



Rekomendacja nr 16/2019

z dnia 3 kwietnia 2019 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej

Prezes Agencji rekomenduje zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej **pod warunkiem** uwzględnienia uwag dotyczących opisu świadczenia.

Uzasadnienie rekomendacji

Prezes Agencji, uwzględniając stanowisko Rady Przejrzystości, uważa za zasadne zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej pod warunkiem uwzględnienia uwag dotyczących opisu świadczenia.

Przyjęta w Polsce definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej określa ją jako wszechstronną, całościową opiekę, obejmującą leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, postępujące, niepoddające się leczeniu przyczynowemu i zagrażające życiu choroby. Natomiast według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka paliatywna jest podejściem poprawiającym jakość życia pacjentów, cierpiących na chorobę zagrażającą życiu i ich rodzin, poprzez łagodzenie cierpienia, leczenie bólu i ograniczanie innych problemów fizycznych, psychospołecznych lub duchowych. Powinna ona być wdrożona w chwili zdiagnozowania choroby zagrażającej życiu i zwiększana w miarę potrzeb, jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego. Zatem definicja stosowana obecnie w Polsce jest niezgodna z podejściem WHO i zasadna jest jej aktualizacja, szczególnie z uwagi na sprzeczność obowiązujących zapisów z jednej strony gwarantujących świadczenia pacjentom z odleżynami niebędącymi chorobą nieuleczalną, a z drugiej strony umożliwiających realizację świadczeń dla pacjentów z chorobami onkologicznymi, będących jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego.

Zaproponowana zmiana, dotycząca sposobu kwalifikacji pacjentów do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w oparciu o wybrane jednostki chorobowe nie znajduje odzwierciedlenia w odnalezionych rekomendacjach w przedmiotowym zakresie. Schorzenia kwalifikujące mogą mieć charakter orientacyjny, jednak podstawowym kryterium przyjęcia



do opieki powinny być zaburzenia i cierpienia somatyczne, psychosocjalne i duchowe, będące konsekwencją różnych jednostek chorobowych. Zatem, jak zalecają rekomendacje, w kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej wskazana jest ocena stanu klinicznego pacjenta uwzględniająca wydolność narządów i układów oraz dominujących objawów klinicznych.

Karta kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w zaproponowanej formie budzi wiele zastrzeżeń ekspertów klinicznych, m.in. dotyczących zapisów nt. wprowadzenia dodatkowych stanów naglących czy istotnych objawów, jak również zastosowanej skali oceny stanu pacjenta. Przegląd doświadczeń międzynarodowych wskazuje na zasadność odstąpienia od kwalifikacji na podstawie jednostek chorobowych będących przyczyną dolegliwości, a w zamian należy uwzględnić stan pacjenta i jego potrzeby. W ocenie Prezesa Agencji zasadne jest uwzględnienie zmian proponowanych przez ekspertów w odniesieniu do przedstawionej karty, co pozwoli na udoskonalenie procesu kwalifikacji pacjentów do tego rodzaju opieki.

Ponadto, mając na uwadze potrzebę zmian systemowych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, zasadne wydaje się prowadzenie dalszych prac w przedmiotowym zakresie.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej, na podstawie art. 31 e-h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.).

Zgodnie z informacjami przedstawionymi w zleceniu zmiana technologii medycznej dotyczy:

- zdefiniowania opieki paliatywnej i hospicyjnej jako wszechstronnej, całościowej opieki, obejmującej leczenie objawowe pacjentów chorujących na postępujące, ograniczające życie choroby, która jest wprowadzana jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego, w celu jego uzupełnienia;
- określenia stanu zdrowia pacjenta będącego podstawą jego kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej na podstawie rozszerzonego wykazu jednostek chorobowych, a także stanu funkcjonalnego pacjenta lub stopnia zaawansowania choroby. Proponowane jednostki chorobowe (według kodów ICD-10) kwalifikujące do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują następujące schorzenia:
 - ✓ B20-B24 - Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV);
 - ✓ C00-C97, D32-D33, D37-D48 – Nowotwory;
 - ✓ G09, G10-G13, G35-G37 - Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego, Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego;
 - ✓ I50 - Schyłkowa niewydolność serca w przypadku udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego;
 - ✓ J96.1 - Przewlekła niewydolność oddechowa w przypadku udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego;
 - ✓ R52.1, R52.2 - Silny i bardzo silny ból przewlekły (>5 w skali NRS 0-10) w przebiegu chorób przewlekłych postępujących;

