



**Rekomendacja nr 96/2022 z 31 października 2022 r.**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki**  
**zdrowotnej „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” jako**  
**świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej**  
**i leczenia uzależnień**

**Prezes Agencji rekomenduje** zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej: „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

**Uzasadnienie rekomendacji**

Zaburzenia psychiczne to jedna z głównych przyczyn orzeczeń o stopniu niepełnosprawności/orzeczeń o niepełnosprawności, obniżenia dobrostanu jednostki i jej otoczenia, skrócenia długości życia m.in. poprzez próby samobójcze i zaniedbane choroby współistniejące. Z danych bazy analiz systemowych i wdrożeniowych (BASIW) wynika, że w populacji pediatrycznej (zgodnej ze zleceniem) w 2020 r. z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało łącznie 146,2 tys. pacjentów (142,96 tys. opieka psychiatryczna; 4,65 tys. uzależnienia), co stanowiło niewiele ponad 10% wszystkich pacjentów korzystających z tego typu świadczeń.

Wnioskowane świadczenie tj. „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” realizowane jest bez udziału pacjenta i dedykowana psychologowi prowadzącemu proces diagnostyczny. Zgodnie ze zleceniem świadczenie ma dotyczyć osób z populacji pediatrycznej z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów. Celem superwizji procesu diagnostycznego jest pomoc w rozwiązywaniu bieżących trudności diagnostycznych, a także systematyczny rozwój psychologicznych kompetencji diagnostycznych, pogłębianie myślenia i doświadczenia klinicznego superwizanta, co wpływa na zapewnienie trafności i profesjonalizm stawianej diagnozy. Oceniane świadczenie nie podlega obecnie finansowaniu ze środków publicznych nie ma także procedur, które mogłyby stanowić dla niego alternatywę.

Dowody na efektywność kliniczną pochodzą z trzech badań (Martino 2016; Bradshaw 2007; Bambling 2006) ujętych we włączonym do analizy przeglądzie Snowdon 2017. Podsumowując uzyskane wyniki wskazują, że zastosowanie superwizji wpływa pozytywnie na zmniejszenie symptomów psychiatrycznych u pacjentów w stanach psychotycznych (efekt słaby; skala KGV; SMD=0,47) a także na zmniejszenie objawów depresji zarówno przy superwizji umiejętności

prowadzącego oraz procesu (efekty średnie; skala Becka; umiejętności SMD=0,5; proces SMD=0,76). W przypadku pacjentów nadużywających substancji psychoaktywnych nie wystąpił efekt wpływu zastosowania superwizji na odstawienie substancji. Należy mieć na uwadze, że wnioskowanie jest niepewne, ponieważ nie odnaleziono badań RCT w populacji pediatrycznej (wnioskowanej), a ujęte we włączonym do analizy przeglądzie badania dotyczą populacji osób dorosłych.

Prezes NFZ wskazał, że zakres danych w przesłanej przy zleceniu Karcie Problemu Zdrowotnego (KPZ) nie pozwala na sporządzenie opinii w zakresie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia.

Do ocenianej interwencji odnoszą się wytyczne kliniczne (NZPB 2021; UKCP 2018; APA 2014) oraz standardy terapeutyczne (PTP). W rekomendacjach wskazuje się, m.in.: że superwizja ma na celu przeprowadzenie autorefleksyjnej analizy dotyczącej praktyki zawodowej oraz wymiany informacji między specjalistami nt. procesu diagnostycznego. NZPB uznaje superwizję za kluczową metodę, dzięki której uczący się psychologowie otrzymują wsparcie w nabywaniu profesjonalnych umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu.

W opinii ekspertów wnioskowana technologia „superwizja procesu diagnostycznego” odpowiada potrzebie aktualnej reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w zakresie usprawnienia procesu diagnostycznego i dlatego też powinna zostać włączone do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Niemniej jednak eksperci zwrócili uwagę, że wymaga ona istotnej modyfikacji doprecyzowującej zakres superwizji oraz kwalifikacji osób mogących ją prowadzić.

Mając na uwadze powyższe oraz stanowisko Rady Przejrzystości, zasadne jest rozważenie jasnego zdefiniowania świadczenia jak również określenie wymogów stawianych realizatorom tej procedury (wykształcenie, rodzaj specjalizacji, doświadczenie praktyczne itp.) tak aby możliwie najbardziej precyzyjnie określić obciążenia budżetowe związane z finansowaniem wnioskowanej procedury.

### **Przedmiot wniosku**

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: „Sesja superwizji procesu diagnostycznego” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.).

