



## Rekomendacja nr 45/2024

z dnia 15 maja 2024 r.

### **Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień**

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

#### **Uzasadnienie rekomendacji**

Wnioskowane świadczenie, tj. „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień” realizowane jest bez udziału pacjenta i dedykowane psychoterapeucie lub zespołowi terapeutycznemu prowadzącemu proces psychoterapii uzależnień. O konieczności przeprowadzenia superwizji decyduje osoba udzielająca świadczenia lub zespół terapeutyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem. Zgodnie ze zleceniem świadczenie ma być realizowane w placówkach ambulatoryjnych: poradniach i oddziałach dziennych, a także stacjonarnych. Celem superwizji psychoterapii uzależnień jest systematyczne monitorowanie procesu terapii uzależnień, co wpływa na rozwój kompetencji psychoterapeutów, a w konsekwencji może także przelożyć się na poprawę wyników klinicznych pacjentów. Oceniane świadczenie nie podlega obecnie finansowaniu ze środków publicznych i nie ma także procedur, które mogłyby stanowić dla niego alternatywę.

Dowody na efektywność kliniczną pochodzą z jednego badania ankietowego (Laschober 2012) oceniającego praktykę kliniczną oraz skuteczność superwizji z perspektywy doradcy ds. uzależnień i superwizora. Uzyskane wyniki wskazują m.in., że superwizorzy posiadają wysokie kompetencje i doświadczenie w zakresie prowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień, a doradcy ds. leczenia uzależnień postrzegają ich jako skutecznych w wykonywaniu swojej pracy. Ponadto wykazano, że superwizorzy deklarują, iż poświęcają więcej czasu na prowadzenie superwizji niż wskazują na to osoby podlegające superwizji. Należy mieć na uwadze, że wnioskowanie na podstawie tej analizy jest niepewne, ponieważ włączono tylko jedno badanie, w którym nie analizowano w czasie zmian w postrzeganiu nadzoru klinicznego przez superwizorów i doradców ds. uzależnień.

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

Z przeprowadzonej przez Agencję analizy wpływu na budżet wynika, że roczne koszty płatnika publicznego na realizację wnioskowanego świadczenia będą wynosiły w zależności

od przyjętego scenariusza w I roku od 6,6 mln zł do 18,6 mln zł, a w II roku od 7,2 mln zł do 20,5 mln zł.

Do ocenianej interwencji odnoszą się odnalezione wytyczne kliniczne oraz standardy terapeutyczne, zalecając stosowanie i finansowanie superwizji pracy terapeutów w placówce leczenia uzależnień. Uznają także, że jest to najlepsza forma doskonalenia zawodowego pracowników oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów.

Mając na względzie stanowisko Rady Przejrzystości, zebrane w procesie oceny informacje, Prezes Agencji rekomenduje jak we wstępie.

Do rozważenia pozostawia się zgłoszony przez Radę Przejrzystości warunek aby uśrednione koszty sesji superwizji były finansowane w koszcie sesji psychoterapii (indywidualnych i grupowych). W przypadku kwalifikacji przedmiotowego świadczenia jako odrębnego świadczenia gwarantowanego, z uwagi na dysproporcję między liczbą superwizorów (obecnie 66) a liczbą placówek leczenia uzależnień (co najmniej 800), w których świadczenie może być realizowane, uzasadnionym będzie wprowadzenie przepisów przejściowych, które umożliwią dostosowanie się świadczeniodawców do zapewnienia superwizji psychoterapii uzależnień.

### **Przedmiot wniosku**

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień” 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 2024 r. poz. 146).

### **Problem zdrowotny**

Uzależnienie to uleczalna, przewlekła choroba, obejmująca interakcje między obwodami mózgowymi, genetyką, środowiskiem i doświadczeniami życiowymi. Obejmuje nie tylko zależności od różnych substancji psychoaktywnych, ale też uzależnienia behawioralne (np. gry, internet). Osoby uzależnione używają substancji lub angażują się w kompulsywne zachowania, mimo szkodliwych konsekwencji.