- ✓ K74 - Marskość wątroby;
 - ✓ J44 - POChP i inne przewlekłe choroby zaporowe płuc;
 - ✓ J99 - Zaburzenia oddechu w przebiegu chorób układowych tkanki łącznej oraz reumatoidalnym zapaleniu stawów i zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa;
 - ✓ J96.9 - Usunąć – zamiast J96.9 – wprowadzić J96.1;
 - ✓ L89 - Owrzodzenie odleżynowe dodać – 3-5 stopnia w skali Torrance'a;
 - ✓ N18 - Schyłkowa niewydolność nerek.
- możliwości wykorzystania przy kwalifikacji do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej narzędzia – Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Aktualnie Ministerstwo Zdrowia definiuje opiekę paliatywną i hospicyjną jako wszechstronną, całościową opiekę, obejmującą leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, postępujące, niepoddające się leczeniu przyczynowemu i ograniczające życie choroby. Celem opieki jest poprawa jakości życia, zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Obecnie jednostki chorobowe (według kodów ICD-10) kwalifikujące do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej dla osób dorosłych obejmują głównie jednostki związane z chorobami nowotworowymi, schorzeń o charakterze nienowotworowym jest mniej:

- ✓ B20-B24 - Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV);
- ✓ C00-D48 – Nowotwory;
- ✓ G09 - Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego;
- ✓ G10-G13 - Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy;
- ✓ G35 - Stwardnienie rozsiane;
- ✓ I42-43 - Kardiomiopatia;
- ✓ J96 - Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej;
- ✓ L89 - Owrzodzenie odleżynowe).

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczenia dla pacjentów dorosłych zakwalifikowanych do leczenia w rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej mogą być realizowane w następujących zakresach:

- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym;
- świadczenia w hospicjum domowym;
- porada w poradni medycyny paliatywnej.

Problem zdrowotny

W analizowanym przypadku problem zdrowotny dotyczy szeregu wskazań medycznych obejmujących ww. schorzenia według klasyfikacji ICD-10. W niniejszej rekomendacji odstąpiono od szczegółowego opisu wskazanych jednostek chorobowych.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w latach 2006–2015 przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce zwiększyło się o 2,65 roku w przypadku mężczyzn i 1,95 roku w przypadku kobiet. Natomiast przeciętna długość życia w zdrowiu (ang. health life years, HLY) w badanym okresie wzrosła o 1,7 roku dla mężczyzn i o 0,3 roku dla kobiet, co wskazuje, że dłuższe życie nie jest równoznaczne z dłuższym życiem w zdrowiu. Starzenie się społeczeństwa powoduje, że wzrasta liczba

osób wymagających wsparcia i opieki, u których występują różne i liczne objawy związane z chorobami przewlekłymi lub długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Dane GUS z 2009 r. wskazują, że około 90% osób powyżej 65 r.ż. deklaruje występowanie takich problemów. W 2016 r. liczba osób powyżej 65 r.ż. wynosiła 6 303 405. Prognozy wskazują, że w 2025 r. osób takich będzie 8 097 134, a w 2030 r. 8 527 193.

Według danych opublikowanych w Ogólnopolskiej Mapie Potrzeb Zdrowotnych w 2016 r. z opieki paliatywnej i hospicyjnej w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym korzystało łącznie 90 520 pacjentów, z czego ponad 70% stanowili pacjenci powyżej 65 r.ż. U ponad 56% chorych rozpoznaniem w momencie przyjęcia była choroba nowotworowa. Odsetek pacjentów z oparzeniami, odmrożeniami, odleżynami i owrzodzeniami wynosił ponad 7% rozpoznań, zaś pozostałe grupy rozpoznań dotyczyły ponad 36% pacjentów.

Zgodnie z danymi NFZ za okres od 01.01.2015 do 30.06.2018, dla wybranych produktów kontraktowych, świadczeniami w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej objętych było 253 845 pacjentów, z czego 111 355 korzystało ze świadczeń w ramach oddziału medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnego, 160 179 było objętych opieką hospicjum domowego, a 40 612 korzystało ze świadczeń udzielanych w ramach poradni medycyny paliatywnej. W łącznej liczbie pacjentów 72% stanowiły osoby w wieku od 65 r.ż. Rozpoznania nowotworowe stanowiły 92,4% wszystkich sprawozdanych jednostek chorobowych. Największy odsetek rozpoznań stanowił nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (19,1%), rak piersi (6,8%) i jelita grubego (6,2%). Rozpoznania nienowotworowe stanowiły 7,6%.

Odnosząc się do danych dotyczących liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie opieki paliatywnej, National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) wskazuje, że w 2016 r. najbardziej przyczyniającymi się do ostatecznego rokowania pacjenta były nowotwory – 27,2%, choroby sercowo-naczyniowe – 18,7%, zespoły otępienne – 18%, choroby układu oddechowego – 11% oraz udar mózgu – 9,5%.

Alternatywna technologia medyczna

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2013, poz. 1480), pacjenci wymagający ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia i mający ograniczoną samodzielność, przy braku zaawansowanej choroby nowotworowej jako wskazania do objęcia opieką mogą być objęci świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej. Świadczenia dla osób dorosłych udzielane są w zakresach:

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO)/zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL);
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej.

