdrowotnej w obszarze szeroko rozumianej psychoedukacji oraz wsparcia osób szczególnie narażonych na zdarzenia traumatyczne związane z wykonywanym zawodem może stanowić istotny i wartościowy element działań w zakresie przeciwdziałania PTSD. W związku z powyższym zasadne wydaje się zawężenie populacji docelowej do grupy I (tj. przedstawicieli zawodów pomocowych, personelu medycznego oraz pracowników socjalnych) oraz zaplanowanie kompleksowych działań przesiewowo-diagnostycznych uwzględniających szczegółowy wywiad z uczestnikiem.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Województwo Mazowieckie, zakładający przeprowadzenie obowiązkowej psychoedukacji dla wszystkich uczestników programu, badań przesiewowych w kierunku PTSD dla chętnych uczestników, sesji terapeutycznych oraz superwizji dla terapeutów biorących udział w programie. Program skierowany jest do trzech grup. Grupę I stanowić będą przedstawiciele zawodów tzw. pomocowych (m.in. strażacy Państwowej Straży Pożarnej i Ochotniczej Straży Pożarnej), personel medyczny (w tym ratownicy medyczni, pielęgniarze/pielęgniarki, lekarze) oraz pracownicy socjalni. Grupę II stanowić będą ofiary przestępstw, wypadków drogowych, klęsk żywiołowych i konfliktów zbrojnych. Natomiast grupę III stanowić będą pozostali pełnoletni mieszkańcy województwa mazowieckiego. Program przewidziano na lata 2026-2028. Całkowity koszt został oszacowany na 2 000 000 zł. Program sfinansowany zostanie ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W opiniowanym PPZ omówiono problem zdrowotny, jakim jest zespół stresu pourazowego (PTSD). Przedstawiono szczegółowo przyczyny, grupy ryzyka, objawy i przebieg PTSD oraz odniesiono się do klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Podkreślono, że program nie obejmuje złożonego PTSD (tj. ICD-11 kod 6B41).

Projekt programu zawiera również referencje bibliograficzne i wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt.

W projekcie odniesiono się do światowej, krajowej oraz regionalnej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Powołano się na dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazujące, że 3,9% światowej populacji, w którymś momencie życia będzie mieć zespół stresu pourazowego. Powołano się także na badania przeprowadzone w Polsce, w których szacuje się, że rozpowszechnienie PTSD wynosi 2,25% dla populacji ogólnej. Podkreślono, że pandemia COVID-19 oraz wojna w Ukrainie mogą przyczynić się do zwiększenia odsetka osób z zaburzeniami stresowymi po traumie.

W odniesieniu do danych regionalnych przedstawiono statystyki policyjne dla województwa mazowieckiego, uwzględniające liczbę traumatycznych zdarzeń w 2023 r., które mogą stanowić przyczynę rozwoju PTSD w polskiej populacji (np. odnotowano 894 przestępstwa dot. uszczerbku na zdrowiu, 570 rozbojów, kradzieży, wymuszeń rozbójniczych, 341 bójek i pobić, 105 przypadków zgwałcenia, 2 799 wypadków drogowych, czy też 1 463 zamachów samobójczych).

W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) oraz zwrócono uwagę, że nie zawierają one konkretnych danych epidemiologicznych dla omawianego problemu zdrowotnego, a jedynie w kontekście rozpoznania, hospitalizacji oraz absencji chorobowej z powodu reakcji na ciężki stres i zaburzeń adaptacyjnych. Dane na temat ww. zaburzeń zostały przedstawione w projekcie.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy na temat źródeł i objawów PTSD wśród 70% osób uczestniczących w programie”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny odnosi się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ. Cel ten wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. Program zakłada przeprowadzenie pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test wiedzy, który nie budzi zastrzeżeń. Warto jednak podkreślić, że w projekcie nie zdefiniowano co oznacza wysoki poziom wiedzy, w związku tym należy to uzupełnić. Nie wskazano także uzasadnienia dla podanej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy: „zmniejszenie liczby kryteriów PTSD u 65% uczestników, którzy odbyli ostatnie spotkanie terapeutyczne”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy został sformułowany prawidłowo i wydaje się możliwy do osiągnięcia oraz jest adekwatny do zaplanowanych działań w postaci sesji terapeutycznych. Cel odnosi się do kryteriów diagnostycznych zawartych w narzędziu SCID-5-CV, umożliwiającym określenie obecności objawów PTSD. Należy jednak zaznaczyć, że podobnie jak przy celu głównym, nie wskazano uzasadnienia dla podanej wartości docelowej. W programie nie przedstawiono natomiast celów szczegółowych związanych z pozostałymi interwencjami zaplanowanymi w PPZ, tj. badań przesiewowych oraz superwizji, co wymaga uzupełnienia.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób objętych programem, u których w post-teście odnotowano taki sam poziom wiedzy lub wzrost poziomu wiedzy w porównaniu do pre-testu – przy dwukrotnym zastosowaniu tego samego testu wiedzy”;
- (2) „odsetek osób objętych programem, które zakończyły proces terapeutyczny, u których stwierdzono zmniejszenie liczby spełnianych kryteriów PTSD co najmniej o 1 – przy dwukrotnym zastosowaniu kwestionariusza SCID-5-CV (Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń według DSM-5) – Wersja kliniczna, moduł G dot. PTSD”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy

podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Przedstawione mierniki zostały zaplanowane prawidłowo i korespondują z zaproponowanymi w programie celami. Należy jednak zaznaczyć, że przy mierniku nr 2 wskazano na wartość docelową na poziomie min. 70%, natomiast w odpowiadającym mu celu szczegółowym wskazano na wartość docelową 65%, co wymaga poprawy.

Populacja docelowa

Populacja docelowa programu podzielona została na trzy grupy. Grupa I to przedstawiciele zawodów tzw. pomocowych (m.in. strażacy Państwowej Straży Pożarnej i Ochotniczej Straży Pożarnej), personel medyczny (w tym ratownicy medyczni, pielęgniarze/pielęgniarki, lekarze) oraz pracownicy socjalni. Grupę II stanowią będą ofiary przestępstw, wypadków drogowych, klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych. Natomiast grupę III stanowią będą pozostali pełnoletni mieszkańcy województwa mazowieckiego.

Należy jednak zaznaczyć, że w treści projektu nie oszacowano populacji kwalifikującej się do programu oraz liczby osób, które zostaną objęte programem. W części dot. populacji docelowej wskazano jedynie, że stan ludności w województwie mazowieckim w 2022 r. wyniósł 4 447 332 osób dorosłych >18 r.ż., a przy założeniu 2,25% rozpowszechnienia PTSD w Polsce, potencjalnych odbiorców może być ok. 100 tys. Z terenu województwa mazowieckiego przedstawiono także liczbę osób należących do personelu medycznego, liczbę podmiotów leczniczych, liczbę jednostek straży pożarnej, liczbę pracowników socjalnych oraz liczbę wypadków drogowych. Ponadto brak jest uzasadnienia w planowanym budżecie dla przyjętego założenia objęcia programem 100% (399 osób) lub 50% (698 osób) uczestników.

Wskazano, że realizator w pierwszej kolejności będzie miał obowiązek uwzględnić w procesie rekrutacji osoby z grupy I i II.

W projekcie prawidłowo określono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia z PPZ. Zabezpieczono także ryzyko podwójnego finansowania świadczeń w oparciu o zapisy uwzględnione we wzorze świadomej zgody dla uczestnika, tj.: [...] *oświadczam, że nie korzystam w momencie aplikowania do Programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz nie biorę udziału w tym bądź innym analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych (np. Narodowego Funduszu Zdrowia).*

Odnalezione wytyczne wskazują, że jednorazowe badanie przesiewowe nie jest wystarczające, ponieważ PTSD może charakteryzować się opóźnionym początkiem i zmiennym przebiegiem. Rekomendacje nie określają natomiast częstości wykonywania takich badań, natomiast podkreślają istotną rolę wykonywania powtarzalnych ocen w czasie w grupach ryzyka oraz w kluczowych momentach służby lub opieki zdrowotnej (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NHMRC 2021). Populacja docelowa osób z grupy I i II jest zgodna z wytycznymi, natomiast grupa III nie znajduje odzwierciedlenia w odnalezionych rekomendacjach.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację działań takich jak: obowiązkowa psychoedukacja dla wszystkich uczestników programu, badania przesiewowe w kierunku PTSD dla chętnych uczestników (po ukończeniu psychoedukacji), sesje terapeutyczne (dla osób zakwalifikowanych podczas badania przesiewowego) oraz superwizje dla psychoterapeutów biorących udział w programie.

Należy zaznaczyć, że w projekcie nie opisano działań informacyjno-promocyjnych.

