

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia2021 r.

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

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559 i 1773) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 i 1640 oraz z 2020 r. poz. 456, 1641, 1785 i 2155) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) konsylium – narada personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny lub centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, lub ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny, lub realizujących świadczenia gwarantowane u innych świadczeniodawców, której celem jest uzgodnienie lub uszczegółowienie diagnozy, lub dalszego leczenia świadczeniobiorcy. Może odbywać się w siedzibie świadczeniodawcy albo poza nią. Konsylium może odbywać się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych;”

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

„14a) sesja koordynacji – narada personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny lub centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

lub ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny z personelem z innych podmiotów, w szczególności: udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zespołami podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania, higienistkami szkolnymi, nauczycielami, osobami udzielającymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty, asystentami rodzinnymi i pracownikami socjalnymi w podmiotach pomocy społecznej, którego celem jest współpraca dotycząca koordynacji wsparcia dla świadczeniobiorcy. Sesja koordynacji może odbywać się w siedzibie świadczeniodawcy albo poza nią. Sesja koordynacji może odbywać się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.”;

2) § 3a otrzymuje brzmienie:

„§ 3a. Świadczenia, o których mowa w § 3 pkt 3, z wyłączeniem leczenia środowiskowego (domowego), mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, pod warunkiem zapewnienia dostępności personelu wymaganego do ich realizacji w miejscu udzielania świadczeń.”;

3) w załączniku nr 1 do rozporządzenia:

a) w lp. 2 w:

- kolumnie 2 po wyrazach „obejmujące diagnostykę i leczenie” dodaje się wyrazy „dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego,”,
- kolumnie 3 w pkt 3 po wyrazach „psycholog lub osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty” dodaje się wyrazy „, lub specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297), lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”,

b) lp. 8 w kolumnie 3 w pkt 2 po wyrazach „osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty” dodaje się wyrazy „, lub

specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”,

- c) lp. 11 w kolumnie 3 w pkt 3 po wyrazach „osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty” dodaje się wyrazy „ lub specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”;
 - d) lp. 16 w kolumnie 3 w pkt 1 w ppkt 2 po wyrazach „osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty” dodaje się wyrazy „lub specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”;
- 4) w załączniku nr 4 do rozporządzenia w lp. 3 w:
- a) kolumnie 2 po wyrazach „diagnostykę, leczenie i rehabilitację” dodaje się wyrazy „dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego.”,
 - b) kolumnie 3 w pkt 1 w ppkt 2 po wyrazach „osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty” dodaje się wyrazy „, lub specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia

specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297), lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”;

5) w załączniku nr 6 do rozporządzenia w lp. 2 w:

a) pkt 7 sesja psychoterapii indywidualnej w kolumnie 3 w pkt 1 po ppkt 2 kropkę zastępuje się przecinkiem, dodaje się wyraz „lub” oraz ppkt 3 i 4 w brzmieniu:

„3) specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297), lub

4) osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.”,

b) pkt 8 sesja psychoterapii rodzinnej w kolumnie 3 w pkt 1 po ppkt 2 kropkę zastępuje się przecinkiem, dodaje się wyraz „lub” oraz ppkt 3 i 4 w brzmieniu:

„3) specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub

4) osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”,

c) pkt 9 sesja psychoterapii grupowej w kolumnie 3 po pkt 2 kropkę zastępuje się przecinkiem, dodaje się wyraz „lub” oraz pkt 3 i 4 w brzmieniu:

„3) specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub

4) osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.”,

- d) pkt 10 sesja wsparcia psychospołecznego w kolumnie 3 w pkt 1 po pkt 10 w pkt 1 kropkę zastępuje się przecinkiem, dodaje się wyraz „lub” oraz ppkt 11 i 12 w brzmieniu:

„11) specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub

12) osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.”;

- 6) załącznik nr 8 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Świadczenia, o których mowa w lp. 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia, lp. 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia oraz lp. 2, lp. 6 (w przypadku realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży) i lp. 8 (w przypadku realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży) załącznika nr 6 do rozporządzenia, mogą być realizowane do dnia 30 czerwca 2022 r.