Świadczenia dla pacjentów wymagających opieki paliatywnej i hospicyjnej są realizowane także w ramach leczenia szpitalnego, zwłaszcza na oddziałach chorób wewnętrznych i oddziałach geriatrycznych. Według danych zawartych w MPZ odsetek hospitalizacji pacjentów powyżej 65 r.ż. na tych oddziałach wyniósł w 2016 r. 63,8%, a pacjentów powyżej 80 r.ż. – 28,2%. Średnia wieku pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chorób wewnętrznych wyniosła 68,1 lat. W przypadku oddziałów geriatrycznych hospitalizacje pacjentów powyżej 65 r.ż. stanowiły 99,7%, natomiast pacjentów powyżej 80 r.ż. – 0,6%. Średnia wieku wyniosła 80,55 lat. Według danych NFZ w 2017 r.,

w ramach produktów kontraktowych choroby wewnętrzne - hospitalizacja oraz geriatra – hospitalizacja, sprawozdanych zostało 7 503 hospitalizacje, których czas pobytu był dłuższy niż 30 dni. 73% hospitalizacji dotyczyło pacjentów powyżej 65 r. ż., a 37% dla pacjentów powyżej 80 r.ż.

Inne formy opieki, zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593, z późn. zm.) realizowane są w ramach ośrodków pomocy społecznej - przyznawane są usługi opiekuńcze lub specjalistyczne. Usługi te mogą być świadczone w: miejscu zamieszkania, ośrodkach wsparcia, rodzinnych domach pomocy społecznej oraz domach pomocy społecznej (DPS). W sytuacji, kiedy osoba wymaga wzmoczonej opieki medycznej kierowana jest do ZOL lub ZPO. Ustawa o pomocy społecznej nie określa norm dotyczących liczby placówek socjalnych w poszczególnych jednostkach samorządowych. O powołaniu danej jednostki (poza tworzonymi obligatoryjnie) decydują gmina, powiat i województwo. Zgodnie z danymi GUS blisko połowa wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej stanowiły DPS. W 2017 r. funkcjonowało ich łącznie 859 dysponując 81,2 tys. miejsc. W ciągu roku w DPS przebywało prawie 125 tys. osób.

Opis wnioskowanego świadczenia

Poniżej przedstawiono opis ocenianego świadczenia opieki zdrowotnej według Karty Problemu Zdrowotnego (KPZ): „Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej“.

Zgodnie z KPZ wskazanie do świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmuje ww. katalog rozpoznań według kodów ICD-10, stanowiący załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347, z późn. zm.). Jak wskazano w KPZ obecny katalog rozpoznań nie uwzględnia stanu funkcjonalnego pacjenta i stopnia zaawansowania choroby. Nie stanowi również katalogu wskazań, który zapewni ciągłość opieki w określonym stadium choroby.

Zatem, zgodnie z KPZ, celem przedmiotowego zlecenia jest przygotowanie analizy wymagań do realizacji świadczeń gwarantowanych, uaktualnienie definicji świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, zmiana katalogu rozpoznań ICD-10 wraz z wprowadzeniem Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, jako narzędzia wykorzystywanego przy kwalifikacji do przedmiotowego zakresu świadczeń gwarantowanych.

Ww. karta kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej składa się z dwóch części. Część pierwszą wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w tym także lekarz specjalista medycyny paliatywnej. Informacje, które należy podać to dane pacjenta (imię, nazwisko, PESEL, adres) oraz rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących wraz z kodami ICD-10. Dodatkowo lekarz wskazuje aktualny stan leczenia. Część druga podzielona jest na kilka tabeli, w których lekarz specjalista medycyny paliatywnej ocenia stan pacjenta (m.in. określa stan nagły związany z chorobą podstawową i jej leczeniem, precyzuje stan sprawności chorego i natężenie występujących objawów). Dodatkowo oceniany jest stan ogólnej sprawności wg skali ECOG (ang. Eastern Cooperative Oncology Group, skala Zubroda). Suma punktów przyznanych za nasilenie poszczególnych objawów jest kryterium kwalifikacji. Do objęcia opieką paliatywną kwalifikuje się pacjent, którego choroba ma niekorzystne lub niepewne rokowania dotyczące przeżycia oraz, u którego występuje co najmniej jeden stan nagły lub suma punktów określająca natężenie objawów przekroczyła 10 punktów.

Według informacji przedstawionych w KPZ nie proponuje się zmiany warunków realizacji świadczeń w przedmiotowym zakresie w odniesieniu do personelu, sprzętu oraz warunków organizacji świadczeń.

W KPZ wskazano również, że nie przewiduje się zmian w zakresie poziomu i sposobu finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej na etapie oceny zasadności proponowanych zmian.