Psychoedukacja (obowiązkowa dla wszystkich uczestników)

W projekcie zaplanowano realizację obowiązkowej psychoedukacji uczestników kwalifikujących się do programu, obejmującej 12 godzin (12x45 min) wykładów połączonych

z elementami pracy warsztatowej o dopuszczalnej liczbie 5-12 osób. Wskazano, że w zależności od realizatora i uczestników, realizacja ww. interwencji może obejmować kilka spotkań (2-6). W ramach psychoedukacji obowiązkowo zostaną poruszone następujące zagadnienia: stres, stresory traumatyczne, trauma i podstawowe konsekwencje stresu, objawy PTSD, przebieg diagnozy oraz możliwe formy terapii, regulacja pracy układów współczulnego i przywspółczulnego, metody relaksacji, rozpoznawanie własnych i cudzych emocji oraz zachowania ukierunkowane na wzmocnienie poczucia własnej skuteczności. Ponadto wskazano, że oprócz realizacji obowiązkowych zagadnień należy przedstawić osoby prowadzące, plan zajęć, cel spotkania oraz uczestników, a także przeprowadzić pre- i post-test wiedzy. Do projektu dołączono także wzór testu, który nie budzi zastrzeżeń. Podkreślono, że przekazywane treści będą uwzględniać specyfikę grupy biorącej udział w interwencji. Zaznaczono także, że wymienione elementy spotkania mają na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz zaangażowanie się uczestników.

Wytyczne NICE 2018 wskazują, że dostarczanie informacji i wsparcia osobom z PTSD (oraz w razie konieczności ich rodzinom/opiekunom) powinno obejmować najczęstsze reakcje na traumatyczne wydarzenia, objawy oraz przebieg PTSD, diagnostykę, leczenie i metody wsparcia oraz wskazanie miejsca prowadzenia opieki, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie.

Badanie przesiewowe (dla chętnych uczestników)

Z badań przesiewowych będą mogły skorzystać chętne osoby, przy czym warunkiem przystąpienia do przesiewu jest uprzednio ukończona psychoedukacja. W trakcie badania uczestnik ma wypełnić dwa kwestionariusze: PTSD-Checklist (PCL-5) oraz Skalę Oceny Ryzyka Samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS). Wskazano, że Samorząd Województwa Mazowieckiego otrzymał zgodę autorów na wykorzystanie w programie polskiej wersji kwestionariusza PTSD-Checklist (PCL-5). Kwestionariusz zostanie przekazany realizatorom programu po zawarciu umów.

Uczestnik zostanie skierowany na kolejny etap programu, tj. do sesji terapeutycznych, w oparciu o kwestionariusz PTSD-Checklist (PCL-5), jeśli: wyniki o wartości ≥ 2 dotyczą przynajmniej jednego z objawów intruzji (kryterium B) i unikania (C) oraz co najmniej dwóch objawów wyrażających zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej (D) i co najmniej dwóch objawów dla pobudzenia i reaktywności (E) lub u uczestnika odnotowano wynik ≥ 33 punkty (dla progu odcięcia).

Z kolei w przypadku podejrzenia sytuacji zagrożenia życia i/lub zdrowia uczestnika (w oparciu o skalę C-SSRS), realizator będzie zobowiązany do podjęcia działań zaradczych, zgodnych m.in. z udostępnionymi rekomendacjami w ramach Programu Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym. Warto zaznaczyć, że zgodnie ze stanowiskiem polskiej Grupy Roboczej PTSD 2023, wskazane w projekcie narzędzie C-SSRS jest użyteczne do oceny ryzyka samobójczego w postępowaniu terapeutycznym, przy czym nie jest wymagane doświadczenie ani wiedza na temat zaburzeń psychicznych.

Odnalezione wytyczne zwracają uwagę, że diagnostyka PTSD powinna mieć charakter kompleksowy, powtarzalny i wielowymiarowy, która obejmuje szczegółową ocenę historii ekspozycji na traumę (w tym zdarzenia jednorazowe i powtarzalne), spełnianie kryteriów DSM-5, aktualne i przeszłe objawy pourazowe, pełną ocenę psychiatryczną, ocenę stanu fizycznego, używanie substancji psychoaktywnych, wywiad rodzinny, funkcjonowanie społeczne i zawodowe (zdolność do pracy, absencje, spadek efektywności), identyfikację chorób współwystępujących oraz czynników ryzyka, a także ocenę ryzyka samouszkodzeń lub przemocy (VA/DoD 2023, RANZCP 2024, NHMRC 2021, NICE 2018). Podkreśla się, że w procesie diagnostycznym należy systematycznie rozpoznawać zaburzenia współwystępujące (w szczególności depresję, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia używania substancji psychoaktywnych) oraz inne problemy zdrowia psychicznego, które mogą modyfikować obraz kliniczny PTSD i wpływać na dalsze postępowanie (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NICE 2018).