§ 3. Świadczenia, o których mowa w załączniku nr 8 do rozporządzenia, mogą być realizowane na dotychczasowych warunkach do dnia 31 grudnia 2021 r.

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

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I
REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, stanowiącego 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w części normatywnej oraz w załącznikach nr 1, 4 oraz 6, jak również nowe brzmienie załącznika nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Przepisy § 1 pkt 1 projektu rozporządzenia wprowadzają zmiany w § 2 rozporządzenia, polegające na dodaniu do słownika definicji konsylium i sesji koordynacji, jest to niezbędne w związku z projektowanym nowym brzmieniem załącznika nr 8 do rozporządzenia.

Zmiany w § 1 pkt 2 projektu rozporządzenia polegają na doprecyzowaniu brzmienia § 3a w zakresie wyłączenia leczenia środowiskowego (domowego) z ambulatoryjnych świadczeń, które mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

Przepisy w § 1 pkt 3–5 projektu rozporządzenia wprowadzają zmiany w załącznikach nr 1, 4 oraz 6. Wprowadzone zmiany mają na celu rozszerzenie opisu grupy świadczeniobiorców świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (załącznik nr 1 do rozporządzenia) oraz świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży (załącznik nr 4 do rozporządzenia), przez uwzględnienie w tej grupie dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego. Ma to na celu usunięcie wątpliwości dotyczących uprawnień tej grupy pacjentów do korzystania z wyżej wymienionych świadczeń.

Ponadto dzięki proponowanym zmianom wprowadzonymi przepisami w § 1 pkt 3–5 świadczenia dla dzieci i młodzieży określone w załącznikach nr 1, 4 oraz 6 do rozporządzenia będą mogły być realizowane przez specjalistów w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoby posiadające decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r.

o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2021 r. poz. 1297), lub osoby w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży. Projektowana zmiana wynika z wprowadzenia rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 226) nowej specjalizacji – psychoterapia dzieci i młodzieży.

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

Najistotniejszą zmianą w stosunku do obowiązującego załącznika nr 8 do rozporządzenia jest wyodrębnienie w tym załączniku wszystkich świadczeń jakie mogą być realizowane w ramach poziomów referencyjnych. Zrezygnowano z odsyłania w załączniku nr 8 do opisów świadczeń z załącznika nr 1, 4 oraz 6. Takie działanie ma na celu precyzyjne sformułowanie wymagań dla świadczeniodawców, a tym samym likwidację powstających trudności z łączeniem opisów świadczeń w różnych załącznikach. Ponadto wprowadzono czas trwania świadczeń porad lekarskich, psychologicznych oraz wizyt, porad domowych lub środowiskowych. Jego określenie ma na celu podniesienie jakości poprzez zapewnienie optymalnego czasu dla pacjenta, jak również będzie stanowić podstawę do wyceny i rozliczenia świadczeń.

Zmianie uległy również wymagania dla II i III poziomu referencyjnego. Na II poziomie referencyjnym wprowadzono obowiązkową realizację obowiązku szkolnego w miejscu udzielania świadczeń w ramach oddziału dziennego. Zdaniem ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia, uczestnictwo w zajęciach szkolnych jest niezbędną częścią procesu terapeutycznego. Ponadto na II i III poziomie referencyjnym ograniczony został zakres świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym, przez rezygnację ze świadczeń sesji psychoterapii. Zmiana ta jest związana z koniecznością podziału zadań między I a II poziom referencyjny – dostęp do sesji psychoterapii będzie zapewniony w ramach I poziomu referencyjnego.

Dodatkowo na III poziomie referencyjnym wprowadzony został obowiązek prowadzenia II poziomu referencyjnego.

Wprowadzone zostały także zmiany dotyczące prowadzenia ankiet satysfakcji świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę. Analiza prowadzona przez świadczeniodawców będzie udostępniana na wniosek Narodowego Funduszu Zdrowia. Wprowadzenie tego zapisu ma na celu monitoring jakości udzielanych świadczeń.