### **Problem zdrowotny**

Oceniane świadczenie dedykowane jest psychologowi prowadzącemu proces diagnostyczny pacjentów z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów [w Karcie Problemu Zdrowotnego (KPZ) nie wskazano dla tego świadczenia kod ICD-10].

Zaburzenia psychiczne to utrudnienia funkcjonowania społecznego i/lub psychicznego jednostki, noszące znamiona cierpienia, zlokalizowane wokół objawu podstawowego tzw. osiowego. Są one przejawem choroby psychicznej i stanowią utratę umiejętności efektywnego reagowania przez człowieka na bodźce ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego. Charakteryzują się istotnym klinicznie zaburzeniem funkcji poznawczych, regulacji emocjonalnej lub zachowania danej osoby i zazwyczaj łączą się z dystresem lub upośledzeniem w ważnych obszarach funkcjonowania człowieka. Zaburzenia psychiczne to jedna z głównych przyczyn orzeczeń o stopniu niepełnosprawności/orzeczeń o niepełnosprawności, obniżenia dobrostanu jednostki i jej otoczenia, skrócenia długości życia poprzez próby samobójcze i zaniedbane choroby współistniejące.

Z Map Potrzeb Zdrowotnych wynika, że w Polsce w 2019 r. świadczeniami opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień objętych było łącznie 1,7 mln pacjentów (około 9% stanowiły osoby poniżej 18 r.ż.). Najczęściej występującą grupą zaburzeń wśród pacjentów dorosłych były zaburzenia lękowe (528,1 tys. pacjentów) natomiast u dzieci w przypadku największej grupie wiekowej 12-17 lat (75,4 tys.) zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (26,7%) oraz zaburzenia zachowania i mieszane zaburzenia zachowania i emocji (19,6%).

Ponadto z danych BASIW wynika, że w 2020 r. świadczeniami w omawianym zakresie objętych było łącznie ponad 1,5 mln pacjentów (około 10% osoby powyżej 18 r.ż.).

Rokowanie jest uzależnione od zdiagnozowanego problemu zdrowotnego. Ogółem, osoby z zaburzeniami psychicznymi mają więcej potencjalnie utraconych lat życia (YPLL, ang. *Years of Potential Life Lost*) w porównaniu z osobami w populacji ogólnej. W przypadku umieralności z wszystkich przyczyn, skrócenie życia waha się od 1,4 do 32 lat, z medianą wynoszącą 10,1 lat (z przyczyn naturalnych 9,6 lat, z przyczyn nienaturalnych 21,6 lat). Większość zgonów jest spowodowana chorobami układu krążenia, układu oddechowego i infekcjami, które są częstsze u osób z zaburzeniami psychicznymi. Zaburzenia psychiczne mogą doprowadzić do samobójstwa, które jest przyczyną więcej niż jednego na każde 100 zgonów na świecie i drugą najczęstszą przyczyną śmierci ludzi młodych.

### **Alternatywna technologia medyczna**

W Polsce w ramach świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży świadczeniodawca co najmniej 12 razy w roku zapewnia superwizję dla osób udzielających następujących świadczeń: sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej i sesja psychoterapii grupowej. W obecnym systemie nie ma jednak świadczenia w zakresie pomocy w rozwiązywaniu trudności diagnostycznych, którym jest superwizja procesu diagnostycznego.

Mając na uwadze powyższe, a także wytyczne kliniczne, opinie ekspertów klinicznych oraz załączoną do zlecenia KPZ należy uznać, że obecnie nie są dostępne technologie medyczne, które można by uznać za alternatywne w stosunku do ocenianej interwencji.

### **Opis wnioskowanego świadczenia**

Z KPZ wynika, iż superwizja procesu diagnostycznego jest świadczeniem realizowanym bez udziału pacjenta i dedykowana psychologowi prowadzącemu proces diagnostyczny. Zgodnie ze zleceniem świadczenie ma dotyczyć osób z populacji pediatrycznej z niejasnym obrazem klinicznym prezentowanych objawów. Może dotyczyć każdego świadczeniobiorcy, jednak o konieczności jej przeprowadzenia decyduje psycholog/zespół pracujący bezpośrednio z pacjentem. Oceniana interwencja związana jest z monitorowaniem i wsparciem procesu diagnozy psychologicznej i powinna być realizowana przez specjalistę w dziedzinie psychologii klinicznej z wieloletnim doświadczeniem w pracy klinicznej. Z opisu KPZ wynika, że jeden świadczeniobiorca może być tylko raz poddany procesowi superwizji. Zakłada się także, że w ramach jednej sesji (trwającej 30 lub 60 minut) może być omawianych kilka procesów diagnostycznych, a także, że może być ona realizowana z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. Zgodnie z uszczegółowieniem KPZ przekazanym przez Ministerstwo Zdrowia oceniana interwencja ma dotyczyć tylko populacji pediatrycznej.