W wytycznych NICE 2018 wskazuje się, że badania przesiewowe mogą być przeprowadzane w grupach zwiększonego ryzyka.

PTSD może charakteryzować się opóźnionym początkiem, fluktuacją objawów oraz tendencją do maskowania lub minimalizowania dolegliwości przez pacjentów, dlatego jednorazowa ocena nie jest wystarczająca do pełnej identyfikacji zaburzenia. Ponadto narzędzia przesiewowe, kwestionariusze samoopisowe oraz ustrukturyzowane wywiady kliniczne mogą być wykorzystywane wyłącznie jako elementy wspomagające, ale nie powinny stanowić jedynej podstawy do diagnozy PTSD (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NHMRC 2021). W wytycznych zwrócono uwagę, że lekarze POZ oraz inni świadczeniodawcy odgrywają istotną rolę we wczesnej identyfikacji PTSD, jednak pełna ocena diagnostyczna powinna być realizowana przez specjalistów zdrowia psychicznego posiadających doświadczenie w pracy z osobami po traumie (RANZCP 2024).

Biorąc pod uwagę sposób zaplanowanych w projekcie badań przesiewowych należy zaznaczyć, że nie jest on w pełni zgodny z odnalezionymi rekomendacjami, w których zaleca się prowadzenie kompleksowej, powtarzalnej i wielowymiarowej diagnostyki w kierunku PTSD uwzględniającej szczegółowy wywiad z pacjentem. Zaplanowana forma badania przesiewowego wyłącznie na podstawie wypełnienia wskazanych narzędzi jest niewystarczająca.

Sesje terapeutyczne

Dla każdego uczestnika programu, który zostanie zakwalifikowany do terapii podczas badania przesiewowego, przewiduje się przeprowadzenie do 12 sesji terapeutycznych zgodnie z wytycznymi specjalisty oraz 1 sesja podsumowująca (od 45 do 60 minut na sesję, najlepiej raz w tygodniu). Na pierwszej i ostatniej (podsumowującej) sesji przeprowadzony zostanie Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń według DSM-5 – Wersja kliniczna, moduł G dot. PTSD (SCID-5-CV). Sesje będą prowadzone w formie stacjonarnej, jednakże dopuszczalne jest prowadzenie za zgodą uczestnika terapii z zastosowaniem narzędzi teleinformatycznych (z wyłączeniem pierwszej i planowanej ostatniej, podsumowującej sesji). W przypadku niewykorzystania liczby sesji przez jednego uczestnika, w razie potrzeby zostaną one przeprowadzone u innego uczestnika (maksymalnie łącznie do 20 sesji). W projekcie jako dopuszczalne formy terapii wskazano terapię poznawczo-behawioralną (CBT) lub terapię przetwarzania poznawczego (CPT), lub terapię poznawczą bądź przedłużoną ekspozycję (PE). Warto zaznaczyć, że wskazane w projekcie rodzaje terapii pozostają w zgodzie ze stanowiskiem grupy roboczej polskich ekspertów w dziedzinie psychiatrii, psychologii klinicznej i medycyny rodzinnej oraz wytycznymi zagranicznymi (Grupa Robocza PTSD 2023, NHMRC 2021, NICE 2018).

W rekomendacjach podkreśla się istotę aktywnego zaangażowania pacjenta i lekarza/specjalisty w model wspólnego podejmowania decyzji (SMD, *Shared Decision Making*), obejmujący psychoedukację na temat traumy i PTSD, omówienie dostępnych opcji diagnostycznych i terapeutycznych oraz porównanie potencjalnych korzyści, ograniczeń i szkód poszczególnych interwencji. Celem SDM jest poprawa jakości decyzji klinicznych, zwiększenie satysfakcji pacjenta oraz lepsze dostosowanie opieki do jego wartości i preferencji (VA/DoD 2023). Ponadto w procesie terapeutycznym kluczowym elementem pozostaje monitorowanie zagrożeń suicydalnych (Grupa Robocza PTSD 2023).

