



## Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezese Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

### 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

*Rada Przejrzystości uważa za niezasadną zmianę technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.*

#### Uzasadnienie

*Założenie stojące za propozycją zmiany definicji kwalifikujących pacjenta do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą do kwalifikacji, czyli dostosowanie obowiązujących w Europie rekomendacji oraz przyjętej przez WHO definicji, jest bardzo potrzebne. Jednak w zaproponowanym brzmieniu dotyczy to będzie wyłącznie działań o charakterze organizacyjnym (np. zwiększenie liczby jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia paliatywnego) o bardzo dużym i trudnym na dziś do precyzyjnego oszacowania skutku finansowym dla płatnika publicznego. Brak jest w propozycji wskazania właściwego narzędzia umożliwiającego całościową ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta, co jest podstawą stosowania definicji WHO i rekomendacji Europejskich.*

*Rada Przejrzystości stoi na stanowisku, iż rodzaj świadczeń w tym zakresie należy określać jako „opieka paliatywna”. Kwalifikacja do tej opieki powinna zostać uniezależniona od rozpoznania jednostki chorobowej za pomocą kodu ICD-10, tzn. powinna zostać oparta o rozpoznanie potrzeb hospicyjnych pacjenta, w tym, w szczególności poziomu cierpienia, dynamiki problemu oraz konieczności wielodyscyplinarnego podejścia. Wskazana jest całkowita rezygnacja z klasyfikacji ICD-10, jako czynnika decydującego o rozpoczęciu lub kontynuowaniu leczenia paliatywnego. Rada sugeruje wykorzystanie, w celach klasyfikacyjnych i oceny efektów leczenia skali rezultatu w opiece paliatywnej (POS- ang. Palliative Outcome Scale). Opieka paliatywna nie może zawężyć się wyłącznie do pacjentów onkologicznych. Decyzja o rozpoczęciu opieki może być w koniecznych przypadkach konsultowana z lekarzem specjalistą wraz*



*określeniem zasad kontynuacji terapii wysokospecjalistycznej, nie wykluczając leczenia przyczynowego.*

*Cenną propozycją jest promowanie opieki domowej i ambulatoryjnej oraz przyjęcie rozwiązań ułatwiających ten sposób opieki nad pacjentem.*

*Zakładane działania również o charakterze socjalno-opiekuńczym wymagają raczej zmian ustawowych, a prosta zmiana definicji świadczenia zdrowotnego wydaje się zbyt niską rangą prawną dla przyjęcia zaproponowanych rozwiązań ogólnie-organizacyjnych wyłącznie w sferze finansowanej ze składki zdrowotnej.*

*Brak jest podstawowych szacunków oceniających skutki ekonomiczne zaproponowanych zmian, zarówno z perspektywy pacjenta jak i płatnika publicznego.*

#### **Tryb wydania stanowiska**

Stanowisko wydano na podstawie art. 31h ust 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), w związku z art. 39 ust. 3 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej 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”. Data ukończenia: 13.03.2019 r.

Inne wykorzystane źródła danych:

1. Opinia eksperta przedstawiona w trakcie posiedzenia Rady Przejrzystości.