Wg KPZ celem proponowanego świadczenia jest pomoc w rozwiązywaniu bieżących trudności diagnostycznych, a także systematyczny rozwój psychologicznych kompetencji diagnostycznych, pogłębianie myślenia i doświadczenia klinicznego, co wpływa na zapewnienie trafności i profesjonalizm stawianej diagnozy.

### **Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa**

*Ocena ta polega na zebraniu danych o konsekwencjach zdrowotnych (skuteczność i bezpieczeństwo) wynikających z zastosowania nowej terapii w danym problemie zdrowotnym oraz innych terapii,*

które w danym momencie są finansowane ze środków publicznych i stanowią alternatywne leczenie dostępne w danym problemie zdrowotnym. Następnie ocena ta wymaga określenia wiarygodności zebranych danych oraz porównania wyników dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa nowej terapii względem terapii już dostępnych w leczeniu danego problemu zdrowotnego.

Na podstawie powyższego ocena skuteczności i bezpieczeństwa pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie o wielkość efektu zdrowotnego (zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa), którego należy oczekiwać względem nowej terapii w porównaniu do innych rozważanych opcji terapeutycznych.

W wyniku przeglądu systematycznego dotyczącego oceny skuteczności „Superwizji procesu diagnostycznego”, nie odnaleziono badań dotyczących bezpośrednio oceny skuteczności stosowania tej procedury na skuteczność diagnostyczną we wnioskowanej populacji pacjentów pediatrycznych. Niemniej jednak do niniejszej analizy włączono przegląd:

- Snowdon 2017 – w opracowaniu ujęto wyniki 3 z 17 badań (Martino 2016 – RCT ; Bradshaw 2007 – quasi-eksperymentalne; Bambling 2006 – badanie kliniczno-kontrolne zagnieżdżone) ponieważ dotyczyły punktów końcowych związanych ze zdrowiem pacjenta, tj. dni absencji od substancji uzależniającej (samodzielnie raportowana przez pacjenta); objawy psychiatryczne u pacjentów psychotycznych [skala Krawiecka, Goldberg i Vaughan (KGV)]; ciężkość depresji [skala depresji Becka (BDI)]. Ogólna liczba pacjentów z trzech badań N=581 (w tym uzależnienia - 385; depresja - 103; psychotyczni – 93). Okres obserwacji wynosił dla: uzależnienia- 16 tygodni; psychotyczne - 9 miesięcy (pomiar na początku i na końcu interwencji); depresja – nie podano w badaniu, a jedynie wskazano, że pomiar był prowadzony na początku i na końcu interwencji.

#### Skuteczność

Istotność statystyczną na korzyść ocenianej interwencji odnotowano dla punktów końcowych:

- objawy psychiatryczne u pacjentów psychotycznych:
  - KGV symptomy pozytywne standaryzowana średnia różnica (SMD, *ang. standardized mean difference*)=0,48 (95%CI 0.06; 0.90);
  - KGV wynik całkowity: SMD=0,47 (95%CI 0.06; 0.89);
- ciężkość depresji w przypadku:
  - superrewizji skoncentrowanej na umiejętnościach (*ang. skills focus supervision*) BDI SMD=0,50 (95%CI 0.02; 0.99);
  - superrewizji skoncentrowanej na procesie (*ang. process focus supervision*) BDI SMD=0,76 (95%CI 0.28; 1.24).

Wyniki nie uzyskały istotności statystycznej dla punktów końcowych: dni absencji od substancji uzależniającej oraz objawy psychiatryczne u pacjentów psychotycznych w zakresie KGV symptomy afektywne i KGV symptomy negatywne.

#### Ograniczenia

Głównym ograniczeniem analizy jest brak badań pierwotnych oceniających skuteczność superwizji procesu diagnostycznego we wnioskowanej populacji, tj. populacji pediatrycznej, a także oparcie wnioskowania na trzech badaniach ujętych w odnalezionym przeglądzie prowadzonych w populacji powyżej 18. r.ż.

#### Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

#### Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

*Ocena ekonomiczna polega na oszacowaniu i zestawieniu kosztów i efektów zdrowotnych, jakie mogą wiązać się z zastosowaniem u pojedynczego pacjenta nowej terapii zamiast terapii już refundowanych.*

*Koszty terapii szacowane są w walucie naszego kraju, a efekty zdrowotne wyrażone są najczęściej w zyskanych latach życia (LYG, life years gained) lub w latach życia przeżytych w pełnym zdrowiu (QALY, quality adjusted life years) wskutek zastosowania terapii.*

*Zestawienie wartości dotyczących kosztów i efektów związanych z zastosowaniem nowej terapii i porównanie ich do kosztów i efektów terapii już refundowanych pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy efekt zdrowotny uzyskany u pojedynczego pacjenta dzięki nowej terapii wiąże się z wyższym kosztem w porównaniu do terapii już refundowanych.*

*Uzyskane wyniki wskaźnika kosztów-efektów zdrowotnych porównuje się z tzw. progiem opłacalności, czyli wynikiem, który sygnalizuje, że przy zasobności naszego kraju (wyrażonej w PKB) maksymalny koszt nowej terapii, która ma wiązać się z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego (1 LYG lub 1 QALY) w porównaniu do terapii już dostępnych, nie powinien przekraczać trzykrotności PKB per capita.*

*Aktualnie próg opłacalności wynosi 166 758 zł (3 × 55 586 zł).*

*Wskaźnik kosztów-efektów zdrowotnych nie szacuje i nie wyznacza wartości życia, pozwala jedynie ocenić i m. in. Na tej podstawie dokonać wyboru terapii związanej z potencjalnie najlepszym wykorzystaniem aktualnie dostępnych zasobów.*

*Z uwagi na organizacyjny charakter wnioskowanego świadczeń, brak rzeczywistych danych dotyczących kosztów realizacji procedury, realizację świadczenia bez udziału świadczeniobiorcy oraz brak danych o rzeczywistych efektach zdrowotnych odstąpiono od przeprowadzenia formalnej analizy ekonomicznej, a także od przeglądu analiz ekonomicznych.*

**Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, z późn. zm.);**

*Jeżeli analiza kliniczna wnioskodawcy nie zawiera randomizowanych badań klinicznych dowodzących wyższości leku nad technologiami medycznymi dotychczas refundowanymi w danym wskazaniu, to urzędowa cena zbytu leku musi być skalkulowana w taki sposób, aby koszt stosowania leku wnioskowanego do objęcia refundacją nie był wyższy niż koszt technologii medycznej o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania.*

*Nie dotyczy.*

**Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego**

*Ocena wpływu na system ochrony zdrowia składa się z dwóch istotnych części.*

*Po pierwsze, w analizie wpływu na budżet płatnika, pozwala na oszacowanie potencjalnych wydatków związanych z finansowaniem nowej terapii ze środków publicznych.*

*Szacunki dotyczące wydatków związanych z nową terapią (scenariusz „jutro”) są porównywane z tym, ile aktualnie wydajemy na leczenie danego problemu zdrowotnego (scenariusz „dziś”). Na tej podstawie możliwa jest ocena, czy nowa terapia będzie wiązać się z koniecznością przeznaczenia wyższych środków na leczenie danego problemu zdrowotnego, czy też wiąże się z uzyskaniem oszczędności w budżecie płatnika.*

*Ocena wpływu na budżet pozwala na stwierdzenie czy płatnik posiada odpowiednie zasoby na finansowanie danej technologii.*

*Ocena wpływu na system ochrony zdrowia w drugiej części odpowiada na pytanie jak decyzja o finansowaniu nowej terapii może wpłynąć na organizację udzielania świadczeń (szczególnie w kontekście dostosowania do wymogów realizacji nowej terapii) oraz na dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej.*

W KPZ nie przedstawiono wystarczających danych umożliwiających przeprowadzenie analizy wpływu na budżet (m.in.: brak informacji o szacowanej liczebności wnioskowanej populacji i prognozowanego kosztu samego świadczenia) co również potwierdza Prezes NFZ w swoim stanowisku w sprawie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia. Wskazał on, że zakres danych w KPZ nie pozwala na sporządzenie opinii w zakresie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

W związku z powyższym odstąpiono od oszacowań analizy wpływu na budżet.

### **Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

### **Opinie ekspertów**

Wg opinii ekspertów świadczenie powinno zostać włączone do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem ekspertów odpowiada potrzebie aktualnej reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w zakresie usprawnienia procesu diagnostycznego, jednakże wymaga istotnej modyfikacji doprecyzowującej zakres superwizji oraz kwalifikacji osób mogących ją prowadzić.

### **Uwagi do opisu świadczenia**

W dokumencie nie zdefiniowano pojęcia superwizji procesu diagnostycznego ani jej zakresu, ponadto niektóre opisy są niespójne m.in. w części dotyczącej personelu wskazano, że sesja może być realizowana przez m.in.: „psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej”, a w opisie świadczenia, iż powinna być prowadzona przez specjalistów z wieloletnim doświadczeniem. Dodatkowo zapisy dotyczące udzielania świadczeń są nieprecyzyjne. W związku z powyższym zasadnym wydaje się doszczegółowienie tych kwestii z gronem ekspertów i interesariuszami.