Zgodnie z zapisami KPZ, proponowane zmiany mają wpłynąć na poprawę dostępności do świadczeń gwarantowanych i poprawę jakości udzielanych świadczeń dla świadczeniobiorców. Natomiast w przypadku świadczeniodawców mają spowodować zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych.

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.

Analizowane zlecenia Ministra Zdrowia dotyczy zmian o charakterze organizacyjnym i formalnym. Zatem odstąpiono od przeprowadzania oceny skuteczności i bezpieczeństwa w przedmiotowym zakresie.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

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 2017 r., poz. 1844 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 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 139 953 PLN (3 x 46 651 PLN).

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

Ze względu na charakter przedmiotowego zlecenia (zmiany o charakterze organizacyjnym i formalnym) odstąpiono od oceny efektywności kosztowej ocenianej technologii.

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.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi w KPZ przeprowadzenie oceny zasadności wprowadzenia zmian w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej, zmian w wykazie wskazań kwalifikujących do objęcia opieką oraz karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z tego zakresu nie wpływa na zmianę poziomu lub sposobu finansowania.

Jednakże, w opinii Agencji, uwzględnienie w warunkach polskich przyjętej przez międzynarodowe organizacje definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej, a tym samym objęcie opieką pacjentów cierpiących na zagrażające życiu choroby lub pacjentów zgodnie z rozszerzonym wykazem jednostek chorobowych może spowodować wzrost liczebności populacji kwalifikującej się do tego rodzaju opieki, co z kolei może skutkować ograniczeniem dostępności do świadczeń. Tym samym utrzymanie dostępności oraz uniknięcie powstawania kolejek do opieki paliatywnej i hospicyjnej będzie najprawdopodobniej wiązało się ze zwiększeniem finansowania w przedmiotowym zakresie.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Uwagi do opisu świadczenia

Poniżej przedstawiono uwagi dotyczące proponowanych zmian w opisie ocenianego świadczenia:

w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej

Na podstawie odnalezionych wytycznych oraz opinii ekspertów klinicznych należy wskazać, że stosowanie określonego, zamkniętego wykazu jednostek chorobowych jako kryterium kwalifikacji jest niezgodne z założeniami opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zamknięty katalog dyskryminuje osoby

wymagające opieki ze względu na odmienną niż zawarta w wykazie klasyfikację choroby. Różne jednostki chorobowe są w wielu przypadkach przyczyną podobnych dolegliwości. Dodatkowo, niezależnie od pierwotnej przyczyny, niewydolności poszczególnych narządów i układów charakteryzują się progresją. Jej tempo może być różne, rozwojowi zaburzeń mogą towarzyszyć różne dominujące objawy, o odmiennym nasileniu. Na zaawansowanych etapach schorzeń obraz kliniczny jest jednak podobny i analiza pierwotnej przyczyny nie znajduje w związku z tym uzasadnienia.

Wyjściowa jednostka chorobowa może być sprawozdawana i analizowana w opracowaniach statystycznych i epidemiologicznych, ale nie powinna być podstawą do kwalifikacji poszczególnych chorych. Podstawowym kryterium w kwalifikacji powinien być stan kliniczny, któremu towarzyszy cierpienie fizyczne i psychiczne oraz problemy związane z nieuleczalną, śmiertelną chorobą.

Do opisu stanu klinicznego pacjenta wykorzystywana powinna być klasyfikacja dolegliwości i zespołów chorobowych, ponieważ leczenie objawowe w opiece paliatywnej i hospicyjnej ukierunkowane jest na zmniejszanie dolegliwości związanych z konkretnymi symptomami. Klasyfikacja oceniająca stopień niewydolności poszczególnych narządów i układów może być wykorzystana w kwalifikacji, a także podczas sprawowania opieki, w celu monitorowania efektów i wyboru optymalnego postępowania. W wyborze najlepiej dostosowanego postępowania istotne jest także dokonanie oceny sprawności ogólnej, identyfikacja i właściwe zaopatrzenie wiodących objawów.

Uwzględnienie w powyższym wykazie części nieuleczalnych, postępujących oraz ograniczających życie chorób powoduje, że pacjenci zmagający się z innymi schorzeniami, którym towarzyszy występowanie podobnych objawów nie mają dostępu do opieki paliatywnej i zwalczania towarzyszących chorobie dolegliwości. Zmodyfikowanie sposobu kwalifikacji umożliwi objęcie opieką pacjentów, których stan i stopień zaawansowania schorzenia, a nie tylko podstawowa jednostka chorobowa, wymagają włączenia do takiej opieki.

Eksperti kliniczni są zgodni, aby w polskim systemie przyjąć definicję opieki paliatywnej i hospicyjnej proponowaną przez WHO. Wobec tego opieka paliatywna powinna obejmować leczenie przyczynowe, jeszcze na wczesnym etapie choroby.