Należy podkreślić, że zaplanowane w projekcie interwencje psychologiczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2026 poz. 383). Świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych (w tym psychiatrycznych oraz leczenia uzależnień), dziennych (w tym psychiatrycznych i leczenia uzależnień) oraz ambulatoryjnych (w tym psychiatrycznych i leczenia środowiskowego oraz leczenia uzależnień). Ponadto świadczenia gwarantowane obejmują opiekę nad osobami z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD-10, przy czym ICD-11 znajduje się w fazie wdrażania w polskim

systemie ochrony zdrowia (do tej grupy należą m.in. zaburzenia z kategorii 6B40-6B4Z – „Zaburzenia związane ze stresem, w tym zespół stresu pourazowego (PTSD)”). Należy także wskazać, że zaplanowane działania edukacyjne dla przedstawicieli zawodów pomocowych, personelu medycznego, ofiar przestępstw, wypadków drogowych, klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych, stanowią wartość dodaną.

Podkreślono, że uczestnicy programu będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z dalszej terapii. Realizator będzie zobowiązany do wskazania uczestnikowi programu, podmiotów/jednostek, gdzie może on otrzymać pomoc w zakresie zaburzeń związanych ze stresem pourazowym ze szczególnym uwzględnieniem jednostek udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Superwizje dla psychoterapeutów

W projekcie zalecono prowadzenie superwizji dla psychoterapeutów prowadzących sesje terapeutyczne w ramach programu (co najmniej jedną sesję). Superwizje mają być prowadzone maksymalnie raz w miesiącu, w formie indywidualnej lub grupowej w zależności od potrzeb i możliwości realizatora. Należy zwrócić uwagę, że w projekcie przedstawiono zdawkowy opis superwizji dla psychoterapeutów, co wymaga uzupełnienia.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników:

- (1) „liczba osób aplikujących do programu”,
- (2) „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie”,
- (3) „liczba osób, które wzięły udział w psychoedukacji”,
- (4) „liczba osób objętych programem, u których w post-teście odnotowano tak samo wysoki poziom wiedzy lub wzrost poziomu wiedzy jak w pre-teście”,
- (5) „liczba przeprowadzonych kwalifikacji do sesji terapeutycznych”,
- (6) „liczba osób zakwalifikowanych do sesji terapeutycznych”,
- (7) „liczba przeprowadzonych sesji terapeutycznych”,
- (8) „liczba przeprowadzonych superwizji (max. 1/miesiąc)”,
- (9) „liczba uczestników, którzy wzięli udział w Programie i wycofali się przed przeprowadzeniem zalecanej liczby sesji terapeutycznych w podziale na terapie”,
- (10) „liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu nieusprawiedliwionej absencji na 2 sesjach terapeutycznych”,
- (11) „liczba uczestników, którzy zakończyli udział w programie po przeprowadzeniu wszystkich zaleconych sesji terapeutycznych”,
- (12) „liczba osób objętych programem, które zakończyły proces terapeutyczny, u których stwierdzono obniżenie natężenia objawów PTSD”.

Wskaźniki nr 1-3 oraz 5-12 zostały zaplanowane prawidłowo.

Wskaźnik nr 4 jest powieleniem miernika efektywności do celu szczegółowego, zatem odnosi się do ewaluacji, a nie monitorowania.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników anonimowej ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, co do którego nie ma uwag.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności, które zostały prawidłowo sformułowane.

Warto również wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie oraz sposób jego zakończenia. W projekcie przedstawiono informację nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano, że „w ramach Programu, interwencji musi udzielać kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w Programie”. Warto zwrócić uwagę, że w wymaganiach dotyczących personelu wyszczególniono jedynie osoby odpowiedzialne za prowadzenie psychoedukacji oraz sesji terapeutycznych. Ponadto nie jest jasne, kto będzie podejmował decyzje o zakwalifikowaniu się uczestnika do sesji terapeutycznych. Wobec tego należy uwzględnić również zapisy dotyczące personelu realizującego badania przesiewowe oraz supervizje.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego realizacji.

Koszt całkowity programu został oszacowany na 2 000 000 zł.