Ponadto warto zwrócić uwagę, że ujęta w obowiązujących przepisach superwizja osób, jak i superwizja psychoterapii nie stanowią wydzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast zostały określone w warunkach realizacji świadczenia opisującego wymagania formalne dla podmiotów. Zatem zasadnym wydaje się, aby podobne rozwiązania przyjąć także dla superwizji procesu diagnostycznego. W kontekście wprowadzanej od 1 listopada 2022 r. nowelizacją przepisów w sprawie świadczeń gwarantowanych i leczenia uzależnień, definicji superwizji psychoterapii uzasadnionym jest rozważenie i przygotowanie także definicji superwizji procesu diagnostycznego.

### **Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej**

*Przedmiotem analizy racjonalizacyjnej jest identyfikacja mechanizmu, którego wprowadzenie spowoduje uwolnienie środków publicznych w wysokości odpowiadającej co najmniej wzrostowi kosztów wynikającemu z podjęcia pozytywnej decyzji o refundacji wnioskowanej technologii medycznej.*

*Analiza racjonalizacyjna jest przedkładana, jeżeli analiza wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych wykazuje wzrost kosztów refundacji.*

Nie dotyczy.

## **Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii**

### *Rekomendacje kliniczne*

W zakresie superwizji odnaleziono 3 wytyczne kliniczne/1 standard terapeutyczny następujących towarzystw naukowych:

- Polskie Towarzystwo Psychologiczne - Ogólnopolska Sekcja Diagnostyki (PTP; Polska);
- New Zealand Psychologists Board (NZPB 2021; Nowa Zelandia);
- UK Council for Psychotherapy (UKCP 2018; Wielka Brytania);
- American Psychological Association (APA 2014; Ameryka Północna).

W rekomendacjach wskazuje się, że superwizja jest konsultacją superwizora z superwizantem z mającą na celu przeprowadzenie autorefleksyjnej analizy dotyczącej praktyki zawodowej oraz wymiany informacji między specjalistami nt. procesu diagnostycznego. Powinna ona spełnić funkcje edukacyjne, pomocnicze oraz oceniające w kontekście norm i standardów właściwych dla zawodu psychoterapeuty. Wytyczne wskazują, że celem superwizji jest m.in. promowanie oraz utrzymywanie wysokich standardów zawodowych i etycznych w świadczeniu usług pacjentom superwizanta. PTP w ogłoszonych standardach wskazuje by psycholodzy zaangażowani w proces diagnostyczny swoją pracę poddawali indywidualnej superwizji klinicznej, z częstotliwością uzależnioną od potrzeb. NZPB uznaje superwizję za kluczową metodę, dzięki której uczący się psychologowie otrzymują wsparcie w nabywaniu profesjonalnych umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu. UKCP zwraca uwagę, że doświadczeni psychoterapeuci celem osiągnięcia wyższych kwalifikacji oraz doskonalenia warsztatu zawodowego często decydują się na wzajemną superwizję, natomiast APA wskazuje, że superwizję procesu diagnostycznego zaleca się psychoterapeutom w celu doskonalenia warsztatu zawodowego, szczególnie w przypadku początkujących terapeutów.

W odnalezionych dokumentach nie wskazano siły zaleceń oraz poziomu jakości dowodów.

### *Rekomendacje refundacyjne*

Nie odnaleziono rekomendacji refundacyjnych odnoszących się do ocenianej interwencji.

### *Rozwiązania w innych krajach*

Nie odnaleziono informacji dotyczących finansowania ze środków publicznych oraz warunków realizacji swoistych dla sesji ocenianego świadczenia w innych krajach.

## **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z 16 września 2022 r. i 5 października 2022 r. Ministra Zdrowia (znak pisma ZPP.743.131.2022.MS) w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja treningowa - grupowa” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr 95/2022 z dnia 31 października 2022 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień „sesja superwizji procesu diagnostycznego” jako świadczenia gwarantowanego

## Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 95/2022 z dnia 31 października 2022 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień „sesja superwizji procesu diagnostycznego” jako świadczenia gwarantowanego.
2. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej nr WS.420.9.2022 pn. „Sesja treningowa - grupowa; Sesja psychoterapii wielorodzinnej; Sesja superwizji procesu diagnostycznego – ocena zasadności kwalifikacji świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień” z 26 października 2022 r.