W opinii ekspertów zasadne jest rozszerzenie listy wskazań kwalifikujących do leczenia paliatywnego tylko w sytuacji zniesienia limitowania świadczeń z tego zakresu.

w zakresie wprowadzenia Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Wprowadzenie narzędzia uwzględniającego natężenie objawów i dysfunkcji organizmu, wykorzystywanego w trakcie kwalifikacji, tzw. Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej pozwoli na uwzględnienie stopnia zaawansowania choroby i stanu funkcjonalnego pacjenta. Jednakże, zdaniem ekspertów klinicznych wymaga ona modyfikacji przed ewentualnym wdrożeniem i użytkowaniem. Najważniejsze uwagi ekspertów klinicznych dotyczą następujących kwestii:

- w opinii jednego z ekspertów zasadne byłoby w ramach kwalifikacji wykorzystanie Skali Rezultatów w Opiece Paliatywnej (POS, ang. Palliative Outcome Scale). POS jest nieodpłatnym narzędziem, wykorzystywanym w działaniach praktycznych, nauczaniu i badaniach w zakresie opieki paliatywnej. Skala została zwalidowana i zaadaptowana do warunków kulturowych w wielu krajach. Skala POS jest modyfikacją narzędzia STAS (ang. Support Team Assessment Schedule). Uzupełnienie formularza POS zajmuje mniej niż 10 minut, może być on wypełniony przez pacjenta, opiekuna bądź personel medyczny. Skala identyfikuje niezaspokojone potrzeby pacjentów w różnych aspektach. Może wykrywać zmiany związane z przebiegiem choroby lub interwencją i pozwala zarządzać objawami. Poszczególne elementy są oceniane w skali od 0 (najlepsze) do 4 (najgorsze). Punkty o wartości zero lub jeden wymagają mniejszej uwagi niż te, które uzyskały ocenę trzy lub

cztery. Jeżeli pacjent ocenia ból na poziomie czterech punktów, oznacza to, że pacjent ból jest dla niego przytłaczający i uniemożliwia mu codzienne funkcjonowanie. Wartość zero wskazuje, że pacjent nie odczuwa bólu, a wynik jeden oznacza, że ból jest niewielki i nie wpływa na funkcjonowanie. Dolegliwości oceniane w kwestionariuszu POS pokrywają się w części z objawami uwzględnionymi w ocenianej Karcie kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Skala POS uwzględniona została została w Rekomendacjach CM/Rec(2014) 2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych jako narzędzie do oceny jakości i monitorowania świadczeń sprawowanych na rzecz pacjenta, a niektóre jej elementy mogą zostać wykorzystane podczas kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

- zgodnie z opinią jednego z ekspertów klinicznych do kwalifikacji pacjenta nie powinno być wymogu uzyskania pewnej ilości punktów. Uzyskanie 10 punktów może być osiągnięte przy stosunkowo niewielkich dolegliwościach, które nie powinny być powodem do kwalifikacji do świadczenia. Ponadto, konieczność uzyskania co najmniej 10 punktów może być czynnikiem dyskryminującym część pacjentów, ponieważ waga objawów u poszczególnych pacjentów może być różna.
- pozostałe, szczegółowe uwagi ekspertów klinicznych m.in. dotyczących wprowadzenia zapisów nt. dodatkowych stanów naglących czy istotnych objawów przedstawiono w materiałach analitycznych stanowiących załącznik do niniejszej rekomendacji.

W ramach przedmiotowego zlecenia przeanalizowano także 10 skierowań do opieki paliatywnej i hospicyjnej stosowanych przez polskie jednostki oraz 10 skierowań do opieki paliatywnej i hospicyjnej do ośrodków funkcjonujących na terenie Anglii, Irlandii i Luksemburga. Porównując ocenianą Kartę kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej ze skierowaniami wykorzystywanymi w polskich i zagranicznych jednostkach można wskazać, iż analizowana Karta kwalifikacji nie zawiera informacji o danych osobowych przedstawiciela pacjenta; historii choroby i leczenia; zgody pacjenta na objęcie go proponowanym świadczeniem oraz oceny sytuacji socjalno-bytowej. Natomiast analizowane skierowania nie zawierają informacji nt. kryteriów kwalifikacji wraz z przyporządkowaną im skalą punktową.

Reasumując, podczas kwalifikacji pacjenta do opieki paliatywnej i hospicyjnej powinny być uwzględnione kwestie organizacyjne poszczególnych jednostek, w których są wykonywane świadczenia adresowane dla pacjentów chorych na przewlekłe, nieuleczalne, śmiertelne choroby. Problemem w Polsce jest jednak brak wyraźnie określonych zasad organizacyjnych i przypisanych do poszczególnych jednostek celów.