Zgodnie z nowym brzmieniem projektowanych przepisów proponuje się wprowadzenie wariantowości w zakresie personelu udzielającego świadczeń na I poziomie referencyjnym. Świadczenia mogą być realizowane przez personel w dwóch wariantach w zależności potrzeb zdrowotnych oraz oceny potencjału świadczeniodawców na danym obszarze. Ocena dokonywana będzie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Uelastyczniona została struktura personelu na I poziomie referencyjnym. Zmiany te są odpowiedzią na trudności świadczeniodawców z zabezpieczeniem liczby wymaganego personelu. Dodatkowo w warunkach realizacji świadczenia wskazane zostały minimalne czasy porad.

Na II poziomie referencyjnym również wprowadzone zostały zmiany polegające na modyfikacji składu zespołu terapeutycznego w szczególności w zakresie wskaźnika zatrudnienia. Ponadto doprecyzowano warunki realizacji świadczeń w tym przede wszystkim świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży.

Ograniczona została także możliwość realizacji świadczenia wizyta, porada domowa lub środowiskowa na II i III poziomie referencyjnym, co ma na celu uporządkowanie kompetencji pomiędzy poziomami – zgodnie z założeniami nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży praca środowiskowa powinna skupić się na I poziomie.

Usunięto obowiązek dodatkowej sprawozdawczości wskaźników na wszystkich poziomach referencyjnych. Powyższe jest wynikiem dotychczasowych doświadczeń związanych z trudnością ze zbieraniem danych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również sygnałów zgłaszanych przez świadczeniodawców do Ministerstwa Zdrowia dotyczących nadmiernego obciążenia świadczeniodawców obowiązkami sprawozdawczymi.

Na I poziomie referencyjnym, w przypadku braku rozpoznania w oparciu o Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, utrzymany został obowiązek świadczeniodawcy uwzględnienia w sprawozdawczości

do Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie wyników diagnozy psychologicznej co najmniej jednej grupy problemów wyszczególnionych poniżej:

1. Zaburzenia eksternalizacyjne

1.1. Nadaktywność i impulsywność

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy nadpobudliwości psychoruchowej; impulsywność; problemy wynikające z brakiem opanowania w trakcie np. lekcji; skupianie na sobie nadmiernej uwagi otoczenia oraz gubienie rzeczy lub zapominanie z powodu pobudzenia psychoruchowego.

Wykluczenia: zaburzenia uwagi.

1.2. Agresja bezpośrednia

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z agresją jawną lub skrywaną skierowaną wobec innych lub wobec otoczenia (przedmioty); wszelkie niekontrolowane ekspresje gniewu i złości; nadmierna liczba konfliktów interpersonalnych; znęcanie się psychiczne nad rówieśnikami, rodzeństwem lub rodzicami; przemoc wobec innych; otwarte lub jawne nieposłuszeństwo (negowanie próśb i poleceń); agresja „bierna” i pośrednia; zachowania opozycyjne i buntownicze.

1.3. Zachowania antyspołeczne

W kategorii tej mieszczą się zachowania lub postawy związane z łamaniem norm, reguł społecznych (kłamstwo, kradzież, nieposłuszeństwo odroczone), zachowania antyspołeczne (manipulacja, egocentryzm i zubożenie).

Wykluczenia: objawy ksobne.

2. Zaburzenia internalizacyjne

2.1. Nieufność-ksobność

W kategorii tej mieszczą się objawy związane z wrogością wobec innych, podejrzliwością, nastawieniem ksobnym, ciągłym poczuciem upokorzenia i krzywdy, zazdrością i nadmierną pobudliwością emocjonalną.

2.2. Lęk-depresja

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z negatywnym afektem (przewlekły smutek i przygnębienie), brakiem wiary w siebie i w swoje możliwości, niską samooceną, w tym niską samooceną ciała, poczuciem winy, zniechęceniem i immobilizacją, lękliwością, tendencją do ruminacji, zamartwianiem się, trudnością w podejmowaniu decyzji, męczliwością.

2.3. Zahamowanie społeczne

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z wycofaniem społecznym lub relacji; lękiem społecznym i trudnością w ekspresji społecznej; nawiązywaniem kontaktów społecznych oraz lękiem przed opinią innych; obniżoną samooceną.