Należy jednak zaznaczyć, że z uwagi na nieścisłości związane z oszacowaniem populacji włączonej do programu, tj. brak oszacowania populacji docelowej i populacji kwalifikującej się do PPZ, przedstawienie dwóch scenariuszy włączenia określonej liczby uczestników (bez wskazania na jakiej podstawie populacja będzie włączona (w 100% lub 50%)), brak oszacowania liczby planowanych supervizji, brak uwzględnienia kosztów akcji informacyjno-promocyjnej, monitorowania i ewaluacji – oszacowany koszt całkowity oraz koszty roczne wydają się nieprecyzyjne.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Samorządu Województwa Mazowieckiego. Wskazano, że poziom zgłaszalności do programu, może stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zwiększeniu lub zmniejszeniu środków przeznaczonych na realizację programu, przy uwzględnieniu posiadanych środków finansowych.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zespół stresu pourazowego (PTSD, *Post-Traumatic Stress Disorder*) jest przewlekłym zaburzeniem psychicznym rozwijającym się jako następstwo ekspozycji na zdarzenie o charakterze traumatycznym, które przekracza zdolności adaptacyjne jednostki. Zdarzenie traumatyczne definiowane jest jako doświadczenie lub bycie bezpośrednim świadkiem sytuacji związanej z realnym lub postrzeganym zagrożeniem życia, poważnym urazem fizycznym albo przemocą seksualną. Aktualnie PTSD jest klasyfikowane w grupie zaburzeń związanych z traumą i czynnikiem stresowym, co podkreśla kluczową rolę urazu psychicznego w etiopatogenezie zaburzenia. Obowiązują dwie równoległe klasyfikacje diagnostyczne: DSM-5-TR (szeroko stosowana w badaniach klinicznych i psychiatrii opartej na dowodach) oraz ICD-11 (obowiązująca w systemach ochrony zdrowia w Europie).

Zgodnie z DSM-5-TR, warunkiem rozpoznania PTSD jest: udokumentowana ekspozycja na traumę (kryterium A), obecność objawów z czterech klastrow symptomów, czas trwania objawów powyżej jednego miesiąca, klinicznie istotne pogorszenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub rodzinnego oraz wykluczenie innych przyczyn medycznych i substantywnych. Z kolei w ICD-11 kryteria diagnostyczne zostały uproszczone i koncentrują się na trzech objawach, co zwiększa trafność i użyteczność w praktyce klinicznej: ponowne

przeżywanie traumy w teraźniejszości, unikanie przypomnień związanych z urazem oraz trwałe poczucie aktualnego zagrożenia.

PTSD charakteryzuje się złożonym i zróżnicowanym obrazem klinicznym, którego nasilenie i ekspresja mogą znacznie się różnić pomiędzy pacjentami. Do najbardziej charakterystycznych należą: natrętne wspomnienia traumatycznego zdarzenia, koszmary senne oraz reakcje dysocjacyjne (flashbacki), w trakcie których pacjent przeżywa traumę tak, jakby zdarzenie miało miejsce ponownie. Objawom tym często towarzyszą intensywne reakcje autonomiczne, takie jak tachykardia, pocenie się czy duszność. Pacjenci z PTSD wykazują silną tendencję do unikania bodźców, sytuacji i rozmów związanych z traumą.

Przebieg PTSD może być ostry, przewlekły lub opóźniony, przy czym u znacznej części pacjentów objawy utrzymują się latami. Nielezione PTSD prowadzi do głębokiego zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego i ekonomicznego.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2026 poz. 383), świadczenia gwarantowane udzielane są w warunkach stacjonarnych (w tym psychiatrycznych oraz leczenia uzależnień), dziennych (w tym psychiatrycznych i leczenia uzależnień) oraz ambulatoryjnych (w tym psychiatrycznych i leczenia środowiskowego oraz leczenia uzależnień). Świadczenia gwarantowane obejmują opiekę nad osobami z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD-10 (F43 – Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne), przy czym ICD-11 znajduje się w fazie wdrażania w polskim systemie ochrony zdrowia (do tej grupy należą m.in. zaburzenia z kategorii 6B40-6B4Z – „Zaburzenia związane ze stresem, w tym zespół stresu pourazowego (PTSD)”).

Ponadto, obecnie w Polsce prowadzony jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2023-2030.