W związku z powyższym stosowanie sztywnych kryteriów przy kwalifikacji może spowodować ograniczenie dostępności, co nie jest zamierzonym efektem.

Zasadnym wydaje się zweryfikowanie obecnego modelu organizacyjnego i opracowanie schematu, który w jasny sposób odnosiłby się do celów i zadań jakie poszczególne jednostki powinny pełnić w systemie opieki zdrowotnej. Dokumenty kwalifikujące powinny być dostosowane do systemu organizacyjnego i uwzględniać:

- Wymagania formalne, ułatwiające przepływ informacji i zarządzanie tj.:
 - ✓ dane pacjenta w tym obecne miejsce przebywania (dom, szpital, itp.),
 - ✓ dane osób upoważnionych wraz z odpowiednimi upoważnieniami,
 - ✓ dane kontaktowe do osób sprawujących dotychczas opiekę (w tym lekarz, pielęgniarka),
 - ✓ zgoda pacjenta na skierowanie;
- W obszarze merytorycznym informacje powinny obejmować

- ✓ uzasadnienie do opieki hospicyjnej lub paliatywnej:
 - wskazanie i stopień zaawansowania choroby będącej przyczyną pierwotną (do celów statystycznych),
 - główne problemy medyczne (dolegliwości) wraz z oceną stopnia zaawansowania (objawy, zespoły chorobowe),
 - dotychczas stosowane leczenie, wskazanie istotnych metod leczniczych wymagających specjalnych warunków,
 - ocena stopnia sprawności ogólnej,
 - ocena stopnia niezaspokojonych potrzeb (np. wg karty POS),
 - orzeczony stopień niepełnosprawności;
- ✓ uzasadnienie wyboru rodzaju ośrodka i ewentualne wskazanie szczególnych wymagań (np. respirator):
 - określenie warunków socjalno-bytowych, jako powodu do kierowania do określonego typu ośrodka,
konieczność wykonywania świadczeń trudnych lub niemożliwych do wykonania w warunkach domowych (mogą to być warunki okresowe, np. do czasu zapewnienia dostępności właściwego sprzętu, zorganizowania opieki)
- ✓ tryb skierowania – pilny np. w przypadku kierowania z innych jednostek opieki stacjonarnej (szpitale),
- ✓ inne ważne informacje (czynniki, których zmiana może wpłynąć na np.: miejsce wykonywania świadczeń, poprawa warunków lokalowych, zapewnienie dodatkowego wsparcia w warunkach domowych).

Zaproponowane stosowanie skali punktowej objawów nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, może stanowić zagrożenie dyskwalifikacją chorych potrzebujących świadczeń, a niekwalifikujących się ze względu na zamkniętą listę wskazań. Przy kwalifikacji nie należy stosować metod statystycznych - uzasadnienie, że „w większości przypadków model działa” jest nie do zaakceptowania z perspektywy pojedynczego pacjenta. W zaproponowanym dokumencie kwalifikującym nie została uwzględniona waga poszczególnych ocenianych kryteriów, co w związku z nieliniowością i odmiennością odczuwania poszczególnych objawów także przemawia za odrzuceniem zaproponowanego rozwiązania.

Optymalna kwalifikacja do zastosowania określonego modelu opieki i świadczeń musi w sposób holistyczny oceniać sytuację pacjenta i zasoby dostępne po stronie osób zapewniających świadczenia.

Dodatkowe uwagi

Skuteczność metod leczniczych jest w przypadku chorób zagrażających życiu ograniczona, stąd decydujący wpływ na jakość życia chorych może mieć wsparcie niemedyczne. Z tego powodu kluczowym elementem jest zapewnienie chorym adekwatnej do ich sytuacji opieki socjalno-bytowej. Ocena sytuacji domowej i pomoc w rozwiązywaniu problemów stanowi integralny element świadczeń i musi być brana pod uwagę przy planowaniu holistycznej opieki nad ciężko chorą osobą.

W obecnie funkcjonującym modelu opieki (o charakterze długoterminowym) zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych nie zostały precyzyjnie zdefiniowane. Istnieją znaczne różnice w sposobie i poziomie finansowania w przypadku realizacji podobnych świadczeń – zarówno po stronie państwa, jak i pacjentów.

Dysproporcje w finansowaniu oraz poziomie zapewnianej opieki są źródłem frustracji zarówno ze strony pacjentów, ich rodzin, jak i świadczeniodawców. Jeżeli założenia strategiczne wskazują

zasadność promowania opieki w warunkach domowych, to powinno iść za tym wsparcie finansowe i organizacyjne. W obecnej sytuacji pacjenci mają zapewnioną opiekę na najwyższym poziomie w hospicjach stacjonarnych, co nie sprzyja rozwojowi opieki domowej. Różne stopnie odpłatności dla pacjentów mogą wpływać na ogólne poczucie sprawiedliwości (np. zasady refundacji leków i wyrobów medycznych, odpłatności za pobyt).