Jak wynika z danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) za 2022 r. w Polsce od alkoholu uzależnionych było 201,4 tys., a od narkotyków 59,6 tys. osób, odnotowano 14 048 zgonów z powodu używania alkoholu i 289 w wyniku zażywania narkotyków. W Mapach Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wskazuje się, że w 2019 r. wartość DALY dla zaburzeń związanych z piciem alkoholu wyniosła 0,3 mln (0,8 tys. na 100 tys. ludności). W MPZ zwrócono także uwagę, że na przestrzeni ostatnich 30 lat w Polsce (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie) znacząco zwiększył się wpływ używania narkotyków na utratę DALY i zgony (odpowiednio o ok. 31% i ok. 51%).

### **Alternatywna technologia medyczna**

W Polsce w ramach świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień świadczeniobiorcy mają dostęp do dedykowanych terapii leczenia uzależnień, zarówno w warunkach stacjonarnych, dziennych oraz w trybie ambulatoryjnym. Superwizja psychoterapii uzależnień obecnie nie jest finansowana w ramach świadczeń gwarantowanych, natomiast finansowaniu w formie miesięcznego ryczałtu podlega jedynie superwizja dedykowana personelowi z obszaru opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

W związku z powyższym, a także mając na uwadze wytyczne kliniczne, opinie ekspertów klinicznych oraz załączoną do zlecenia KPZ należy uznać, że aktualnie nie są dostępne technologie medyczne, które można by uznać za alternatywne w stosunku do ocenianej interwencji.

### **Opis wnioskowanego świadczenia**

Z KPZ wynika, iż superwizja psychoterapii uzależnień to udokumentowane systematyczne zewnętrzne monitorowanie procesu psychoterapii uzależnień, bez udziału pacjenta. Jest formą doskonalenia zawodowego oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów. Sesje superwizji realizowane są w formie indywidualnej lub grupowej (maksymalnie 15 osób), co najmniej 8 razy w okresie 12 miesięcy (maksymalnie 2 razy w miesiącu). Świadczenie powinno być prowadzone przez superwizora psychoterapii uzależnień lub superwizora aplikanta psychoterapii uzależnień (wymagania szczegółowo omówione w KPZ i Raporcie Analitycznym (RA)).

Wskazaniem do zastosowania superwizji są trudności w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, które pojawiają się w pracy z osobą z uzależnieniem lub bliskimi/członkami rodzin. Celem proponowanego świadczenia jest pomoc w rozwijaniu umiejętności rozumienia procesu psychoterapii uzależnienia: wypowiedzi i zachowań pacjenta(ów), własnych interwencji terapeutycznych i ich znaczenia dla pacjenta oraz rozumienie i rozpoznawanie zjawisk występujących w relacji terapeutycznej. Analiza tych trudności prowadzi do zapewnienia optymalnych warunków dalszego leczenia pacjenta.

Należy podkreślić, że aktualnie istnieje dysproporcja między liczbą superwizorów (obecnie 66), a liczbą placówek leczenia uzależnień (co najmniej 800), w których świadczenie może być realizowane.

### **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 psychoterapii uzależnień”, odnaleziono i włączono do analizy jedno badanie ankietowe Laschober 2012 odnoszące się do postrzegania superwizji klinicznej i doradcy klinicznego w leczeniu uzależnień. W badaniu wzięło udział N=665 osób (n=181 superwizorów klinicznych; n=484 doradców ds. uzależnień).