Ocena technologii medycznych

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Badania przesiewowe i diagnostyka

- Przesiew w kierunku PTSD powinien być traktowany jako narzędzie wspierające ocenę kliniczną, a nie jako samodzielną metodę rozpoznawania zaburzenia. Dodatni wynik badania przesiewowego nie jest równoznaczny z rozpoznaniem PTSD i wymaga potwierdzenia w pełnej ocenie klinicznej, natomiast wynik ujemny nie wyklucza zaburzenia, zwłaszcza w przypadku opóźnionego początku lub zmiennego nasilenia objawów (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NHMRC 2021, NICE 2018).
- W wytycznych NICE 2018 wskazuje się, że badania przesiewowe mogą być przeprowadzane m.in. w grupach zwiększonego ryzyka.
- Wśród zalecanych narzędzi przesiewowych i diagnostycznych, wykorzystywanych jako elementy wspomagające, wytyczne wskazują:
 - PC-PTSD-5 (*Primary Care PTSD Screen for DSM-5*), rekomendowany zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej jako narzędzie wczesnej identyfikacji osób wymagających dalszej diagnostyki (VA/DoD 2023),
 - PCL-5 (*PTSD Checklist for DSM-5*), służące do pogłębionej oceny nasilenia objawów oraz monitorowania ich zmian w czasie (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NHMRC 2021),
 - CAPS-5 (*Clinician Administered PTSD Scale for DSM 5*) lub PSS-I (*PTSD Symptom Scale – Interview*) w przypadku stwierdzonego podejrzenia PTSD (RANZCP 2024, VA/DoD 2023),

- IES-R (*Impact of Event Scale – Revised*), do oceny subiektywnego nasilenia reakcji pourazowej (NHMRC 2021).
- Diagnostyka PTSD powinna mieć charakter kompleksowy, powtarzalny i wielowymiarowy, obejmujący:
 - szczegółową ocenę historii ekspozycji na traumę (w tym zdarzenia jednorazowe i powtarzalne) (RANZCP 2024, NHMRC 2021, NICE 2018),
 - spełnianie kryteriów DSM-5 (VA/DoD 2023),
 - aktualne i przeszłe objawy pourazowe (RANZCP 2024),
 - pełną ocenę psychiatryczną (RANZCP 2024, NICE 2018),
 - ocenę stanu fizycznego (RANZCP 2024, NICE 2018),
 - używanie substancji psychoaktywnych (RANZCP 2024),
 - wywiad rodzinny (RANZCP 2024, VA/DoD 2023),
 - funkcjonowanie społeczne i zawodowe (zdolność do pracy, absencje, spadek efektywności) (RANZCP 2024, VA/DoD 2023),
 - identyfikację chorób współwystępujących oraz czynników ryzyka (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NICE 2018),
 - ocenę ryzyka samouszkodzeń lub przemocy (VA/DoD 2023, NICE 2018).
- Rozpoznanie PTSD powinno opierać się przede wszystkim na ocenie klinicznej przeprowadzonej przez wykwalifikowanego specjalistę, zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi (DSM-5). Narzędzia przesiewowe, kwestionariusze samoopisowe oraz ustrukturyzowane wywiady kliniczne mogą być wykorzystywane jako elementy wspomagające, jednak nie powinny stanowić jedynej podstawy do diagnozy PTSD (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NHMRC 2021).
- W procesie diagnostycznym należy systematycznie rozpoznawać zaburzenia współwystępujące, w szczególności depresję, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia używania substancji psychoaktywnych oraz inne problemy zdrowia psychicznego, które mogą modyfikować obraz kliniczny PTSD i wpływać na dalsze postępowanie (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NICE 2018).
- PTSD może charakteryzować się opóźnionym początkiem, fluktuacją objawów oraz tendencją do maskowania lub minimalizowania dolegliwości przez pacjentów, dlatego jednorazowa ocena nie jest wystarczająca do pełnej identyfikacji zaburzenia (RANZCP 2024, VA/DoD 2023, NHMRC 2021).
- Lekarze POZ oraz inni świadczeniodawcy odgrywają istotną rolę we wczesnej identyfikacji PTSD, jednak pełna ocena diagnostyczna powinna być realizowana przez specjalistów zdrowia psychicznego posiadających doświadczenie w pracy z osobami po traumie (RANZCP 2024).
- Nie zaleca się stosowania debriefingu psychologicznego jako metody zapobiegania lub leczenia PTSD (NHMRC 2021, NICE 2018).