Należy zwrócić uwagę, że nawet jeżeli początkowo istnieją różnice w kryteriach kwalifikacji to w miarę upływu czasu, wraz z postępem choroby, różnice te mogą się zacierać.

Pacjenci powinni być kwalifikowani do opieki stacjonarnej w sytuacji występowania problemów społeczno-bytowych. W przypadku dobrej organizacji i właściwych warunków zaleca się, aby opieka była sprawowana w warunkach domowych. Przy obecnym rozwoju technologii możliwe jest stosowanie w warunkach domowych nawet zaawansowanych technik tj. tlenoterapia, wentylacja mechaniczna. Równocześnie pacjenci przebywający w warunkach domowych powinni mieć zapewnioną porównywalną do pacjentów w opiece stacjonarnej dostępność do świadczeń.

W ramach przedmiotowego zlecenia przedstawiono także, w oparciu o opinie ekspertów klinicznych oraz dostępne dowody naukowe, możliwości zmian organizacyjnych w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Opieka nad pacjentem paliatywnym/hospicyjnym powinna odbywać się na trzech poziomach zaawansowania, różniących się wzrostem potrzeb pacjenta, stopniem specjalizacji opieki oraz ponoszonymi i powinna prowadzić od świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej) poprzez świadczenia udzielane w domu do świadczeń w warunkach stacjonarnych. Szczegółowe założenia dotyczące modelu opieki paliatywnej/hospicyjnej przedstawiono w materiałach analitycznych stanowiących załącznik do niniejszej rekomendacji.

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 innych krajach w odniesieniu do ocenianej technologii

W wyniku wyszukiwania rekomendacji klinicznych na stronach internetowych towarzystw medycznych związanych z opieką paliatywną i hospicyjną odnaleziono m.in. zalecenia:

- Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (European Association for Palliative Care EPAC 2010);
- Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization WHO 2004, 2014);
- Międzynarodowego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej (International Association for Hospice and Palliative Care IAHP 2008)

Odnosząc się do proponowanych zmian wytyczne wskazują:

w zakresie zmiany definicji opieki paliatywnej

WHO uznaje terminy opieka paliatywna i opieka hospicyjna za synonimy określające ten sam rodzaj opieki. Od 2002 r. WHO definiuje opiekę paliatywną jako podejście, które:

- zapewnia ulgę w bólu i eliminuje inne niepokojące objawy;

- nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci;
- integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad pacjentem;
- oferuje system wsparcia, aby pomóc pacjentowi żyć tak aktywnie, jak to możliwe, aż do śmierci;
- oferuje system wsparcia, aby pomóc rodzinie poradzić sobie z chorobą i żałobą;
- stosuje podejście zespołowe w celu zaspokajania potrzeb pacjentów i ich rodzin;
- poprawia jakość życia, a także może pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby;
- ma zastosowanie we wczesnym stadium choroby, w połączeniu z innymi terapiami, które mają na celu przedłużenie życia, takimi jak chemioterapia lub radioterapia, i obejmuje badania niezbędne do lepszego zrozumienia niepokojących powikłań klinicznych i radzenia sobie z nimi.

Na podstawie poszerzonej definicji WHO opracowano nową koncepcję opieki paliatywnej. Zgodnie z ww. koncepcją opieka paliatywna powinna być prowadzona od momentu zdiagnozowania choroby zagrażającej życiu, a nie od momentu wyczerpania się możliwości leczenia. Ponadto opieka paliatywna powinna być stopniowo poszerzana w trakcie leczenia przyczynowego. Leczenie i opieka paliatywna nie wykluczają się wzajemnie, ale uzupełniają.

Raport EAPC dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie wskazuje, że opieka paliatywna jest aktywną, pełną opieką nad chorym, którego choroba nie reaguje na leczenie. Nadrzędne są w niej kontrola bólu i innych objawów oraz problemów socjalnych, psychologicznych i duchowych, w celu zapewnienia jak najlepszej, możliwej jakości życia do śmierci. Umieranie jest normalnym zjawiskiem, śmierci nie należy przyspieszać ani opóźniać. Opieka paliatywna jest interdyscyplinarna, swoim zakresem obejmuje chorego, jego rodzinę i społeczność, a w zależności od potrzeb może odbywać się w domu lub w szpitalu. W większości krajów europejskich terminy opieka paliatywna i opieka hospicyjna są stosowane zamiennie. W części rozróżnia się je na podstawie miejsca, przyczyny czy rodzaju świadczonej opieki.

w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej

Na podstawie danych WHO, w skali światowej, w grupie pacjentów wymagających opieki paliatywnej najczęstszą przyczyną objęcia tą opieką są choroby sercowo-naczyniowe. Stąd, należy zwrócić szczególną uwagę na stany kliniczne, które wymagają opieki paliatywnej i hospicyjnej, a które są konsekwencją różnych jednostek chorobowych.