3. Zaburzenia psychasteniczne

3.1. Anhedonia

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z deficytem odczuwania przyjemności, brakiem pozytywnego afektu, słabym afektem negatywnym, biernością i wycofaniem się z aktywności i uczestnictwa w życiu codziennym.

3.2. Submisyjność

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z zależnością od osób znaczących, dominującym konformizmem oraz submisyjnością w relacjach społecznych; nadmierne podporządkowanie się innym oraz uległość autorytetowi lub grupie; podatność na negatywny wpływ grupy; bezradnością w sytuacjach zadaniowych oraz niepewność w kontaktach z rówieśnikami.

3.3. Kompulsywność

W tej kategorii mieszczą się wszystkie objawy związane ze sztywnością w zachowaniu (behawioralna); perfekcjonizmem (unikanie błędów - sprawdzenie, poprawienie, fiksacja na perfekcji), konwencjonalizmem (pryncypializm i rygorizm moralny), dominującą zadaniowością, powściągliwością, obserwowanymi obsesjami i kompulsjami.

4. Zaburzenia procesów poznawczych

4.1. Zaburzenia spostrzegania

W kategorii tej mieszczą się objawy związane z zaburzeniami spostrzegania (złudzenia, omamy, itp.).

4.2. Zaburzenia myślenia

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z zaburzeniami:

- 1) treści myślenia (urojenia, myśli natrętne - obsesje);
- 2) toku myślenia (rozkojarzenia myślenia, persewercje, drobiazgowość, neologizmy, echolalia);
- 3) logiki myślenia (myślenie magiczne, myślenie symboliczne, ambiwalencja myślenia).

4.3. Zaburzenia pamięci

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z nadczynnością lub niedoczynnością pamięci, niepamięcią (amnezją).

4.4. Zaburzenia uwagi

W kategorii mieszczą się wszystkie objawy związane z: zaburzeniami koncentracji uwagi, nadmierną przeczutnością uwagi, niedostateczną przeczutnością uwagi, nadmiernymi rozproszeniami uwagi.

4.5. Zaburzenia funkcji wykonawczych

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z: zaburzeniami samokontroli, umiejętności planowania, organizowania, inicjowania, modyfikowania i kontrolowania działania ukierunkowanego na określony cel, trudności w kontroli emocji, współwystępujące trudności w rozwiązywaniu problemów, czytaniu, problemy z uwagą i pamięcią.

4.6. Niepełnosprawność intelektualna

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym, głębokim.

5. Zaburzenia neurorozwojowe

5.1. Zaburzenia o podłożu neurorozwojowym

W tej kategorii mieszczą się wszystkie zaburzenia lub problemy o podłożu neurorozwojowym lub nabytymi uszkodzeniami czy dysfunkcjami mózgowia. W kategorii mieszczą się wszystkie objawy związane z: tikami, całościowymi zaburzeniami rozwoju, ADHD, nabytymi uszkodzeniami czy dysfunkcjami mózgowia i zaburzeń - teorii umysłu.

6. Zaburzenia wynikające z uwarunkowań środowiskowych

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy wynikające z sytuacji społecznej, w której znalazło się dziecko lub nastolatek, a źródła jego objawów nie opisują pozostałe kategorie:

6.1. Reakcja adaptacyjna związana z sytuacją rodzinną

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z konfliktem pomiędzy rodzicami, rozwodem rodziców, pojawieniem się nowego członka rodziny, śmiercią bliskiej osoby, doświadczaniem przemocy ze strony najbliższych, ograniczonymi umiejętnościami wychowawczymi u rodziców, w tym brakiem granic, zaburzoną strukturą systemu rodzinnego.

6.2. Reakcja adaptacyjna związana z sytuacją w szkole lub przedszkolu

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z doświadczaniem przemocy rówieśniczej, dyskryminacją w środowisku szkolnym, doświadczaniem przemocy ze

strony przedstawicieli szkoły, przedszkola, wymaganiami niedostosowanymi do możliwości dziecka lub nastolatka.