Leczenie

- Zgodnie ze stanowiskiem grupy roboczej polskich ekspertów w dziedzinie psychiatrii, psychologii klinicznej i medycyny rodzinnej, silnie rekomendowane interwencje psychologiczne w leczeniu PTSD obejmują:
 - terapię poznawczo-behawioralną (CBT),
 - terapię przetwarzania poznawczego (CPT),
 - terapię poznawczą,

- przedłużoną ekspozycję (PE).
 - Natomiast krótka psychoterapia elektryczna (BEP), terapia odwracania i przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR) oraz ekspozycyjna terapia narracyjna (NET), są rekomendowane warunkowo.
- Psychologiczne interwencje ukierunkowane na traumę stanowią podstawowy standard postępowania w PTSD. Wśród zalecanych interwencji w wytycznych zagranicznych wskazuje się:
 - zindywidualizowaną terapię poznawczo-behawioralną (CBT, Cognitive Behavioral Therapy), z uwzględnieniem m.in. terapii przetwarzania poznawczego (CPT, *Cognitive Processing Therapy*), narracyjnej terapii ekspozycji (NET, *Narrative Exposure Therapy*) oraz terapii metodą przedłużonej ekspozycji (PET, *Prolonged Exposure Therapy*) (NICE 2018);
 - terapię poznawczo-behawioralną ukierunkowaną na traumę (TF-CBT, *Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy*), obejmującą m.in. terapię CPT i PET (NHMRC 2021);
 - terapię odwracania i przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR, *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*) (NHMRC 2021).
- Zgodnie ze stanowiskiem polskiej Grupy Roboczej PTSD 2023, Skala Oceny Ryzyka Samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS) jest użyteczna do oceny ryzyka samobójczego w postępowaniu terapeutycznym, przy czym nie jest wymagane doświadczenie ani wiedza na temat zaburzeń psychicznych.
- Zaleca się aktywne zaangażowanie pacjenta i lekarza/specjalisty w model wspólnego podejmowania decyzji (SMD, *Shared Decision Making*), obejmujący psychoedukację na temat traumy i PTSD, omówienie dostępnych opcji diagnostycznych i terapeutycznych oraz porównanie potencjalnych korzyści, ograniczeń i szkód poszczególnych interwencji. Celem SDM jest poprawa jakości decyzji klinicznych, zwiększenie satysfakcji pacjenta oraz lepsze dostosowanie opieki do jego wartości i preferencji (VA/DoD 2023). Ponadto w procesie terapeutycznym kluczowym elementem pozostaje monitorowanie zagrożeń suicydalnych (Grupa Robocza PTSD 2023).

Działania edukacyjne

- Dostarczanie informacji i wsparcia osobom z PTSD (oraz w razie konieczności ich rodzinom/opiekunom) powinno obejmować najczęstsze reakcje na traumatyczne wydarzenia, objawy oraz przebieg PTSD, diagnostykę, leczenie i metody wsparcia oraz wskazanie miejsca prowadzenia opieki (NICE 2018).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- Identyfikacja oraz wczesna interwencja może zapobiec wytworzeniu się przewlekłego PTSD, które jest związane z poważnymi zaburzeniami funkcjonalnymi pacjentów. Badania włączone do przeglądu systematycznego wskazały, że w POZ jedynie u 50% osób rozpoznawane jest PTSD „na czas” (Del_Vecchio 2011).
- W przeglądzie systematycznym 275 badań, obejmujących 41 różnych narzędzi przesiewowych/diagnostycznych stosowanych do wykrywania PTSD wskazano, że kwestionariusze IES-R (*Impact of Event Scale-Revised*), PCL-C, TSQ (*Trauma Screening Questionnaire*) oraz PSS-SR (*PTSD Symptom Scale-Self-Report*) cechowały się najwyższymi poziomami dokładności diagnostycznej (ponad 90%) (Del_Vecchio 2011).
- Według autorów przeglądu systematycznego Brewin 2005, badania przesiewowe w kierunku PTSD są skuteczne. Narzędzia zawierające mniejszą liczbę elementów, prostsze skale reakcji oraz prostsze metody są równie skuteczne, jeśli nie bardziej, niż dłuższe i bardziej skomplikowane kwestionariusze.

- Ogólna dokładność diagnostyczna w kierunku wykrywania PTSD testów diagnostycznych (opartych o kryteria DSM-IV) wynosi ok. 85% (Brewin 2005).

Podsumowanie opinii ekspertów

W odniesieniu do tematyki PTSD jeden z ekspertów wskazał, że Ustrukturyzowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości DSM-5 (SCID-5-PD) jest adekwatnym narzędziem diagnostycznym w kierunku PTSD.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.22.2026 „Program polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego w zakresie przeciwdziałania zespołowi stresu pourazowego (PTSD)”; data ukończenia: maj 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 82/2026 z dnia 11 maja 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego w zakresie przeciwdziałania zespołowi stresu pourazowego (PTSD)”.