#### *Skuteczność*

Na podstawie wyników przeprowadzanej ankiety opisano praktykę kliniczną oraz skuteczność superwizji z perspektywy doradcy ds. uzależnień i superwizora. Z badania wynika, że:

- superwizorzy posiadają wysokie kompetencje i doświadczenie w zakresie prowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień. Z zadanego pytania klinicznego wynika średnie:
  - doświadczenie w pracy jako superwizorzy kliniczni 7,43 roku;
  - liczba doradców superwizjonowanych w trakcie kariery zawodowej 28,89 doradców;
  - liczba doradców superwizjonowanych w momencie badania 7,62 doradców ds. uzależnień;

- czas spędzony na superwizji 28,71% czasu pracy superwizora, a deklarowany jako optymalny był 39,65%;
- godziny odbytego szkolenia dla superwizorów - 90,61 godziny szkolenia w zakresie prowadzenia superwizji klinicznej a raportowany zakres przebytych szkoleń wynosił średnio 1,68 pkt. (1 = brak szkoleń, 2 = szkolenia w pewnym zakresie, 3 = duży zakres szkoleń);
- doradcy ds. leczenia uzależnień postrzegają superwizorów jako skutecznych w wykonywaniu swojej pracy. Z zadanego pytania klinicznego dotyczącego superwizorów skierowanego do doradcy wynika, że oceniają oni wydajność pracy superwizora na średnio 3,09 punktów (w 4-punktowej skali);
- superwizorzy deklarują, że nadzorują swoich doradców średnio 1,82 roku, natomiast doradcy wskazywali średnio na okres 1,97 roku;
- superwizorzy deklarują, iż poświęcają więcej czasu na prowadzenie superwizji (8,78 h/tydzień) niż wskazują na to osoby podlegające superwizji tj. doradcy ds. uzależnień (5,42 h/tydzień);
- podczas sesji superwizji informacje mogą być przekazywane różnymi metodami (m.in. osobiście podczas spotkań indywidualnych, sesji grupowych, drogą telefoniczną, za pośrednictwem poczty elektronicznej) przy czym superwizorzy deklarują stosowanie większej różnorodności metod przekazywania informacji podczas sesji superwizji niż deklarują to osoby poddawane tej superwizji.

#### *Ograniczenia*

Głównym ograniczeniem analizy klinicznej jest fakt włączenia tylko jednego badania, w którym nie analizowano w czasie zmian w postrzeganiu nadzoru klinicznego przez superwizorów i doradców ds. uzależnień.

Pozostałe ograniczenia ujęto w RA.

#### **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 190 380 zł (3 x 63 460 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.*

Z uwagi na organizacyjny charakter wnioskowanego świadczeń, szeroki zakres wnioskowanej populacji oraz brak danych o rzeczywistych efektach zdrowotnych superwizji 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 2023 r. poz. 826, z późn. zm.)**

*Jeżeli analiza kliniczna wnioskodawcy nie zawiera randomizowanych badań klinicznych dowodzących wyższości leku nad technologiami medycznymi dotychczas refundowanymi w danym wskazaniu, to cena zbytu netto 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.*

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, iż nie jest możliwe sporządzenie opinii w zakresie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych z uwagi na brak w KPZ informacji o procentowym albo kwotowym poziomie finansowania.

Agencja na podstawie przygotowanych założeń własnych przeprowadziła symulację wpływu na budżet płatnika publicznego w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o finansowaniu ze środków publicznych wnioskowanego świadczenia. Założenia analizy:

- perspektywa: płatnika publicznego (NFZ);
- horyzont czasowy: 2-letni;
- liczebność populacji – 66 osób uprawnionych do prowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień (wg KCPU) + wzrost 10% w drugim roku
- koszty świadczenia na miesiąc na jednego superwizora w scenariuszu:
  - minimalnym – 8 250 zł (50 godz. na miesiąc (czas rzeczywisty 30% czasu pracy; Laschober 2012); 165 zł za godz. (KCPU));
  - maksymalnym – 23 450 zł (67 godz./miesiąc (czas optymalny deklarowany 40% czasu pracy; Laschober 2012); 350 zł za godz. (opinia eksperta)).

Wyniki analizy wskazują, że wydanie pozytywnej decyzji o zakwalifikowaniu świadczenia „Superwizji psychoterapii uzależnień” jako świadczenia gwarantowanego będzie się wiązać ze wzrostem wydatków płatnika w zależności od scenariusza od 6,6 mln zł do 18,6 mln zł w I roku i od 7,2 mln zł do 20,5 mln zł w II roku finansowania.