6.3. Reakcja adaptacyjna związana z grupą rówieśniczą lub wpływem kulturowym

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z zachowaniami wynikającymi z norm grupy rówieśniczej, zażywaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi.

6.4. Reakcja związana z rozwojem seksualnym dziecka oraz nastolatka

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy lub problemy związane z rozwojem seksualnym zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dotyczącą orientacji seksualnej i dysforii płciowej.

6.5. Reakcja związana z sytuacją choroby

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy lub problemy emocjonalne, poznawcze i społeczne oraz trudności w radzeniu sobie ze stresem, związane z pojawieniem się i rozwojem długoterminowej choroby somatycznej.

6.6. Stan po doświadczeniu traumy w przeszłości

W kategorii tej mieszczą się wszystkie długotrwałe objawy lub problemy związane z doświadczeniem traumy rozwojowej lub traumy sytuacyjnej w przeszłości, związane z labilnością emocjonalną, trudnościami w regulacji emocji, pogorszeniem funkcjonowania społecznego i poznawczego, objawami o charakterze dysocjacji.

7. Zachowania autodestrukcyjne

7.1. Zachowania autodestrukcyjne bez intencji samobójczej

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z autoagresją bezpośrednią (samouszkodzenia) i pośrednią (subintencjonalną typu zachowania ryzykowne, zaniedbywanie siebie i zdrowia oraz nieintencjonalną typu liczne spóźnienia, wyuczona bezradność), których celem jest głównie redukcja napięcia, poradzenie sobie z trudnościami, utrzymanie stanu dobrego samopoczucia; powtarzalne zachowania autodestrukcyjne bezpośrednie i pośrednie, bez intencji samobójczej.

7.2. Zachowania autodestrukcyjne z intencją samobójczą

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy związane z autoagresją bezpośrednią, której celem jest intencja, pragnienie, świadome działanie w celu odebrania sobie życia.

8. Objawy i skargi somatyczne (psychosomatyczne)

W kategorii tej mieszczą się wszystkie objawy o charakterze psychosomatycznym, bez wyraźnej przyczyny biologicznej, związane z występowaniem czynników

psychologicznych, typu somatyzacje, bóle psychogenne (głowy, brzucha, innych części ciała), hipochondria, aleksytymia (trudność w opisywaniu i wyrażaniu uczuć, brak fantazjowania, koncentracja na stanach zewnętrznych, a nie doznaniach wewnętrznych, trudność w różnicowaniu emocji od dolegliwości somatycznych), skargi na ogólne zmęczenie.

9. Inne

W tej kategorii mieszczą się wyniki diagnozy psychologicznej nieuwzględnione w pozostałych kategoriach. W takim przypadku świadczeniodawca ma obowiązek przedstawić krótko wyniki diagnozy.

W związku z koniecznością zapewnienia jednakowej dostępności do świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wprowadzono przepisy przejściowe. Zakłada się stopniową rezygnację ze świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udzielanych poza poziomami referencyjnymi. W tym celu wskazano, iż świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, określone w lp. 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia, świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży, określone w lp. 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia oraz świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży określone w lp. 2 załącznika nr 6 do rozporządzenia, jak również świadczenia psychologiczne oraz leczenie środowiskowe (domowe), określone odpowiednio w lp. 6 i lp. 8 tego załącznika, w przypadku ich udzielania na rzecz dzieci i młodzieży, mogą być realizowane do dnia 30 czerwca 2022 r. Ponadto przesądzono, że świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży realizowane w ramach poziomów referencyjnych, określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia, mogą być realizowane na dotychczasowych warunkach do dnia 31 grudnia 2021 r.

Powyższe wynika z faktu, że świadczeniodawca nie powinien realizować alternatywnych pod kątem organizacji opieki nad pacjentem świadczeń. Zmiana rozporządzenia ma na celu wprowadzenie nowych standardów obsługi w związku z tym istotne jest ujednoczenie realizacji świadczeń na terenie całego kraju.

Ze względu na konieczność pilnego wprowadzania zmian oraz realizacji procedur konkursowych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

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

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

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