Zgodnie z raportem EPAC opieka paliatywna nie powinna być zarezerwowana wyłącznie dla chorych ze zdiagnozowanymi określonymi jednostkami chorobowymi, ale powinna obejmować wszystkich pacjentów ze schorzeniami zagrażającymi życiu, a także ich rodziny, bliskich. We wszystkich krajach europejskich opieką paliatywną objęci są głównie pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową. Osoby ze schorzeniami neurologicznymi, HIV/AIDS, niewydolnością serca, oddechową czy nerkową, mogą także wymagać opieki paliatywnej, jednak jej otrzymanie dla grupy pacjentów z chorobami nienowotworowymi jest trudniejsze. Występowanie niekorzystnych objawów psychosomatycznych, a także socjalnych i duchowych pojawia z podobną częstością u chorych na nowotwory i cierpiących na inne schorzenia. Z uwagi na to, że u wielu pacjentów z chorobami nienowotworowymi nasilenie i złożoność objawów oraz problemów jest duża, zapewnienie im dostępu do opieki paliatywnej na odpowiednim poziomie powinno być priorytetem dla systemów zdrowotnych. Według Raportu EPAC ponad 95% pacjentów specjalistycznych placówek opieki paliatywnej stanowią pacjenci onkologiczni. Zakłada się, że przy tej samej możliwości dostępu do opieki paliatywnej dla osób z chorobami nienowotworowymi, stanowiliby oni 40% pacjentów ośrodków opieki paliatywnej, a chorzy onkologiczni 60%. Równocześnie zapewnienie opieki paliatywnej osobom z chorobami nieonkologicznymi wymaga dodatkowych nakładów finansowych.

Według zaleceń IAHP do ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej należy przyjmować chorych ze schorzeniami ograniczającymi życie, cierpiących z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej lub innych przewlekłych postępujących schorzeń, prowadzących w ostateczności do obniżenia jakości życia. Kryterium przyjęcia do ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowią cierpienia somatyczne, psychosocjalne i duchowe, w tym narastające zaburzenia czynności fizycznej związane z postępującą przewlekłą chorobą. O zakwalifikowaniu do objęcia specjalistyczną opieką paliatywną chorego decyduje lekarz ośrodka opieki paliatywnej lub hospicyjnej, stąd sporządzenie listy schorzeń kwalifikujących ma jedynie znaczenie orientacyjne.

Przegląd rozwiązań organizacyjnych w innych krajach z zakresu opieki paliatywnej

W ramach przedmiotowego zlecenia przeprowadzono także przegląd rozwiązań organizacyjnych w innych krajach z zakresu opieki paliatywnej (Australia, Wielka Brytania, Anglia, Szwecja, Kanada, Nowa Zelandia). W odniesieniu do definicji opieki paliatywnej według WHO, została ona przyjęta w Australii i Kanadzie. W Wielkiej Brytanii chory może otrzymać opiekę paliatywną równoległe ze stosowaniem terapii leczniczych choroby pierwotnej, co również jest zgodne z podejściem WHO, według którego opieka paliatywna ma za zadanie poprawić jakość życia pacjenta cierpiącego na chorobę zagrażającą życiu (i jego rodziny). Odnosząc się do kwalifikacji do opieki paliatywnej z przeglądu rozwiązań w innych krajach wynika, że nie odbywa się ona na podstawie konkretnych jednostek chorobowych i przysługuje osobom z chorobą zagrażającą życiu.

Zgodnie z Rekomendacjami Rady Europy Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczącymi organizacji opieki paliatywnej, przyjętymi przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 opieka paliatywna jest istotną i integralną częścią opieki zdrowotnej. Każda osoba wymagająca opieki paliatywnej, powinna mieć zagwarantowany dostęp do takiej opieki, w zależności od potrzeb, a bez względu na rodzaj choroby, czy status socjoekonomiczny. Opieka powinna być zapewniona bezzwłocznie. Opieka paliatywna w celu zapewnienia jak najwyższej jakości życia chorych uwzględnia wszelkie aspekty wynikające z zaawansowanej choroby - fizyczne, psychospołeczne i duchowe, w związku z czym wymaga koordynacji działań wykwalifikowanego i interdyscyplinarnego zespołu pracowników profesjonalnych.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 08.05.2018 r. Ministra Zdrowia (znak pisma MZ-ASG.4085.22.2018.IJ), odnośnie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej, na podstawie art. 31 e-h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 19/2019 z dnia 25 marca 2019 roku w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 19/2019 z dnia 25 marca 2019 roku w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.
2. Raport nr WS.431.3.2018. Zmiana technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej. Data ukończenia: 13.03.2019.