#### *Ograniczenia*

Główne ograniczenie analizy wynika z niedokładności w oszacowaniu rocznej liczby udzielnych świadczeń. Ponadto na niepewność wnioskowania wpływa także wysokość przyjętych kosztów świadczenia (duża rozbieżność danych w zależności od źródła), nieuwzględnienie możliwości prowadzenia superwizji przez aplikantów wskazanych w KPZ (brak danych), a także problemy w określeniu liczebności personelu potencjalnie objętego procesem superwizji (sesje indywidualne i grupowe).Szczegółowy opis wszystkich ograniczeń przedstawiono w RA.

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

Nie dotyczy

#### **Uwagi do opisu świadczenia**

Brak

#### **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 w odniesieniu do ocenianej technologii**

##### *Rekomendacje kliniczne*

W zakresie superwizji terapii uzależnień odnaleziono trzy wytyczne kliniczne (APA 2014; NSW 2018; SAMHSA 2014) oraz pięć dokumentów odnoszących się do standardów organizacyjnych leczenia lub profilaktyki uzależnień (KCPU 2023; UNODC 2021; WHO 2020; EMCDDA 2018; BSAS 2016). W odnalezionych dokumentach nie wskazano siły zaleceń oraz poziomu jakości dowodów.

W wytycznych wskazywano, m.in., że:

- celem superwizji jest rozwój kompetencji personelu (w tym psychoterapeutów uzależnień). Zaleca się, że powinna być przeprowadzana regularnie;
- oczekuje się, iż superwizja będzie wiązała się ze zwiększeniem kompetencji psychoterapeutów a co za tym idzie poprawą wyników klinicznych pacjentów;
- superwizja powinna być istotną częścią wszystkich programów leczenia uzależnień;
- superwizor powinien prowadzić bezpośredni nadzór nad psychoterapeutą i priorytetowo traktować jego rozwój i dobre samopoczucie.

W standardach organizacji leczenia lub profilaktyki uzależnień wskazano m.in., że: personel pracujący z osobami uzależnionymi powinien mieć zapewnioną regularną superwizję (WHO 2020, UNODC 2021; KCPU 2023). Określono, że godzina superwizji indywidualnej lub grupowej co dwa tygodnie to minimalny zakres szkoleń i superwizji pełnoetatowych pracowników pracujący bezpośrednio z osobami uzależnionymi (BSAS 2016; KCPU 2023). Ponadto w polskim dokumencie zaznaczono, że

w naszym kraju superwizję mogą prowadzić osoby wpisane na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych, jak również superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Uznano także superwizję za najlepszą formę doskonalenia zawodowego pracowników oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów.

#### *Opinie ekspertów*

Konsultant krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień wskazała, że wprowadzenie procedury superwizji psychoterapii uzależnień do wszystkich placówek leczenia uzależnień pozwala na systematyczne zewnętrzne monitorowanie procesu psychoterapii służące dbaniu o jakość świadczonych usług w placówkach medycznych oraz ciągłemu kształceniu kadry specjalistycznej, tym samym dbając o miejsca pracy w placówkach medycznych.

Konieczność wprowadzenia superwizji psychoterapii uzależnień została wskazana w raporcie końcowym z prac Zespołu do spraw opracowania reformy systemu leczenia uzależnień powołanego przez Ministra Zdrowia.

PREZES

Daniel Rutkowski

*/dokument podpisany elektronicznie/*

#### **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z 16 kwietnia 2024 r. Ministra Zdrowia (znak pisma ZPP.7802.1.2024.DL) w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień” 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 2024 r. poz. 146), po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr 43/2024 z dnia 13 maja 2024 r. w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień” jako świadczenie gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

#### **Piśmiennictwo**

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 43/2024 z dnia 13 maja 2024 r. w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień” jako świadczenie gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
2. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej nr WS.420.4.2024 pn. „Sesja superwizji psychoterapii uzależnień jako świadczenie gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – ocena zasadności kwalifikacji świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień” z 7 maja 2024 r.